



HAL
open science

Je suis médecin généraliste remplaçant et je le reste ! Pourquoi ?

Arnaud Bonnard

► **To cite this version:**

Arnaud Bonnard. Je suis médecin généraliste remplaçant et je le reste ! Pourquoi ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02376274

HAL Id: dumas-02376274

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02376274>

Submitted on 22 Nov 2019

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

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



**UNIVERSITÉ PICARDIE JULES VERNES
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS**

Année 2019

Thèse n° : 2019-69

**JE SUIS MÉDECIN GÉNÉRALISTE REMPLACANT ET JE LE RESTE !
POURQUOI ?**

**THÈSE DE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Par Arnaud Bonnard

Né le 15 avril 1988 à Arras (62)

**THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS
LE 28 JUIN 2019**

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury : Monsieur le Professeur Julien Maizel

Membres du jury : Monsieur le Professeur Olivier Ganry

Monsieur le Professeur Éric Havet

Monsieur le Professeur Pierre Tourneux

Maître de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Michel Ducrocq

À mon président de Jury

Monsieur le Professeur Julien MAIZEL

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Réanimation, médecine d'urgence)

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,

J'ai eu l'occasion d'apprécier votre jugement sur des travaux de thèse,

Sachez que votre expertise est reconnue,

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

À mon juge

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Épidémiologie, économie de la santé et Prévention)
Responsable du service d'Épidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique
Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail,

J'ai profité de votre enseignement en PCEM 1,

Les étudiants vous savent très engagé pour la transmission de votre discipline,

Recevez, Monsieur le Professeur, tous mes remerciements et le témoignage de toute ma considération.

À mon juge

Monsieur le Professeur Éric HAVET

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Anatomie
Assesseur du Premier Cycle

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Je sais votre enthousiasme pour l'enseignement,

J'en ai bénéficié régulièrement lors de ma formation,

Votre soutien aux étudiants est reconnu,

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

À mon juge

Monsieur le Professeur Pierre TOURNEUX

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pédiatrie)
Pôle "Femme - Couple - Enfant"

J'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement durant mon externat,

Vous m'avez éclairé dans le vaste domaine de la pédiatrie,

Votre expertise est reconnue par un grand nombre d'étudiants,

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

À mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Jean-Michel DUCROCQ
Médecin généraliste
Urgentiste

Nous nous sommes rencontrés aux urgences au début de mon internat,

Ta sympathie et ton accessibilité m'ont conduit à te demander ton aide pour ce travail,

Tu as su être patient et justement critique,

Ce fut un véritable plaisir de travailler à tes côtés aux urgences et sur cette thèse,

Sois assuré de mon plus grand respect et de toute mon amitié.

À Marie,
Sept ans que nous nous sommes rencontrés,
Cela m'a semblé être une évidence,
Tu es mon soutien et je suis le tien,
J'espère que notre route sera encore longue,
Nous avons encore tant de choses à faire,
Je t'aime ma chérie.

À mes parents,
Maman, Papa,
Voilà 31 ans que vous me montrez le chemin,
Merci pour votre amour,
J'espère vous rendre fiers,
Ce travail est aussi le vôtre,
Je vous aime.

À mes grands-parents,
Mamie, Papi,
Je vous aime,
Merci d'avoir toujours été là depuis que je suis petit,
J'espère vous rendre fiers également.

À mes grands-parents partis trop tôt,
Mamie Jardin,
Merci pour tout l'amour que tu m'as donné,
Je ne l'oublierai pas.
Grand-père,
Je n'ai pas eu la chance de te connaître,
J'espère vous rendre fiers de là où vous êtes.

À mes sœurs,
Audrey et Fanny,
Quelques chamailleries d'enfants,
Mais surtout des souvenirs,
Je vous souhaite une belle réussite,
Vous avez tout mon amour.

À toute ma famille, oncle et tante, cousins et cousines,
Anne et Benoit ainsi qu' Antoine et Marie,
De Noël en anniversaires,
Merci de votre soutien et intérêt pour mes longues années d'étude,
À Romain, Chloé, Henri, Louis, Bertrand, Xavier, Héléna, leurs femmes et conjoint(e)s,
Et à tous les autres,
C'est toujours un plaisir de vous retrouver à chaque occasion,
Ne changez pas.
Vous êtes tellement nombreux,
Difficile de citer tout le monde.

À ma belle-famille,
Dominique et Bruno,
Mille mercis pour votre gentillesse et votre accueil au sein de votre famille,
Mathilde et Pierre,
Je vous souhaite toute la réussite dont vous rêvez,
Prenez soin de vous.

À mes amis,
Simon et Héloïse,
Difficile de tout résumer en quelques mots,
Votre amitié m'est si précieuse,
Plein de belles choses vous attendent,
Vous avez toute mon amitié et mon soutien.

Marie-Pauline,
Toujours là depuis le début ma chère Marie-Pô,
Ton amitié compte énormément pour moi,
Je te souhaite, ainsi qu'à Guillaume et Adèle, tout le bonheur du monde,
Je serai toujours là pour toi.

À toute la team de St-Q,
Godefroy et Marion, Chloé, Antoine et Mathilde, Anne-So et Quentin, Simon et Mathilde,
Clément et Caroline, Marc-Antoine, Maëlle et Rémy, Orlane,
Vous avez contribué à rendre ces dernières années d'internat plus douces,
Votre entourage m'est précieux.

À Damien et Harmony,
Travailler avec toi Damien m'a permis de te découvrir,
J'ai par la suite rencontré ta femme Harmony,
Quelle chance j'ai eu la,
Ne changez rien,
Je vous souhaite le meilleur pour votre vie.

À Lucie,
Copine de galère de la P1 jusqu'aux ECN,
Je te souhaite une belle réussite en terre bretonne,
En espérant te revoir bientôt parmi nous.

À Pierre-Jean et Élise et leurs enfants,
Du lycée en passant par la P1 jusqu'à la Réunion,
Ça en fait de la route et des histoires à raconter,
Je vous souhaite plein de belles choses pour votre vie dans le sud,
A très vite !

À Camille et Valentin,
Du skate-park au banc de la faculté,
Nous avons quelques occasions pour nous rencontrer,
Un bel événement ne va pas tarder,
Je vous souhaite le meilleur dans votre couple.

Aux frangins Giovannini,
Vous m'avez offert de bons moments de moto et de décompression,
Ça fait du bien de faire autre chose,
Ne changez pas les gars,
Et d'ailleurs on va rouler quand ?

Aux anciens de la BU,
Joffrey, Théo, Adrien, Robin, Alexis, Sylvain, Hugo, Xavier, Benjamin, Fabien, Carolane,
Elsa, Guillaume et tous les autres...
Pas mal d'heures passées à la BU,
Ça ne nous a pas toujours tiré vers le haut,

Ça nous a fait faire quelques soirées,
Mais ça fait surtout des souvenirs,
Prenez soin de vous et de vos familles les amis.

À tous ceux que j'ai rencontrés durant mes études, professeurs, maîtres de stage, médecins hospitaliers et libéraux, infirmiers et infirmières, co-internes, externes, patients et les autres ;
Vous m'avez, sans exception et à votre niveau, tous apporté quelque chose,
Pour cela je vous remercie du fond du cœur,
Si j'en suis là c'est en grande partie grâce à vous.
Merci.

Enfin un grand merci à tous ceux qui ont participé à ce travail,
Tout ceci ne serait sans doute pas aussi bien écrit sans vous,
Votre analyse et pertinence fut d'une grande aide.

Et à tous ceux que j'oublie... excusez-moi.

INTRODUCTION	2
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	5
A) LE CHOIX DE L'ÉTUDE QUALITATIVE ET DU RECUEIL DE DONNÉES.....	5
B) LES CRITÈRES D'INCLUSION ET LE RECRUTEMENT DE LA POPULATION.....	5
C) L'ÉLABORATION DU SCRIPT D'ENTRETIEN.....	6
D) LA MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES	7
RÉSULTATS	8
A) LA POPULATION	8
1) <i>La composition des entretiens semi-directifs.....</i>	<i>8</i>
B) LES RÉSULTATS ASSOCIÉS À L'OBJECTIF PRINCIPAL DE L'ÉTUDE.....	9
1) <i>Le remplacement.....</i>	<i>9</i>
2) <i>Les causes de refus d'installation.....</i>	<i>21</i>
C) LES RÉSULTATS ASSOCIÉS A L'OBJECTIF SECONDAIRE DE L'ÉTUDE.....	27
1) <i>L'hypothèse de l'installation idéale.....</i>	<i>27</i>
DISCUSSION.....	33
A) FORCES DE L'ÉTUDE	33
1) <i>Le choix du sujet et de la population.....</i>	<i>33</i>
2) <i>La diversité de la population interrogée</i>	<i>33</i>
3) <i>Le choix de la méthode.....</i>	<i>33</i>
4) <i>La triangulation des données.....</i>	<i>34</i>
5) <i>La réalisation des entretiens</i>	<i>34</i>
B) LIMITES DE L'ÉTUDE	35
1) <i>Les biais liés au choix de la méthode.....</i>	<i>35</i>
2) <i>Les biais liés au choix de la population.....</i>	<i>35</i>
3) <i>Les biais liés à l'interviewer.....</i>	<i>35</i>
C) INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	35
1) <i>Pourquoi ce refus d'installation ?.....</i>	<i>36</i>
2) <i>Quels changements opérer pour redynamiser la médecine générale ?</i>	<i>38</i>
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE.....	47
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	50
ANNEXES	51
A) SCRIPT D'ENTRETIEN.....	51
B) CDS AUDIO, ENREGISTREMENT DES ENTRETIENS.....	52
RÉSUMÉ.....	53

INTRODUCTION

La désertification médicale est un problème majeur en France. Le vieillissement de la population et la baisse de la densité des médecins généralistes posent la question primordiale de l'accessibilité aux soins.

En 2018, le tableau du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) recensait 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice) ; soit une diminution de 7% des effectifs depuis 2010 et de 0.4% depuis 2017. [1][2]

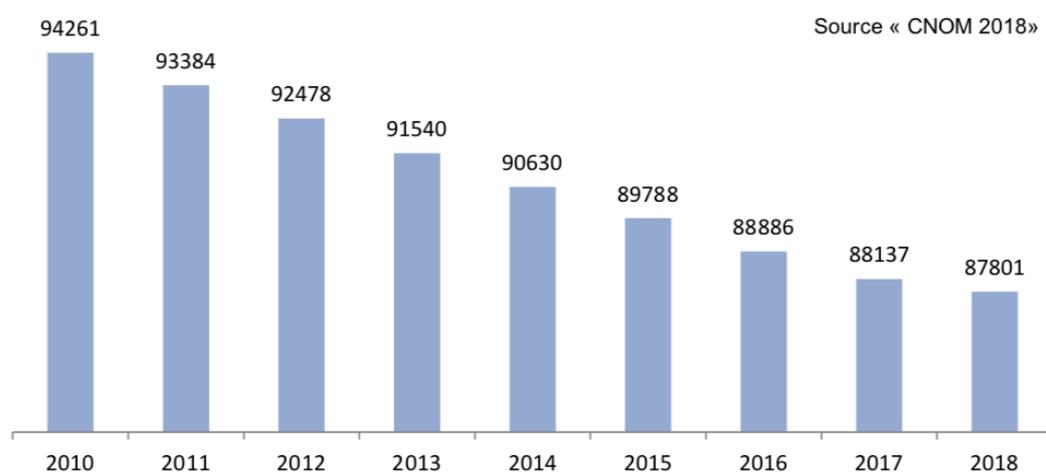


Figure 1 : Évolution des effectifs des médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (Valeurs absolues)

D'après les analyses du CNOM, la tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81 804 médecins généralistes en activité régulière. [1][2]

Une étude conjointe de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) publiée en janvier 2014 prévoit qu'en 2020, un médecin généraliste sur deux sera à remplacer et fait le constat que la Picardie a la plus faible densité de médecins généralistes en France. Par ailleurs la moyenne d'âge des médecins généralistes en activité dans la région va de 50 ans dans la Somme, à 54 ans dans l'Aisne. [4]

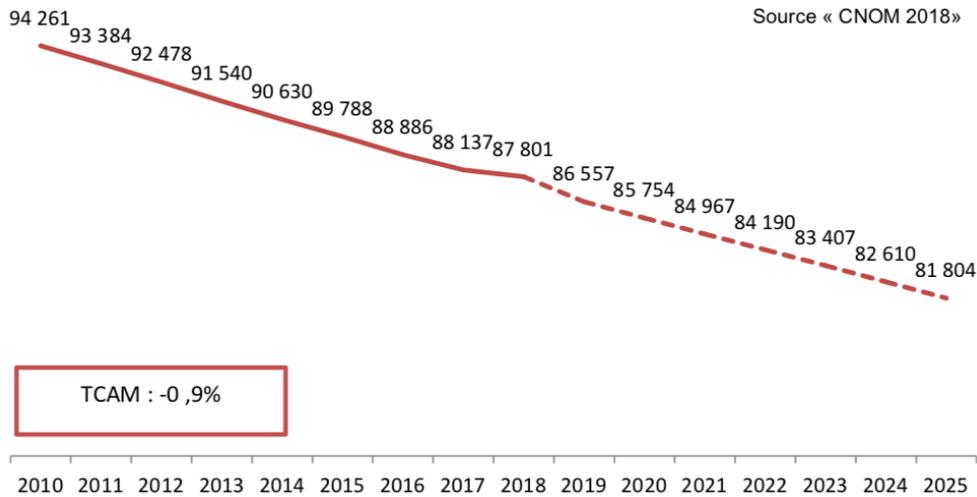


Figure 2 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (Valeurs absolues)

Parallèlement depuis 2010, on constate que les médecins généralistes ont tendance à défavoriser l'exercice libéral (- 3.5 points) au profit de l'exercice salarial (+ 4 points) ce qui questionne sur la disponibilité des ressources en offre de soins de premier recours. [1][2][3]

Enfin il existe une croissance continue du nombre de médecins remplaçants. Sur les neuf dernières années, les effectifs ont augmenté de 17,1%. Au 1er janvier 2016, le tableau de l'Ordre recense 11 285 médecins remplaçants, dont 62,3% médecins généralistes. [1][2][5]

Le constat est donc amer en ce qui concerne l'avenir de la médecine générale, avec des effectifs qui dégringolent et un accès aux soins difficile pour les patients.

Les médecins généralistes remplaçants ont un rôle important dans le système de soins. Ils participent en effet à la permanence et à la continuité des soins en remplaçant leurs collègues installés, et bien souvent surchargés, pour qu'ils puissent par exemple partir en formation, prendre des congés, bénéficier d'un jour de repos fixe dans la semaine, ou en cas d'arrêt maladie.

Sont considérés comme étant « remplaçants » par l'Ordre, les médecins n'ayant pas d'activité régulière ; principalement des médecins qui ne font que des remplacements en libéral mais également des médecins enchaînant des contrats à durée déterminée hospitaliers ou salariés courts (moins de 3 mois) [2].

Pour exercer cette activité de remplacement, il faut soit être docteur en médecine et inscrit au Conseil de l'Ordre, soit être étudiant en médecine et titulaire d'une licence de remplacement.

La durée des remplacements varie en moyenne de 7 à 10 ans, sur environ 31 ans d'activité et représente une part non négligeable de l'activité professionnelle d'un médecin au cours de sa carrière. Rappelons que l'âge moyen d'installation est de 39 ans.

Ainsi il est légitime de se poser la question de ce qui attire tant de médecins vers la situation du remplacement, comprendre ce qui les décourage dans l'installation, et enfin proposer un nouveau schéma de travail défini selon leurs attentes qui favoriserait les installations.

Nous avons voulu répondre à ces questions à travers cette étude qualitative chez des médecins généralistes remplaçants de Somme, Picardie et Oise au cours de l'année 2018 à 2019.

L'objectif principal de ce travail est d'identifier les raisons pour lesquelles les jeunes médecins s'installent de plus en plus tard ou ne s'installent plus en milieu libéral.

L'objectif secondaire de ce travail est de repenser le mode de fonctionnement de l'activité libérale actuelle pour répondre aux attentes de la nouvelle génération de médecins.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

A) LE CHOIX DE L'ÉTUDE QUALITATIVE ET DU RECUEIL DE DONNÉES

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative prospective à travers des entretiens semi-dirigés à l'aide d'un questionnaire préalablement validé.

Les entretiens ont été réalisés lors de rencontres individuelles ou bien lors de discussions via FaceTime® si une rencontre directe n'était pas possible (un seul entretien sur quinze).

Les personnes interrogées devaient répondre à des questions ouvertes selon un script d'entretien préalablement établi. Des relances pouvaient être faites en cas de difficultés de réponse mais sans jamais chercher à influencer la personne interrogée.

Ce type d'étude permet de faire émerger un grand nombre d'opinions et points de vue, d'obtenir des idées et des ressentis divers. Par conséquent, aucune donnée statistique ne peut émerger de cette étude. [6][7][10]

Chaque entretien a été enregistré sur dictaphone puis retranscrit sous format Word® afin de réaliser une étude qualitative à l'aide du logiciel N'vivo®.

B) LES CRITÈRES D'INCLUSION ET LE RECRUTEMENT DE LA POPULATION

Pour être inclus dans l'étude les participants devaient présenter les caractéristiques suivantes :

- Être inscrit au tableau du Conseil de l'Ordre des médecins en qualité de médecin généraliste thésé dans la région ex-Picardie réunissant l'Aisne, la Somme et l'Oise.
- N'avoir aucun projet d'installation.
- Effectuer des remplacements de façon régulière en milieu libéral principalement, toutefois une activité mixte n'était pas un critère d'exclusion.

Le recrutement s'est fait de différentes façons :

- Par « bouche à oreille » en recherchant parmi mon environnement du monde médical des personnes répondant aux critères cités (amis remplaçants, connaissances de médecins installés et remplaçants, etc.).
- Par appels et envois de mails en recherchant dans les listes de médecins inscrits au Conseil de l'Ordre.

L'anonymat de chacun des participants a été respecté. Les entretiens ont été réalisés entre le mois de septembre 2018 et le mois de février 2019.

Le nombre de participants à l'étude n'était pas défini à l'avance, la méthode de recherche qualitative suppose de poursuivre les entretiens jusqu'à saturation des données. [6][7][9][10]

C) L'ÉLABORATION DU SCRIPT D'ENTRETIEN

Le script d'entretien a été préalablement établi, cela était nécessaire à l'acceptation du travail de thèse par la commission de thèse du Département de Médecine Générale de la faculté de médecine d'Amiens.

Le script d'entretien comporte 11 questions ouvertes et trois grands axes :

- Exposé des avantages et inconvénients des remplacements
- Exposé des avantages et inconvénients de l'installation
- Exposé de l'installation « idéale » en libéral

Ces trois parties sont articulées en « miroir » afin d'élargir le champ des réponses autour du sujet et ainsi tenter de renforcer la validité des entretiens.

- Exposé des avantages et inconvénients des remplacements :

Cette première partie permet de rapidement cerner le participant en mettant en avant ses motivations à rester remplaçant, de comprendre son mode de vie et ses attentes ainsi que sa vision de la médecine générale.

- Exposé des avantages et inconvénients de l'installation :

Cette seconde partie est instructive sur le plan de la critique concernant le format de la médecine générale actuelle. On y retrouve notamment ce que la nouvelle génération de médecin ne souhaite pas dans son exercice futur. Les critiques aussi bien positives que négatives sont franches et cela représente le cœur du sujet de la thèse.

- Exposé de l'installation « idéale » en libéral

Cette dernière partie est plus créative, l'idée est de donner libre cours à l'imagination du participant est de le laisser construire le cabinet médical « idéal ».

D) LA MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

Après réalisation des entretiens et enregistrements sur dictaphone, la retranscription a été une étape clé. Chaque entretien a été retranscrit sous format texte Word®, ainsi l'appropriation des données et propos de chaque participant a été claire et a permis une meilleure analyse qualitative.

Le texte ainsi obtenu a été découpé sous formes « d'unités thématiques », la plus petite en elle-même qui faisait sens, et ainsi intégrée avec le logiciel d'analyse qualitative N'Vivo®. [7][9][10]

L'analyse a été faite selon la méthode de la « théorisation ancrée » décrite par Glaser et Strauss, référence de la recherche qualitative. [10][11][22]

Ces données verbales ou verbatim ont été codés, fragment par fragment. Ces nœuds de pensée ont été regroupés par thématiques.

Comme recommandé dans les guides méthodologiques, des allers-retours fréquents entre les entretiens transcrits et les nœuds ont été effectués pour que les thématiques ne s'éloignent pas du sens que les médecins interrogés avaient donné.

L'analyse est dite « ancrée » sur les données du texte, d'où le nom de « théorisation ancrée ».

Il était possible que certains mots, idées ou expressions puissent évoquer plusieurs thématiques. Certains nœuds de pensée peuvent donc avoir des verbatim en commun.

RÉSULTATS

A) LA POPULATION

1) La composition des entretiens semi-directifs

Nous avons réalisé 15 entretiens auprès de médecins généralistes remplaçants thésés.

Treize interrogés sur les quinze exerçaient des remplacements en milieu libéral uniquement, les deux derniers avaient une activité mixte entre libéral et salariat hospitalier au moment de l'entretien.

Tous exercent dans les Hauts-de-France (versant sud), 7 dans la Somme, 3 dans l'Aisne, 5 dans l'Oise.

Le profil des interrogés est varié :

ENTRETIEN	ÂGE	EXPÉRIENCE DE REPLACEMENT	SEXE	ENFANT
1	29	19 mois	Féminin	Non
2	28	15 mois	Masculin	Non
3	30	2 ans 8 mois	Masculin	Oui
4	29	2 ans	Féminin	Non
5	34	6 ans 1 mois	Féminin	Oui
6	33	5 ans 11 mois	Féminin	Oui
7	32	2 ans 7 mois	Masculin	Oui
8	32	4 ans 1 mois	Féminin	Oui
9	40	12 ans 7 mois	Masculin	Oui
10	30	16 mois	Féminin	Oui
11	33	4 ans 7 mois	Masculin	Non
12	30	6 mois	Masculin	Non
13	33	7 ans	Masculin	Non
14	30	2 ans	Féminin	Non
15	55	30 ans	Féminin	Oui

B) LES RÉSULTATS ASSOCIÉS À L'OBJECTIF PRINCIPAL DE L'ÉTUDE

1) Le remplacement

a) Les avantages du remplacement

Le sentiment de liberté

La thématique de liberté apparaît le plus rapidement et le plus fréquemment lors des entretiens. Cette notion est indissociable du remplacement, et elle se retrouve sous toutes les formes, aussi bien professionnelle que personnelle.

« (...)prendre des vacances et du temps libre comme je le désire et avec beaucoup plus de facilité que si j'étais installé. » M1

« C'est vraiment pour me sentir plus libre. » M10

« Premièrement le fait de pouvoir s'arrêter quand on en a envie. C'est d'avoir la possibilité de garder une semaine pour soi, voire deux, voire parfois trois semaines ou un mois. Et puis on se dit qu'on se rattrape sur un autre mois. » M8

« Alors l'avantage principal c'est ta liberté, tu ne bosses pas tous les jours. Enfin, en fait tu gères un petit peu ton emploi du temps à l'avance. Enfin faut le faire bien à l'avance, mais grosso modo moi là je travaille en moyenne sur l'année, une semaine sur deux quoi, ce qui me laisse le temps de faire plein d'autres choses, de partir en vacances, voir les potes... Voilà quoi, d'organiser ta vie personnelle vachement plus simplement. Pour moi c'est ça surtout qui fait que pour l'instant ça me plaît très bien de remplacer, c'est surtout pour cette souplesse au niveau vie personnelle, et puis surtout quand je travaille, je n'ai pas l'impression d'être déjà fatigué avant d'avoir commencé si tu veux. Je suis bien motivé, bien focalisé. C'est surtout ça. » M5

Le sentiment de liberté est donné par l'absence d'engagement et la diversité d'exercices possibles. Les médecins remplaçants veulent pouvoir décider de leur emploi du temps professionnel et aussi personnel.

« Je ne me sens pas le doigt pris dans l'engrenage, je sais que je peux changer de mode d'exercice un peu quand je veux. » M9

« Bah la liberté on va dire. Je fais que des remplacements fixes mais je n'ai pas d'engagement. Après, si j'en ai marre, je peux partir du jour au lendemain » M13

L'absence d'engagement donne aussi la possibilité d'explorer de nouveaux horizons professionnels, de nouveaux cabinets et différentes façons de travailler. Cela peut être considéré comme partie intégrante de la formation des médecins les plus jeunes.

« Je trouve justement que changer de patients et de lieux, c'est bien aussi pour apprécier les différentes façons, et avoir une meilleure idée de ce que tu veux faire plus tard. » M12

« Chaque cabinet ça change mais c'est un truc que j'aime bien dans le remplacement finalement car le fait que ça soit varié me permet de tester différents modes d'installation. » M6

« La possibilité d'exercer dans diverses régions, on n'a pas exploré tous les endroits où l'on aurait aimé travailler » M4

« J'aime beaucoup la liberté que je trouve dans mon exercice en tant que remplaçant. Je peux travailler quand je veux. Je peux travailler où je veux en France, ça m'a permis par exemple d'aller travailler un an à la Réunion. » M9

« Donc les avantages des remplacements, c'était à la fois la diversité de l'exercice, ce qui au début, me semblait agréable... Moi qui déteste en fait la routine, le fait d'aller chez les autres, dans des endroits complètement différents, avec des pratiques complètement différentes. » M15

De surcroît, cette liberté n'est nullement entachée par des difficultés à trouver du travail. Les médecins remplaçants sont unanimes pour dire qu'ils sont très demandés par les médecins installés.

« En plus il y a tellement de demandes, il y a de la demande au niveau des remplacements... Enfin les médecins veulent partir en vacances donc t'as plutôt une position de force aussi pour négocier les dates plus précisément. » M5

« Je peux bosser tous les jours si je veux. Je trouverai toujours quelque chose (du travail). » M13

Enfin la charge horaire de travail est moins lourde que pour un médecin installé. Les remplaçants peuvent ainsi réguler leur charge de travail en fonction de leurs envies et besoins.

« Actuellement je bosse à mi-temps. Ma compagne aussi. Et on n'a pas envie de changer. Parce que financièrement on y est. Et puis ça nous permet d'avoir du temps pour nous. » M12

« Et une charge horaire moins lourde ! » M11

Les projets de vie

En parallèle avec le sentiment de liberté, les médecins remplaçants veulent donner forme à leurs projets de vie aussi bien personnels que professionnels. S'installer dans un cabinet semble être pour eux un frein à tous leurs projets.

Les projets de vie autour de la famille sont cités chez grand nombre de remplaçants, avec ou sans enfants.

« Donc pour combiner vie de famille avec des petits, pour l'instant, pas de projet d'installation. Ça c'est sûr. » M10

« On a l'idée d'acheter une maison. D'avoir un 2e enfant. Donc pour l'instant l'idée c'est de ne pas s'installer. » M12

« Là je vais me marier, je pense que j'aurai des enfants dans les deux ans à venir, c'est-à-dire que je vais bosser peut-être encore moins que ce que je bosse actuellement. » M13

« (...) là je viens d'avoir un petit bébé je n'ai pas forcément envie d'avoir un emploi fixe pour pouvoir travailler quand j'en ai envie et prendre des vacances quand j'en ai envie et pouvoir profiter de mon enfant tant qu'elle est petite. » M6

« Ma fille elle a 23 mois maintenant, ça me permet de pouvoir la prendre, m'occuper d'elle, et puis de passer du temps avec elle. Et puis aussi pouvoir passer du temps avec ma femme, pouvoir entretenir notre couple quoi. Pour moi le temps c'est le principal avantage. » M8

« Je n'ai pas fait 10 ans d'études pour me priver une fois arrivée à l'âge adulte de certaines facettes de ma personnalité que j'ai envie de laisser s'exprimer. Donc clairement, la médecine générale en tant que médecin traitant installé, c'est inenvisageable. » M15

« C'est donc d'avoir mon premier enfant et peut être d'en avoir d'autres. » M9

Les remplaçants souhaitent également pouvoir varier leurs activités professionnelles et continuer à se former, ils sont nombreux à ne pas vouloir exercer un seul type d'activité. La possibilité d'être flexible est un avantage pour eux.

« Projets de vie... c'est de continuer mon exercice mixte, libérale en tant que remplaçante et salariée. Voilà, autant y a quelques années je me suis posée longtemps la question si j'allais pencher plus pour une installation ou plus pour du salarié, un exercice salarié. Puis finalement, j'ai eu l'impression d'avoir réussi à trouver un équilibre en faisant les deux, tout en restant remplaçante. Et salariée. » M14

« Maintenant j'ai arrêté la Protection Maternelle et Infantile (PMI), j'ai travaillé dans un Institut d'Éducation Motrice (IEM) aussi pendant un certain temps et puis maintenant je suis au centre d'addictologie. » M14

« (...) ça serait garder une majorité d'activité en libérale dans un cabinet et aussi depuis continuer mon activité de salarié qui est très légère, c'est une demi-journée par semaine mais qui est intéressante dans un foyer d'accueil médicalisé. Et par la suite j'aimerais bien combiner les deux. » M2

« (...) je me suis rendu compte que la médecine générale uniquement ne me suffirait pas, donc je me suis inscrit à une formation complémentaire de Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine d'urgence pour me former au métier d'urgentiste. » M4

« J'aimais bien l'addictologie, donc il faudrait que je passe le Diplôme Universitaire (DU). Peut-être une pratique qui serait à la fois libérale et, peut-être une pratique en Centre de Soins et Accompagnement en Addictologie (CSAPA). » M8

« J'aimerais encore pouvoir me former avec quelques DU avant de m'installer... si un jour je dois m'installer. » M6

Dans de plus rares cas, la situation du conjoint est un élément handicapant l'installation du médecin. Chaque situation est très différente, il est donc impossible de conclure selon ces quelques exemples.

« Garder du temps pour les enfants, car j'ai un mari qui est agriculteur, qui est pas du tout disponible. Donc en fait je me disais que si je m'installais aussi, les enfants... Les enfants on ne pourrait pas s'en occuper comme je le souhaitais. » M14

« Ça dépendra de l'endroit où elle (ma femme) va faire son post-internat et où elle trouvera du travail après sachant que moi en médecine générale j'ai l'avantage de pouvoir m'installer un peu partout ou je veux et du coup là en attendant mon projet c'est de remplacer. » M1

Le peu d'administratif

La gestion administrative et comptable d'un cabinet médical est perçue comme un fardeau par les médecins remplaçants. Les plus jeunes d'entre eux estiment ne pas y être formé du tout et cela représente un frein notable lorsque l'on évoque une installation.

« Toute la paperasse, les feuilles de soin à renvoyer à la sécu... Tout ce qui est tiers-payant, les Couvertures Maladies Universelles (CMU) pas à jour, ce n'est pas mon problème, ce n'est pas moi qui vais galérer avec les impayés. » M13

« (...) puis de prendre mon chèque sans me poser de questions sur comment je vais être payé, est-ce que les chèques vont bien être encaissés, est-ce que la Sécurité Sociale va bien me payer... Je n'ai pas envie de me poser toutes ces questions. » M12

« Après c'est tout le côté administratif que je n'ai pas à gérer. Et le côté comptabilité qui est très simple, avec mon chèque de rétrocession par mois et puis voilà, ce n'est pas compliqué. C'est la simplicité en fait. C'est être dédouané de tout ce qui est lourd au niveau administratif, comptabilité. De pouvoir juste exercer. » M14

« Le second avantage c'est principalement de ne pas être embêté par tout le côté administratif de la médecine générale. Ça m'arrive mais c'est quand même très rare que je fasse des déclarations d'Affection Longue Durée (ALD), de 100% toutes ces choses qui gavent les médecins installés... » M8

« Évidemment, de pas gérer ce qui est administratif au cabinet. Si t'es remplaçant, t'arrives le matin, tu repars le soir, tu refermes le cabinet. Tu ne te poses pas trop la question de ce qui se passe derrière, de la secrétaire, si elle sera là demain ou si elle est en arrêt... » M7

Une rémunération suffisante

Dans la grande majorité les remplaçants sont satisfaits de leurs revenus. Les rétrocessions d'honoraires sont en moyenne de 80 %, parfois plus.

« Et sur le plan financier aussi, je pense que je suis gagnante financièrement par rapport au prix des charges. Je fais trois jours fixes, donc je sais combien trois jours me rapportent. » M13

« Avec 90% de rétrocession... Je ne vois pas trop... je ne vois pas trop ce qui me pousserait à l'installation quoi. Quand même, car même si on gagne moins qu'un médecin installé, c'est sûr... ça reste assez confortable financièrement. » M7

« Au niveau financier je m'en sors comme ça, alors ce n'est pas quelque chose qui me pousserait à m'installer. Non... » M8

Un médecin explique même en quoi le remplacement peut être un avantage vis-à-vis de la fiscalité, et des charges comme celle de l'Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF). Ce qui est assez paradoxal. Il ressort que les charges sont une part non négligeable des contraintes financières liées à l'installation.

« J'aime bien avoir de grosses activités de temps en temps pour pouvoir faire mon chiffre d'affaire sur l'année mais je ne veux pas dépasser un certain chiffre d'affaire parce que j'ai remarqué que la quantité de travail que tu dois fournir pour avoir un niveau de vie, il est exponentiel avec les charges. Parce que tu as des paliers, tu connais ça aussi, que ce soit l'URSSAF ou l'impôt sur le revenu. Et donc quand je vois que j'ai trop travaillé, je veux pouvoir désamorcer la pompe et puis pouvoir revenir à un rythme moins soutenu pour pas, derrière, me taper des charges de dingue. Parce qu'on sait que c'est facile de monter, mais après pour redescendre, c'est plus compliqué. Et donc c'est en ça que le remplacement il est vraiment bien. Parce que tu peux maintenir un rythme qui te convient, adapté à tes charges, et tu ne travailles pas pour payer tes charges quoi. C'est ça que j'aime bien aussi. » M8

Les données de l'étude Remplact [5] montrent que le chiffre d'affaire moyen annuel d'un remplaçant s'étend de 32 900 à 50 000 euros, pour un bénéfice moyen de 29640 euros.

Il est cependant très difficile d'estimer combien gagne réellement un médecin remplaçant, les recherches en la matière retrouvent des données très diverses avec de forts écarts.

Une période d'apprentissage

Le remplacement est aussi une façon d'apprendre la médecine, apprendre à gérer un cabinet, apprendre à gérer une patientèle.

« Parce-que là j'ai encore envie de me faire ma propre expérience, ça ne fait qu'un an que je suis sortie de l'internat. Et que pour l'instant j'ai envie de voir différents types d'installation et savoir comment moi j'aimerais m'installer. Voilà. Les meilleures conditions pour moi. » M2

« Enfin là ça fait trois ans donc maintenant je me sens un peu plus capable, mais au tout début, c'est sûr que le manque d'expérience professionnelle tout court, fait que, enfin pour moi il était hors de question que je m'installe avant d'avoir fait des remplacements quoi. Parce que tu ne te sens pas capable, tu n'as pas assez d'expérience du terrain, on va dire. » M5

« Donc les avantages des remplacements, c'était à la fois la diversité de l'exercice, ce qui au début, me semblait agréable... Moi qui déteste en fait la routine, le fait d'aller chez les autres, dans des endroits complètement différents, avec des pratiques complètement différentes... » M15

b) Les inconvénients du remplacement

L'absence de suivi du patient

Le premier inconvénient des remplacements est lié aux changements de lieu d'exercice qu'il sous-entend. Le plus gros souci des interrogés est l'absence de suivi du patient.

« Mais c'est vrai, l'absence de suivi c'est très pénible. Par exemple cette semaine, j'ai eu une dizaine de patients, j'aurais tellement aimé savoir ce qu'il y avait par la suite, quand tu les envoies aux urgences et tout. » M12

« C'est l'absence de suivi des patients. Tu traites quelque chose et finalement tu ne sais pas ce qui se passe la semaine suivante. Tu les revois 2-3 mois après, t'as loupé pas mal d'épisodes. »
M5

« C'est vrai que t'as cette notion de suivi du patient que tu n'as pas quand t'es remplaçant, que tu n'as pas ou beaucoup moins en tout cas. Donc ça, voilà, ça peut être un inconvénient aussi. »
M5

« On ne sait jamais les suites de ce que l'on a fait et c'est quelque chose qui m'embête. » M6

« Les inconvénients des remplacements c'est pour moi, ne pas avoir de patientèle fixe. » M1

« Bah le côté que l'on aime en médecine générale, malgré tout, enfin souvent je pense qu'on aime, c'est d'avoir sa patientèle, revoir ses patients et pouvoir les suivre. On le fait quand on a un remplacement fixe mais malgré tout on ne l'a pas trop, on l'a moins que lorsque l'on est installé. Ça c'est un peu frustrant. » M11

« Ça ne me permet pas de faire un vrai suivi des patients, et ça perd de son intérêt. » M4

« Et la frustration de ne pas avoir les comptes rendus de tout ce que je faisais. J'ai eu l'impression que je ne progressais pas autant en tant que remplaçant que si je m'étais installé, parce que j'avais très peu de retour de ce que je faisais, des traitements que j'instaurais, des patients que j'envoyais aux urgences... ça c'est extrêmement frustrant. » M15

Le manque de considération des patients

La fonction du médecin remplaçant est mal connue des patients, le remplaçant est renvoyé au rôle de « bouche-trou » par certains patients, et la relation de confiance n'existe pas toujours.

« Les patients ne nous connaissent pas, et on n'a pas cette relation privilégiée qu'a un médecin traditionnel avec ses patients qui est pour moi l'essence même de ce métier et tout son intérêt. »
M1

« T'es un peu moins considéré, voilà, t'as pas ta plaque posée. T'es toujours vu comme... t'es toujours vu comme le remplaçant, le mec qui aide pour les vacances, mais j'ai l'impression combien de fois t'a des patients qui te posent la question « mais vous avez fini vos études ? vous

en êtes où, vous êtes encore interne ? ». J'ai l'impression que t'es encore en manque de considération. » M12

« Ils viennent te voir parce qu'ils n'ont pas trop le choix quoi, au début. » M13

« Les patients viennent te voir toi en consultation et pas pour le médecin que tu remplaces, et puis quand il te voit ils disent « ah c'est le remplaçant », ça c'est toujours, peut-être pas vexant, mais on se dit « bah ce n'est pas pour moi qu'il vient » et ça l'ennuie que ce soit moi. » M4

« Ce n'est pas évident, de toujours te présenter « bonjour, je suis le remplaçant » ... Des fois les gens sont un petit peu méfiants aussi, quand ils ne te connaissent pas et que ça change souvent de remplaçant. » M7

La distance avec le domicile

Bien souvent, le remplaçant doit faire de la route pour se rendre sur son lieu de travail. Il arrive que ce dernier soit éloigné de son domicile. Dans ce cas il existe un frein à poursuivre ce remplacement.

« Des fois tu peux être amené à remplacer assez loin de chez toi, alors qu'en général quand tu t'installes, tu ne t'installes pas à 50km de chez toi quoi. Quand tu remplaces, tu fais certainement plus de route que quand tu es installé. » M7

« La route, certains remplacements sont assez loin, une heure le matin et le soir. » M6

La difficulté à mettre en avant certaines compétences

Certains remplaçants ont des diplômes particuliers (DU, DESC, Capacités) qu'ils ne peuvent mettre en avant car les habitudes du médecin remplacé, ou la patientèle, ne permettent pas de mettre en pratique ces compétences.

« J'ai fait le DU de gynéco qui me plaît bien. Ce qui pêche avec les remplacements c'est que je peux l'utiliser mais moyennement. » M11

« Tu ne maîtrises pas et tu ne décides pas des conditions dans lesquelles tu travailles. C'est-à-dire que si un médecin a telles habitudes, tu es un peu obligé de suivre sinon les patients ne te

comprennent pas et ne te suivent pas et du coup ont tendance à ne pas revenir te voir quand tu viendras remplacer. » M5

L'organisation imposée

Remplacer un médecin c'est aussi travailler selon ses habitudes, son environnement, ses horaires et ses patients. Il peut s'agir d'une contrainte si ces pratiques ne correspondent pas au remplaçant.

« Quand tu remplaces quelqu'un, tu te calques là-dessus, ça peut être un inconvénient si ça ne correspond pas trop à ta vision du planning, de l'organisation quoi. Donc ça c'est un des inconvénients qui fait que tu pourrais t'installer parce que, quand tu t'installes, c'est toi qui décides de tout ça, donc voilà. » M5

« Quand tu remplaces, tu fais les horaires du médecin que tu remplaces. Et parfois c'est des horaires... De grosses amplitudes horaires. » M10

« Après la gestion du cabinet par exemple. Je remplace à des endroits où il y a des gens qui mettent des lapins... Et ils ne les virent pas en fait. (...) Parce que, y a des cabinets je suis obligée de les subir car ce n'est pas moi qui décide... Je ne peux pas imposer mes choix. » M13

Le sentiment d'instabilité organisationnelle et financière

Pour certains interrogés, il peut exister une forme d'angoisse à trouver du travail régulièrement. Nous avons vu précédemment que la demande était supérieure à l'offre, mais cette appréhension est tout de même présente. Elle se fonde sur les difficultés à se projeter, à avoir des revenus fixes, à trouver un remplacement avec des conditions de travail attractives.

« Quand tu remplaces, si le médecin se barre où s'il trouve un remplaçant qui répond plus à ses demandes, tu vas sauter. Mine de rien, il faut assumer derrière. Même si on a une facilité pour trouver des remplacements, faut quand même vite se retourner. » M12

« Quand t'es jeune remplaçant, c'est le fait de devoir chercher souvent. C'est le fait aussi parfois de tomber sur des remplacements qui ne valent pas le coup, où tu ne vois personne. Et finalement t'as l'impression de plus perdre ton temps que de travailler. » M3

« Quand on est remplaçant, on a une sécurité qui est quand même moins assurée. On a une rentrée d'argent qui est moins régulière quand même, et quand on a des charges fixes, c'est plus compliqué. On sait très bien qu'on peut se rattraper sur un mois, mais si par exemple on fait un mois où on a trois semaines où on ne remplace pas... Si derrière, on a les charges de la voiture, de la maison qui tombent... c'est moins évident. » M8

La moindre rémunération

Les interrogés estiment avoir des revenus corrects. Mais la majorité d'entre eux pensent qu'ils gagneraient mieux leur vie en tant que médecin installé. Gagner plus d'argent ne semble pas un argument suffisant pour les inciter à s'installer.

« Un avantage financier, non je ne pense pas. Non, je pense que c'est plutôt un désavantage, je gagnerais mieux ma vie si j'étais installée je pense. Non, financièrement non, ce n'est pas un avantage du tout mais c'est une qualité de vie. » M14

« Je n'ai pas d'avantage financier dans la mesure où j'ai une rétrocession, je n'ai pas de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Moi je pense que remplacer c'est être perdant quelque part. » M3

« Les inconvénients... sur le plan financier, tu gagnes forcément bien ta vie, t'as pas les charges du cabinet, mais après t'as pas les rémunérations aussi des médecins traitants sur les ALD, sur les ROSP, tout ce qui touche de la Sécurité Sociale en fait. Et qui est de plus en plus important quand même. Donc t'as pas ça. De ce fait-là tu gagnes quand même moins bien ta vie qu'un médecin qui est installé. » M7

c) Le remplacement fixe

Neuf médecins remplaçants sur les quinze interrogés avaient l'occasion de faire des remplacements fixes et semblaient détenir une formule presque idéale entre leurs mains. Ils arrivaient à cumuler les avantages des remplacements en gommant les inconvénients cités précédemment.

Dans ces quelques cas le remplaçant retrouve :

- Le suivi des patients

- La stabilité organisationnelle et financière
- L'adaptation aux cabinets
- La relation de confiance avec les patients
- Un emploi du temps contrôlé
- Le peu d'administratif

« Je fais du remplacement fixe depuis quatre ans, donc je suis amenée à travailler toujours dans le même cabinet, ce qui fait que je connais très bien les secrétaires, les médecins avec qui je travaille et surtout les patients que je suis amenée à voir. De ce fait-là, ça se passe plutôt bien avec les patients. Et puis c'est assez confortable de pas changer de lieu à chaque fois. Maintenant je connais le cabinet, je connais le logiciel par cœur... Pour les patients, ils se demandent même si je ne suis pas installée. » M7

« Enfin c'est surtout l'avantage des remplacements fixes, c'est le fait de connaître finalement les patients. Donc ça c'est super intéressant. Ce n'est plus du ponctuel, j'ai un suivi des patients. » M14

« Donc là finalement, sur l'année je dois faire un mi-temps, en remplacement, sans être installée, mais je pense en ayant les avantages de l'installation dans le sens où je connais bien les patients, je connais bien le cabinet. Avec une rétrocession à 90%... j'ai du mal à me dire « si demain je m'installe ». » M7

« Donc de ne plus à avoir à me limiter aux « vacances scolaires » entre guillemets. Le fait de gérer un petit peu ces patients et ces dossiers comme je le souhaite. Actuellement je remplace des médecins dont j'aime beaucoup la façon de travailler donc je n'ai rien à redire de ce côté-là. » M8

« Et donc j'ai à la fois le meilleur des deux mondes en fait. Moi j'ai toujours voulu être médecin de famille, j'ai ce côté « médecin de famille » avec le fait de connaître les gens, de voir grandir les enfants, d'y être 5 mois et demi de l'année... Donc voilà, de les connaître, de les gérer. Ils me considèrent presque comme leur médecin traitant bis. » M15

2) Les causes de refus d'installation

Les causes de refus d'installation sont intimement liées à la vision qu'ont les jeunes médecins de leurs aînés. L'image de leurs confrères installés leur fait peur.

L'image du médecin isolé

La nouvelle génération de médecins ne veut pas reproduire l'ancien schéma libéral, qui est pour eux synonyme d'isolement. L'image du médecin seul dans son cabinet entièrement dévolu à ses patients est rédhibitoire.

Les propos des interrogés à ce sujet sont sans ambiguïtés.

« Je pense que les gens, les patients d'aujourd'hui ne nous permettent plus d'avoir ce fonctionnement de médecine à l'ancienne.

Donc je pense que s'installer tout seul aujourd'hui c'est de la folie. C'est de la folie.

Quand t'es tout seul, et quand t'es tout seul t'es prisonnier... T'es prisonnier des gens, tu travailles quand eux ils veulent que tu travailles. » M3

« J'ai encore cette image du médecin de campagne qu'on a pu voir lors de nos stages d'internat et d'externat, ou en fait j'imagine le médecin de campagne tout seul dans son cabinet et c'est une vie solitaire. Donc non ça ne me donne pas envie.

Ça ressemble à la médecine générale ancienne, qui était tout seul et qui a 50 ans était divorcé. »

M4

« J'ai remplacé un médecin qui travaille vraiment « à l'ancienne ». Donc ce que j'appelle « à l'ancienne » c'est-à-dire que les patients viennent un peu quand ils veulent, ils peuvent t'appeler pour que tu passes chez eux même pour des choses... pour des petits motifs tu sais. Voilà, donc en gros, c'est la notion de « vieux médecin de campagne » qui doit être disponible 24h sur 24, 7/7j, et pour tout et n'importe quoi. Donc j'ai remplacé un médecin comme ça. Bon voilà, ça c'est vraiment un truc épuisant. Moi j'ai trouvé ça épuisant mentalement et physiquement. C'est pas du tout ma conception de la médecine si tu veux. Je pense que ça l'était à une certaine époque, mais dans la plupart des cabinets où j'ai remplacé ça ne se passe plus comme ça. Voilà, mais bon... Au final ça m'a donné une mauvaise image de la profession qui est finalement celle que les gens se représente la plupart du temps. C'est-à-dire le médecin omniprésent, omniscient, joignable tout le temps... voilà, médecin de campagne à l'ancienne... ça c'est un truc... ça m'a donné à moi une mauvaise image de la profession. Si c'était tout le

temps comme ça partout, et si c'était obligatoire d'être comme ça, je pense que j'aurais fait autre chose. » M5

La peur du surmenage

En miroir de l'idée d'isolement, la peur de se faire dépasser par les demandes des patients est omniprésente. Pour les interrogés, il peut sembler très difficile de faire respecter leurs horaires ou leur vision du fonctionnement du cabinet.

« C'est vrai que tu les vois les médecins, ils tirent la langue avec les horaires qu'ils peuvent faire. T'as pas envie d'être à leur place en fait, tout simplement.

C'est donc des médecins qui ont 5-6 semaines de vacances maximums par an, qui font du 8h-20h. Qui, quand ils reviennent des vacances, en deux heures, le bénéfice des vacances est déjà parti. » M12

« En fait, c'est vrai que les médecins que j'ai remplacés, je ne les trouvais « pas cools » quoi... Ils sont souvent... Ils avaient l'air souvent épuisés, donc c'est vrai que moi je les remplaçais pendant les vacances scolaires, leurs vacances... Et donc on voyait qu'ils n'en pouvaient plus quoi, qu'ils attendaient ces vacances avec vraiment grande impatience. Et le médecin que je remplace, c'est vrai que lui, il tient, parce qu'il prend des vacances à chaque vacance scolaire. Donc toutes les 6-7 semaines, il prend une semaine. Il tient comme ça, sinon je pense qu'il ne tiendrait pas. » M14

« C'est surtout quand je vois les médecins qui sont plutôt des vieux médecins qui font des horaires vraiment à rallonge. Démarrer très tôt le matin et finir très tard le soir, qui ont l'air épuisés, voilà ça, et qui font qu'enchaîner les consultations, ouais ça m'écœure un peu. Donc oui je vois ce que je ne voudrais pas faire plus tard. » M2

« Je ne ferai pas l'ancien médecin qui commence à 7h du matin et qui finit à 23h, ça c'est sûr que non. » M3

« Après ce qui semble difficile c'est vraiment l'implication et les horaires quand tu es médecin généraliste installé.

On se retrouve à faire des horaires de folie, commencer très tôt et terminer très tard. » M4

Le M3 déclare qu'il est fréquent que les consultations ne soient pas toujours justifiées et pas toujours strictement médicales :

« Les lourdeurs à la fois dans le fonctionnement de la profession où effectivement tu te rends compte que le recours au médecin généraliste n'est plus forcément justifié dans tous les cas. Et, avec le manque de médecin, tu te retrouves avec des emplois du temps ingérables pour faire des choses qui ne sont plus médicales. » M3

« Certains que j'ai rencontrés avaient une surcharge de travail de la part de la population car ils n'arrivaient pas forcément à dire non au niveau des horaires et dire non au niveau des consultations et visites. En ce moment, les burnouts dans différentes professions dont la médecine générale et par exemple celui qui est installé tout seul en rural, et bien c'est dur. » M6

« Ce qui m'a terrorisé, c'est que... c'est inenvisageable avec une vie de famille à côté, avec une pratique sportive régulière de haut niveau à côté, avec n'importe quoi d'autre à côté, parce que quand t'es sur St Quentin et que tu as le volume d'activité qu'on a, si tu exerces comme ça, et bah t'es mort. » M15

La peur de l'engagement définitif

S'installer c'est s'engager, et les médecins remplaçants ne semblaient pas du tout attirés par la notion d'engagement dans un système qui risquerait de les priver de leurs avantages, de leur liberté.

Ici les interrogés ont peur de l'engrenage que représente le cabinet médical et de ne plus pouvoir faire marche arrière une fois installés.

« C'est plus histoire de s'engager et de se trouver happé par un système... et d'avoir du mal à s'en sortir. Même si aujourd'hui en fait je me dis c'est bête parce que... non, enfin ce n'est pas si bête que ça. C'est quand même compliqué, une fois qu'on a une patientèle, de dire « bah stop j'arrête » et puis il n'y a personne pour reprendre. Enfin, niveau conscience, ce n'est pas facile, du coup. (...)

Je ne me suis pas installée car j'avais l'impression que si on mettait le pied là-dedans, on y allait corps et âme, et qu'on ne pouvait pas faire marche arrière et qu'il fallait répondre à la demande des patients, qu'il fallait assumer. » M14

« On a l'impression que l'on met le doigt dans une machine et qu'on ne peut plus faire machine arrière. » M4

« Et puis le fait de s'engager. Là je sais que si je veux arrêter de remplacer quelque part il suffit juste de prévenir le médecin que je remplace, et puis ça se fait. Une fois installée, j'ai peur que le retour en arrière soit plus compliqué. » M9

La relation parfois difficile avec les patients

S'installer c'est aussi se lier à une patientèle, avec ses qualités et ses défauts, c'est aussi devoir s'imposer face à elle. Les interrogés de ce travail redoutent parfois cela.

« Et ça ce sont des patients qui appellent les médecins à 20h pour avoir un rendez-vous à 21h, ce sont des patients qui prennent un rendez-vous et qui ne viennent pas. Ou ce sont des patients qui viennent sans rendez-vous alors que c'est consultation sur rendez-vous, (...). Donc y a une ou deux heures d'attente dans la salle d'attente. Le médecin n'est plus respecté en fait. » M8

« J'ai remplacé plusieurs années dans un cabinet où je faisais énormément de consultations à la journée, avec des milieux qui étaient très défavorisés donc qui consultaient très facilement. Qui n'avançaient pas les frais médicaux. Et donc, qui se pointaient à plusieurs sur les consultations, qui devaient être vu tout de suite... Oui il y avait de l'abus, d'un point de vue... un manque de respect on va dire du point de vue de la profession. » M3

« Par rapport aux patients et la demande il faut savoir imposer nos choix et savoir s'adapter à la population que l'on va accueillir car on n'est pas seul à décider de nos horaires car si la population a besoin d'un médecin le soir par rapport à leurs horaires de travail il faut aussi qu'on s'adapte à eux. » M6

« Avec des patients qui sont un peu ingérables, de la difficulté à mettre des limites (...). » M13

L'inquiétude de la gestion matérielle et financière d'un cabinet

La gestion matérielle et financière d'un cabinet médical ne fait pas partie de notre formation initiale. La formation se fait « sur le tas ». Les interrogés formulent des inquiétudes autour de cela.

« Exactement, par exemple, le cabinet à maintenir, c'est des détails peut-être. Mais tu sais, les commandes de feuilles d'arrêt de travail, les feuilles de soin à envoyer, voilà, toute la compta, tout ça. Faut la maintenir. Quand tu remplaces un médecin pendant deux semaines, derrière tu lui donnes une enveloppe énorme, et puis lui il doit encaisser les chèques, il doit faire tous les comptes, il doit te faire la rétrocession. Il doit envoyer les feuilles de soin. Et toi c'est sûr, quand t'es remplaçant, tu fais des feuilles de soin mais c'est plus ton problème après. » M12

« Je pense que tout seul ça semble compliqué, ou alors il faut se faire aider de comptable ou tierce personne qui s'y connaisse en entrepreneuriat mais nous on est là pour soigner des gens et ça semble insurmontable pour moi. » M4

Il existe également quelques interrogations autour des charges en règle générale, sujet très peu connu des remplaçants.

Les interrogés M3 et M7 s'inquiètent surtout des charges autour du personnel :

« (...) en France c'est difficile vu les charges patronales, pour engager du personnel c'est compliqué. » M3

« Pouvoir embaucher du personnel mais dans des conditions plus faciles, notamment nous c'est la secrétaire. Que ce soit un peu plus flexible, car embaucher quelqu'un de nos jours ça fait un petit peu peur. » M7

L'administratif envahissant

Le mode d'exercice libéral en médecine générale sous-entend pour le médecin une quantité importante de papiers à remplir (demande d'ALD, dossiers Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), demande d'accord préalable, etc), ou à intégrer au dossier médical : courrier de spécialistes, compte-rendu d'hospitalisation, biologies, etc. Cette notion d'administratif et surtout le temps que cela représente dans la pratique est un gros désavantage de l'installation. De plus, aucune formation à cet exercice n'est délivrée au préalable.

« Je trouve que dans la pratique on demande de plus en plus de paperasse. Des dossiers MDPH, des dossiers pour ci, pour ça... Des accords pour certains traitements. Tu passes plus de temps à faire des papiers sur ta consultation qu'à faire de la médecine, donc c'est plus ça qui me gêne. » M3

« Ça c'est vrai, ça ne donne pas envie, ça ne donne pas envie (l'administratif). Je pense qu'effectivement il y a des contraintes. Justement, moi, par ce mode d'exercice, je suis complètement tranquille de tout ça. » M14

« Clairement, c'est pour ça que je ne me suis pas installé parce que moi qui ai toujours voulu être médecin de famille, ce que j'ai découvert au fur et à mesure de mon exercice, qui m'a fait peur c'était justement la pression des caisses, c'était justement la pression administrative, c'était justement la masse de papier qui était capable de te pourrir ton exercice. C'était de revenir le week-end pour trier le courrier et mettre les données dans l'ordinateur et ça c'est un aspect du métier qui m'a terrorisé. » M15

Les difficultés pour se faire remplacer

Les remplaçants sont bien placés pour savoir que la demande est supérieure à l'offre, et par conséquent il ne leur a pas échappé que se faire remplacer n'est pas simple.

« Ce qui me fait peur aussi de m'installer c'est quand moi je veux gérer mon emploi du temps comme je le veux je n'ai personne qui vienne me remplacer. Ça c'est clair. » M6

L'inquiétude de gérer ses patients seul

Devenir médecin traitant est une responsabilité importante. Gérer ses patients seul peut en inquiéter quelques-uns.

« La peur aussi d'avoir à gérer un patient toute seule. (...)

Là quand j'ai des patients qui me posent problème sur leur état de santé, je sais que je peux demander conseil au médecin que je remplace. Je laisse une petite note en discutant un petit peu de la poursuite de la prise en charge d'un patient ou d'un autre, et ça, c'est réconfortant. » M9

C) LES RÉSULTATS ASSOCIÉS A L'OBJECTIF SECONDAIRE DE L'ÉTUDE

1) L'hypothèse de l'installation idéale

Une maison de santé

En réponse à la vision de certains médecins isolés, les remplaçants ne jurent que par les groupements médicaux. Être seul n'est plus concevable.

« Mais une maison de santé, je pense que plus grand monde n'a envie de s'installer tout seul. (...)

Si je devais créer mon cabinet ce serait une maison de santé avec quatre médecins. » M1

« Donc de toute façon un cabinet de groupe. (...) le mode de fonctionnement idéal ça serait un cabinet de groupe. » M2

Un travail collaboratif avec de l'entraide

Se regrouper n'est pas suffisant en soi, il faut du dialogue et de l'entraide entre les médecins. Travailler chacun dans son coin n'est pas l'objectif. Les jeunes médecins considèrent qu'il n'est plus possible de travailler indépendamment et qu'un système collaboratif autour des patients doit voir le jour.

Les interrogés mettent en avant une notion intéressante d'entraide entre les médecins.

« Au moins quatre, quatre médecins minimums je pense. (...)

Pour moi l'installation idéale ce serait une maison de santé pluridisciplinaire. Notamment plusieurs médecins généralistes, au moins quatre comme je te disais pour qu'on puisse tourner, pour s'autogérer si besoin. » M5

« Et de pas travailler tout seul ! Il y a aussi le système de « si je veux m'absenter une après-midi pour raison X » je sais qu'il y a mes collègues pour dépanner les urgences de mes patients. (...)

Enfin on arrive à un système où les maisons médicales ce n'est plus du libéral tout seul dans son coin, puisqu'au final ça fait un peu comme un service finalement. » M6

L'interrogé M3 développe une notion sur le partage des horaires :

« Après voilà, je pense qu'il y a moyen de faire une petite rotation sur les horaires, un qui commence plus tôt, qui finit tôt, l'autre qui commence plus tard, qui finit plus tard... Pour qu'il y ait un semblant de permanence de soin, que... voilà, tu restes ouvert dans des horaires qui peuvent convenir à tout le monde. » M3

Les interrogés M4 et M14 évoquent la notion de « partage » de la patientèle, c'est-à-dire ne plus être le « médecin exclusif » à tout prix. Cette idée est intéressante.

« Et puis de pouvoir se répartir les patients à plusieurs médecins et ne pas avoir une patientèle à soi. » M4

« Je n'en sais rien, mais j'ai l'impression que pour les médecins, il faudrait aussi ce système d'être en binôme. Au moins en binôme. » M14

Une activité maîtrisée

Rester maître de son activité, pouvoir arrêter à l'heure prévue, partir facilement en congés, sont des demandes des médecins remplaçants. Mais ils souhaitent également être capable de répondre à la demande de leurs patients, ce qui renforce l'idée de ne plus être seul pour gérer une patientèle.

L'interrogé M10 décrit bien le problème :

« C'est ça, de me dire que je pourrais m'installer et avoir des horaires beaucoup plus souples. Mais sans que les patients en pâtissent, sans que le travail en pâtisse. Parce que je sais que quand tu t'installes, quand t'es médecin généraliste, tu ne peux pas faire du 9-17h, ce n'est pas faisable. » M10

Et donne en même temps une solution intéressante :

« À plusieurs, où on se complète sur les horaires, où il y a des jours où on peut finir plus tôt, d'autres où... un jour de la semaine on ne travaille pas. Mais un cabinet où on est au moins quatre, et se remplacer un peu les uns les autres. » M10

Les autres décrivent leurs souhaits mais sans apporter de solution concrète :

« Avec une journée de pause dans la semaine. » M12

« (...) et puis avec des horaires forcément raisonnables. » M14

« (...) sur le rythme de travail, pouvoir faire ses horaires et gérer sa vie de famille et professionnelle très bien sans se surmener. (...)

Avec des horaires qui seraient, on va dire, raisonnables pour moi qui permettraient d'avoir une vie de famille à côté. » M2

Multiplier les compétences

Proposer des compétences supplémentaires (médecins spécialistes, paramédicaux) au sein d'une structure de soin est une idée partagée par une majorité de remplaçants. Cela augmente l'attractivité et peut permettre de prendre des avis spécialisés plus facilement.

« Une ou deux infirmières, un ou deux kinés, quelques spécialistes qui tournent, tu sais, pas toujours le même. Je veux dire le lundi c'est le dermato, le mardi c'est le cardio, mercredi c'est le gastro. En gros tu tournes comme ça donc t'as les spés facilement disponibles. » M12

« Un cabinet pluridisciplinaire, pour qu'on puisse avoir accès à des avis de spécialistes facilement car ils font partie de la maison médicale tel jour. » M6

Avoir un plateau technique disponible

L'idée de partager un plateau technique basique (ECG, petite radiologie, échographie de base, laboratoire à proximité) séduit. La médecine demande souvent des examens simples qui sont précieux pour les diagnostics. Et cela rend service aux patients.

« Ah oui ce qui est bien c'est d'avoir un labo et un centre de radio pas trop loin dans l'idéal. » M11

« Avec des moyens techniques car je trouve que la médecine générale où on réfléchit qu'avec son cerveau c'est bien mais on a besoin de moyens techniques. (...)

La médecine évolue et on a besoin de biologie plus rapidement et pourquoi pas de la radiologie dans le cabinet juste à côté. » M4

L'interrogé M4 dépasse un peu le cadre du simple « cabinet de médecine générale », mais cela reste envisageable :

« Pourquoi pas avoir un appareil à gaz du sang. Un appareil qui donne la « CRP Quick » comme il y a dans certains services d'urgence, ça pourrait aider. Nan ouais, limite ça ressemblerait à une petite clinique quoi. » M4

« (...) et des appareils comme un ECG... enfin des trucs un peu modernes quoi. Où on peut faire plein de choses. Ça, ça donne envie, ça donne vraiment envie. » M6

Les aides à l'installation

Les idées sont partagées autour des aides financières à l'installation. Dans cette étude il est difficile de dire que les aides financières constituent une réelle motivation à l'installation. Elles peuvent y participer mais pas en premier plan.

« Non pas du tout. Attention, j'ai besoin de sous pour vivre, mais je sais pas du tout ce qui pourrait m'aider, enfin ce qui pourrait m'inciter à m'installer. » M12

L'interrogé M3 se méfie même des institutions telles que l'ARS :

« Alors pas du tout et surtout pas. Moi je revendique entre guillemets « l'indépendance » de ce que je fais, je ne dois rien à personne. Les réseaux ARS, ça m'intéresse pas du tout et je trouve que c'est pire que... c'est se rendre prisonnier de quelque chose qui nous dépasse. Les aides par les communes oui, c'est intéressant mais on fait un métier où on gagne bien nos vies donc je n'en vois pas forcément l'utilité. Non, pour moi c'est pas du tout un critère. » M3

L'interrogé M5 est un peu plus nuancé dans ses propos :

« Tout dépend des conditions dans lesquelles tu t'installes, c'est à dire, si c'est pour une création, enfin si tu reprends quelqu'un qui a une patientèle... je pense que les aides je n'en ai pas besoin car tu commences à travailler tout de suite. Par contre si tu crées ton cabinet, effectivement, voilà, moi je chercherai quand même à obtenir des aides, ce serait un critère quoi. Car tu mets longtemps... tu mets quand même longtemps à installer ta patientèle et à ce que ça roule quoi, tout simplement financièrement. Donc ouais, ce serait un critère, ça ne précipiterait pas car ça dépend d'autres choses aussi mais ce serait un critère quoi.

(...) Des aides de l'État si c'est une création parce que voilà, comme je te disais, faut que ça soit intéressant financièrement tout de suite que tu ne galères pas pendant des mois, voire des années. » M5

L'interrogé M9 semble assez réaliste, en expliquant que cela reste toujours intéressant mais pas suffisant pour franchir le cap de l'installation :

« C'est gentil mais ça ne me laisserait pas plus de temps libre. (...) Bien sûr, si un jour je décide de m'installer, je serai contente d'avoir des aides financières, mais pour l'instant ça ne comblera pas les freins à l'installation que je retrouve. » M9

Se concentrer sur la pratique médicale, se débarrasser de l'administratif

Les interrogés sont unanimes sur ce point, ils veulent se consacrer exclusivement à la pratique de la médecine, se débarrasser du temps de travail non médical et s'orienter uniquement vers le patient.

« Je ne sais pas mais, qu'on n'ait pas tout à gérer, qu'il y ait aussi une prise en charge par les administratifs pour ça. En fait, qu'on puisse arriver dans son bureau, qu'on pratique, qu'on travaille, qu'on fasse de la médecine. » M14

« Puis nous laisser travailler en tant que vrais libéraux quoi. (...) Faire de la médecine sans avoir toutes les contraintes administratives, et les papiers qui nous tombent dessus de plus en plus, où en fait tu passes ton temps quand même à remplir des papiers. » M7

S'initier à l'installation au travers d'une collaboration

On comprend bien à travers le discours des interrogés que l'installation du jour au lendemain n'est pas dans leurs projets. L'idée d'une période de collaboration avant d'envisager toute installation semble les séduire. Bien que cette initiative existe déjà depuis quelques années, tous ne semblent pas connaître cette mesure incitative.

« Une collaboration initiale est un bon moyen de rentrer dans un cercle préexistant. Il faut connaître le réseau, il faut remplacer quelques temps dans l'endroit où tu veux t'installer pour savoir les différentes caractéristiques de la patientèle en fonction de la localisation, des médecins avec qui tu vas collaborer. » M1

« (...) je pense qu'une collaboration pour initier le travail futur, je pense que c'est impeccable, c'est ce qu'il faut faire. » M12

« Je pense que si un jour je suis pour l'installation, que j'envisage de m'installer, je commencerais par une collaboration. Je ne m'installerais pas d'emblée, mais avoir une collaboration. » M7

Le salariat ?

L'hypothèse du salariat n'a été que survolée lors des entretiens. Trois participants (M5, M9 et M14) avec une expérience de remplacement conséquente l'ont évoquée (7 ans de remplacement pour M5 ET M9 et 35 ans de remplacement pour M14).

L'interrogée M5 est celle qui en parle le plus, et surtout celle qui décrit les avantages qu'elle y chercherait :

« Je me dis que, à terme, le salariat ça peut être pas mal, pour avoir des horaires un peu fixes et de ne plus se prendre la tête avec tout ce qui est administratif. Parce que toi-même tu sais que le libéral c'est complexe à ce niveau-là, c'est un peu lourd et qu'on ne maîtrise pas toujours sa charge de travail. Ce qui n'est pas le cas dans le salariat, notamment à l'hôpital. » M5

Il est difficile de dire ici si le salariat représente une solution d'avenir, il faudrait approfondir les conditions précises de ce que représente le salariat pour les interrogés. Mais ils semblent plutôt rester dans une logique de refus des contraintes administratives et de gestion du temps.

DISCUSSION

A) FORCES DE L'ÉTUDE

1) Le choix du sujet et de la population

Ce sujet est d'actualité, la démographie médicale est inquiétante.

De moins en moins de jeunes médecins généralistes se tournent vers une activité libérale exclusive et de plus en plus préfèrent rester remplaçants. [1][2][3][5][14] [15][16][17][20][21]

Il nous semblait intéressant d'interroger les médecins généralistes remplaçants thésés. Ils représentent les médecins directement concernés par l'installation. Cela nous paraissait être le meilleur moyen de comprendre les attentes concernant l'avenir de la profession.

2) La diversité de la population interrogée

Le profil des quinze interrogés est assez varié :

- L'âge des interrogés varie de 28 à 55 ans. La moyenne d'âge est de 33,2 ans.
- L'expérience de chacun des participants va de 6 mois à 30 ans de remplacement. Pour une moyenne de 5 ans et 7 mois de remplacement.
- L'équilibre entre hommes et femmes est respecté avec 8 femmes et 7 hommes.
- 8 participants sur les 15 ont des enfants d'âges variés.

Treize des participants à cette étude ne se destinaient qu'à une activité de médecine générale stricte, un interrogé suivait une formation complémentaire d'urgence en plus des remplacements sans savoir ce qu'il ferait par la suite, un autre cumulait son activité de remplacement avec une activité salariée.

3) Le choix de la méthode

Nous avons fait le choix de la méthode qualitative par entretien individuel car elle semblait le plus appropriée pour notre étude. En effet ce type d'analyse permet de mettre en avant des modes de pensée, des diversités de points de vue et modes de raisonnement, des ressentis.

Cela peut permettre de se défaire des idées préconçues en laissant à l'interrogé une parole totalement libre et spontanée. [6][7][9][10]

L'interviewer doit alors faire un effort pour se défaire de ses représentations, et rester le plus objectif possible.

De ce fait aucune étude statistique ne peut être ressortie de cette étude.

La méthode de l'interrogatoire individuel a été retenue plutôt que la réalisation de focus group, car il fallait mettre en évidence des représentations personnelles et pour cela le sujet devait pouvoir s'exprimer pleinement et sans retenue. La méthode de focus group risquait de freiner l'expression de certains participants. [6][7][9][10]

Le script d'entretien a permis de poser les questions dans un ordre bien défini, permettant de ne pas perdre le fil de l'interview avec le participant. En cas de difficultés de réponse, les questions de relance enrichissaient l'entretien.

Le phénomène de saturation théorique des données a permis de mettre fin aux entretiens, aucun nouveau thème n'a été relevé après le douzième entretien. Le quinzième entretien d'un médecin généraliste remplaçant de plus de 10 ans d'expérience a permis de conclure définitivement les entretiens sur l'absence d'idées nouvelles.

4) La triangulation des données

Une triangulation des données a été réalisée sur quatre entretiens choisis au hasard par deux tierces personnes selon la méthode de la théorisation ancrée. Cela a permis de renforcer la validité interne de l'étude. [11]

5) La réalisation des entretiens

La grande majorité des entretiens ont eu lieu en face-à-face pour des raisons de convivialité et de mise en confiance des participants. Seul un entretien a dû être réalisé par l'intermédiaire de FaceTime® pour des raisons d'éloignement géographique.

Un temps de discussion préalable était toujours pris afin de présenter ce travail, identifier l'interlocuteur et le mettre à l'aise. Les entretiens se faisaient ainsi de façon agréable et sans distance ni jugement.

B) LIMITES DE L'ÉTUDE

1) Les biais liés au choix de la méthode

Idéalement, une analyse qualitative s'appuie sur des données recueillies lors d'un entretien libre sans script préétabli. Nous avons pensé que ce type d'entretien était difficile à mettre en place, avec des questions-réponses très variables d'un individu à l'autre amenant probablement à des résultats très contrastés et difficilement interprétables. Il existait un risque de pauvreté des entretiens en l'absence de questionnaire établi.

La retranscription a été la plus fidèle aux entretiens, tout comme pour l'encodage qui a été réalisé avec rigueur et impartialité. Malgré tout il existait des risques inhérents à cette façon de faire avec une perte de données. Le codage était quant à lui soumis à l'interprétation du codeur.

2) Les biais liés au choix de la population

Un travail qualitatif n'a pas pour but d'offrir des résultats issus d'un échantillon totalement représentatif de la population étudiée. Nous avons essayé d'être le plus exhaustif possible dans l'échantillonnage. Néanmoins le recrutement des interrogés par connaissance directe ou indirecte de l'interviewer ne relève pas d'un choix aléatoire et peut être considéré comme un biais de sélection.

3) Les biais liés à l'interviewer

L'interviewer doit rester objectif et neutre dans une étude qualitative. Il ne doit pas influencer l'interrogé par ses questions de relance et par conséquent influencer les réponses. Le but était d'obtenir un éventail de réponses le plus large possible.

Il n'a pas toujours été évident de ne pas poser de questions fermées, et de se défaire de sa propre opinion et préjugés.

C) INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Les résultats de cette étude ont été confrontés à une revue de littérature de travaux de thèse antérieurs et articles de presse. On retrouve de nombreux travaux concernant les freins à l'installation en médecine générale et le confort des remplacements mais peu de travaux s'orientent sur les attentes des médecins généralistes remplaçants vis-à-vis d'une potentielle installation.

1) Pourquoi ce refus d'installation ?

La liberté avant tout

C'est l'élément clé de la motivation à rester remplaçant. Cette notion est évoquée systématiquement par chacun des participants de ce travail et dans chaque étude précédemment menée sur le sujet. La possibilité de freiner son activité professionnelle à tout moment et l'absence d'engagement représentent un confort pour les médecins remplaçants. [13][14][15][16][17][20][21]

Le temps libre est essentiel pour ces médecins qui souhaitent privilégier leurs projets de vie personnels et professionnels. Ils ne veulent pas sacrifier leur qualité de vie.

La situation actuelle est profitable aux médecins remplaçants, car ils bénéficient d'une grande facilité pour trouver de l'emploi et d'une rémunération suffisante.

Ils sont cependant conscients de moins bien gagner leur vie que des médecins installés. Cela fait partie du statut de médecin remplaçant, et ils l'acceptent. L'argent ne semble pas être un motif suffisant pour inciter les installations.

Cette combinaison d'une rémunération suffisante et du peu de contraintes suffit à gommer les inconvénients du manque de considération de leur statut.

Leur étiquette de remplaçant ne leur permet pas de trouver de véritable place de médecin auprès des patients, ni de pouvoir exercer une médecine basée sur une relation de confiance et un suivi, ni de pouvoir exercer en leur nom propre. Cela représente un désavantage majeur à leurs yeux.

Pourtant l'étude Remplact de 2016 [5] montre que les remplaçants effectuent une part non négligeable de l'activité globale en médecine générale. Elle est équivalente à 81% de celle d'un médecin généraliste installé. Les remplaçants avec une activité libérale exclusive travaillent en moyenne 29 semaines sur une année. Ils participent même davantage à la permanence des soins que les médecins installés.

Il aurait pu être intéressant de poser la question « Souhaitez-vous remplacer à vie ? » afin de préciser encore cette volonté de liberté.

Un schéma de la médecine générale qui semble dépassé

La vision des médecins remplaçants sur la façon d'exercer de leurs confrères installés est un frein. Il existe une critique sur le fonctionnement global des cabinets médicaux actuels (Exercice isolé, charge administrative, surmenage, vie privée amputée).

Implicitement, les remplaçants semblent demander une refonte de ce système actuel qui ne leur convient pas. [31][32][36][46][47][51]

Depuis plusieurs années les maisons de santé sont présentées comme des armes « anti-déserts médicaux ». Force est de constater que cela n'est actuellement pas suffisant pour répondre à ce problème.

Nombre de maisons de santé sont financées par les communes qui les pensent attractives. Mais elles ne répondent pas aux problématiques de temps libre et d'organisation optimisée de la médecine générale.

Ainsi les médecins ne voient actuellement dans les maisons de santé que des murs, et non pas une réponse concrète à leurs demandes en termes de réorganisation.

On pourrait dire que les maisons de santé sont un premier pas intéressant sur le plan de la structure, mais il faut repenser le fonctionnement d'un point de vue organisationnel. C'est ce que nous détaillons par la suite.

Un manque de formation à la gestion de l'entreprise du cabinet et donc une période d'apprentissage

Tout au long de leur cursus les étudiants en médecine fréquentent essentiellement les hôpitaux ; à l'exception près de deux stages en médecine de ville minimums (un de 2 mois durant l'externat, un autre de 6 mois durant l'internat). Un second stage de 6 mois est proposé durant l'internat, il s'agit du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS), ce dernier est difficile à obtenir car il existe un trop faible nombre de maîtres de stage en médecine générale.

La période des remplacements permet donc d'appréhender la logistique d'un cabinet, mais jamais les remplaçants rencontrés n'ont expliqué être à l'aise dans ce sujet.

Certains travaux proposent de former les internes de médecine générale à la gestion de leur future entreprise. [26][28][29][30][43][51]

Récemment il était question d'allonger l'internat de médecine générale d'une quatrième année avec une pratique essentiellement libérale. Les internes y sont dans l'ensemble peu favorables.

Mais devenir chef d'entreprise ne s'improvise pas.

Dans le cadre d'une hypothétique installation, la plupart des remplaçants souhaiteraient effectuer une collaboration. Les motivations sont multiples :

- Assimiler la gestion du cabinet, le confort de travail proposé, la patientèle
- Assimiler leur environnement professionnel (lien avec l'hôpital, la clinique, les spécialistes) et personnel.

Les interrogés veulent se rassurer sur les conditions d'exercice du cabinet, s'assurer qu'elles leur conviennent avant d'envisager toute installation. Le confort de travail est donc le moteur principal de ces médecins, et non pas l'argent. [51]

Il faudrait donc développer les systèmes collaboratifs entre médecins ainsi que l'accompagnement humain dans la démarche d'installation.

2) Quels changements opérer pour redynamiser la médecine générale ?

Changer la perception de la médecine générale

La médecine générale est de moins en moins attractive, avec une vision globale de l'exercice de nos aînés qui ne correspond pas aux attentes des nouvelles générations. [31][32][36][46]

Parmi les nouveaux inscrits en médecine générale en 2017, 20,4 % ont fait le choix de l'exercice libéral. 33,4 % sont salariés et 4,3 % ont un exercice mixte.

À noter que depuis 2007, l'exercice libéral attire de moins en moins les jeunes médecins : alors qu'un tiers des nouveaux inscrits en 2007 exerce en secteur libéral en 2014, la proportion chute à 14,9 % pour la génération de 2012. [1][2][3][46][49][51]

Réinventer la médecine générale semble nécessaire. La demande de soins est différente, la mentalité des médecins généralistes a évolué.

La perception des difficultés actuelles de la médecine générale semble se faire assez tôt dans le cursus médical. Plusieurs interrogés de ce travail rapportent leurs mauvaises expériences vécues à travers leurs stages en médecine de ville durant leur formation initiale. Ceci est problématique

et encourage probablement plusieurs internes à s'orienter vers des spécialisations via des DU ou DESC ou vers l'hôpital.

Lors des stages réalisés à l'hôpital, la médecine de ville est souvent perçue comme une médecine « de base », moins valorisante que les spécialités d'organe. C'est un ressenti général, vécu par la majorité des étudiants lors de leurs études.

Clairement la médecine générale souffre d'un manque d'attractivité, elle qui est réputée comme « difficile », « isolée » et « chronophage ».

Changer l'image de la médecine générale est une tâche complexe, qui ne se fera que par un changement profond des modes de travail.

Revoir notre mode d'exercice

Pour éviter les désagréments d'un exercice isolé, nous devrions ouvrir des maisons de santé regroupant plusieurs praticiens. Ils travailleraient ensemble dans l'intérêt des patients et dans leur propre intérêt.

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique :

« Art. L. 6323-3. – La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. « Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. « Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. » [41]

L'ARS décrit un modèle qui est celui des Communauté Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) :

« Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé sont composées de professionnels de santé regroupés, le cas échéant sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier et de second recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux. » [42]

Cette volonté de créer des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé découle du projet de loi « Ma santé 2022 » promu par Mme la Ministre de la Santé, Agnès Buzyn. [38]

Concrètement, elles associeraient des professionnels de santé de toutes spécialités, du premier et du second recours, exerçant en structure d'exercice coordonné (maisons et centres de santé), en cabinet de groupe ou individuel voire en établissement médico-social (particulièrement en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)). Les professionnels des établissements hospitaliers publics ou privés, notamment du fait de leur fonction de proximité, pourraient participer ou contractualiser avec les CPTS.

Leur déploiement devrait permettre l'entrée d'une majorité de professionnels dans l'exercice coordonné, quelle que soit sa forme : ainsi, l'exercice isolé deviendrait progressivement l'exception.

Contrairement aux maisons de santé, les CPTS n'impliqueraient pas de regroupement géographique des professionnels dans un même lieu d'exercice. L'objectif est plutôt d'organiser leur activité au quotidien autour d'objectifs partagés.

Parce qu'elles assumeraient dans leurs territoires certaines fonctions essentielles (accompagnement des nouvelles installations professionnelles, organisation des plages de soins non programmés, création de consultations avancées, orientation des patients vers un médecin traitant), les CPTS constitueraient un levier particulièrement prometteur pour la politique d'accès aux soins. L'enjeu est dorénavant pour les professionnels de s'impliquer dans la prise en charge de la population d'un territoire et non plus de patientèles attirées.

Une fracture nécessaire

Il s'agirait de créer une fracture avec le modèle « une patientèle = un médecin ». Ce schéma semble complètement dépassé au vu de la pénurie de médecins généralistes. La demande médicale dans notre région est trop forte, le nombre de médecins trop faible.

Dans cette maison médicale, les médecins généralistes seraient référents pour les pathologies chroniques. Mais ils pourraient s'appuyer sur leurs confrères pour les demandes urgentes et la médecine du quotidien qui ne nécessitent pas de tout connaître du patient, surtout si l'on a accès à un dossier informatisé standardisé et mis en commun.

Les patients n'auraient donc plus « un médecin traitant » mais « une équipe de soins » pour répondre à leurs pathologies chroniques, et leurs pathologies aiguës.

Partager le temps de travail

Les médecins de cette maison médicale devraient travailler selon des horaires partagés selon un planning défini à l'avance.

Cela représente une solution simple pour la continuité des soins et pour la qualité de vie des médecins qui pourraient couvrir toute la journée de consultations et de visites tout en maîtrisant leurs horaires.

Certains médecins commenceraient plus tôt pour finir plus tôt et inversement. Le rythme des visites et consultations serait défini à l'avance pour un fonctionnement optimal.

Un médecin pourrait aussi facilement bénéficier d'une journée libre grâce au relais de ses collègues.

Tout cela sous-entend une équipe de médecins volontaires pour ce type de pratique et en nombre suffisant, ainsi qu'un dossier médical partagé parfaitement tenu et standardisé.

C'est probablement là où ce modèle trouve ses limites car il nécessite une initiative forte et un engagement durable de la part d'un certain nombre de médecins.

La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) fait une analyse concernant les maisons de santé :

« L'augmentation du nombre de ces regroupements doit participer à une meilleure répartition géographique des médecins en organisant l'offre des soins dans une approche territoriale cohérente, car ils fixent géographiquement une unité d'offre de soins. Ils améliorent les conditions de vie privée et professionnelle de ses membres, évitant ainsi le "burnout" trop souvent d'actualité. Ils facilitent l'arrivée des jeunes médecins qui plébiscitent l'exercice en groupe. Ce mode d'exercice à condition qu'il soit coordonné et protocolé, correspond à une démarche d'amélioration des pratiques et facilite son évaluation. La première évaluation des maisons de santé par l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

(IRDES) en 2014 a montré que ces regroupements stabilisaient la démographie des professionnels, et amélioreraient la qualité des soins à moindre coût. » [37]

Autre intérêt de ce type de structure, celui de permettre le travail confortable de nos aînés. Ils sont nombreux à exercer un cumul emploi-retraite et cela leur permettrait de réaliser des vacations au sein de l'établissement, comme une forme de remplacement fixe, avec tous les avantages cités précédemment et donc sans les inconvénients d'une installation.

Il pourrait ainsi « lever le pied » en fin de carrière, en conservant une activité adaptable selon leurs envies et besoins.

Cependant il faudrait s'intéresser à la réaction des médecins seniors avant de conclure hâtivement dans cette direction. L'atlas de démographie médicale du CNOM de 2018 montre qu'entre 2017 et 2018, le rapport entre le nombre de médecins retraités actifs sur l'ensemble des retraités, enregistre des variations contradictoires d'un département à l'autre : le rapport baisse dans 56 départements, augmente dans 25 autres et il est stable pour 25 départements. [2]

Au final, l'idée globale de cette refonte hypothétique de l'exercice médical est de :

- Proposer une médecine basée sur le contrôle de son activité pour chaque praticien
- Proposer des horaires de soins compatibles avec la demande des patients
- Garder la notion de médecin traitant référent indispensable à notre métier en proposant une équipe de soins aux patients
- Promouvoir l'entraide entre confrères en cas de difficultés de prise en charge ou de trop grande affluence de patients
- Proposer une vision attractive de la médecine générale, conforme aux attentes de la nouvelle génération.

Avoir le soutien des collectivités et des pouvoirs publics

Nous venons de voir que la gestion d'un cabinet pouvait représenter un obstacle à la création d'un projet de maison médicale.

À l'heure où les collectivités se disent prêtes à aider les médecins, il peut sembler possible de leur demander de gérer et financer cette entreprise (les locaux, les secrétaires, la maintenance, etc..) en tout ou partie, afin que les médecins se consacrent à leur exercice médical. Idéalement on pourrait parler de cabinet « clés en main », où le médecin peut travailler sans se soucier du reste.

La FFMPS en a déjà fait le constat :

« Il existe plus de 1 200 maisons et pôles de santé en France. Ce mode d'exercice regroupé étant de plus en plus prisé des professionnels, tout particulièrement des jeunes médecins. Les réalisations qui marchent sont souvent marquées par une prise en compte des attentes des professionnels et la présence d'un leader. Les échecs sont souvent consécutifs au désengagement des pouvoirs publics qui n'accordent pas l'aide escomptée par les professionnels. Plusieurs modes de réalisation existent depuis la création sur des fonds propres des professionnels à des créations sur des fonds publics des collectivités territoriales et/ou de l'assurance maladie. Les différents modes de coordination reposent entre autres sur un dossier électronique partagé, un exercice protocolé, des réunions de concertation mono ou pluri professionnelles, une continuité des soins, un accompagnement personnalisé des patients en situation complexe, une maîtrise de stage, l'utilisation des alertes informatiques pour la relance des patients dans le dépistage et la prévention, l'établissement d'une charte éthique. Les maisons de santé nécessitent un investissement important d'un leader pour mener à bout le projet de la création. Elles ont un coût d'investissement et de fonctionnement supérieur à celui d'un cabinet "classique" actuellement porté par les seuls professionnels. Les maisons de santé créent un nouveau métier de « coordination administrative d'équipe de santé ». C'est grâce à ces nouveaux emplois que les équipes améliorent leur organisation au service des patients. Outre le financement, des questions concernant ces maisons et pôles de santé restent à ce jour en suspens, comme la définition de la population cible de professionnels dont les zones d'intervention sont différentes, la délégation des tâches et les nouvelles formes juridiques de l'exercice regroupé. » [37]

Cependant, dans ce schéma, l'administratif reste problématique. Le Président Emmanuel Macron et la ministre de la santé Mme Agnès Buzyn promettent 4000 postes d'assistants médicaux qui auront pour but :

- D'accueillir les patients
- Recueillir certaines données et constantes, ainsi que des informations relatives à l'état de santé
- Vérifier l'état vaccinal et les dépistages
- Mettre à jour les dossiers et gérer l'aval de la consultation (pré-remplissage de documents administratifs, prise de rendez-vous avec les spécialistes de recours, programmation des admissions en établissement hospitalier...)

C'est ce que présente le projet de loi « Ma Santé 2022 ». [33][38]

Il est prévu un soutien financier au développement des assistants médicaux auprès des médecins libéraux à condition que ces derniers exercent en groupe, s'inscrivent dans un exercice coordonné ou une CPTS et s'engagent sur un bénéfice mesurable pour la population en matière d'accès aux soins (augmentation patientèle, réduction des délais de RDV...), dans le but de libérer du temps médical et de permettre aux médecins de se concentrer sur les soins.

Regrouper les médecins, les soutenir dans les démarches administratives, uniformiser les pratiques, fracturer le modèle « Une patientèle = Un médecin », créer des dossiers médicaux informatiques uniformisés, développer la relation « Hôpital-Libéral », mieux soigner et plus confortablement. Voici les grandes lignes de la médecine générale du futur.

Le salariat ?

Le salariat est de plus en plus plébiscité par les médecins généralistes. Qu'ils soient en ville ou à l'hôpital, beaucoup de praticiens s'orientent vers ce mode d'exercice qui leur simplifie la vie. Des travaux concernant les motivations de certains médecins généralistes travaillant en milieu salarié donnent des résultats relativement similaires à ce travail avec des attentes très proches. [49][50]

Les principales motivations des médecins salariés sont d'échapper aux contraintes que constituent les charges et l'administratif, la course à l'acte, la faible protection sociale ainsi que l'image du médecin isolé.

Notre travail manque de précision en ce qui concerne l'hypothèse du salariat mais cela pourrait représenter une alternative supplémentaire à la réorganisation nécessaire de la médecine générale.

CONCLUSION

L'objectif premier de ce travail était de mettre en avant les raisons pour lesquelles certains médecins généralistes préfèrent rester remplaçants, en mettant face à face les avantages et les inconvénients de cette situation.

Nous comprenons que cet exercice nomade de la médecine est pourvoyeur de beaucoup de liberté, qu'il constitue un temps de formation à part entière pour les plus jeunes et permet de se dégager de toutes les contraintes tel que l'administratif et la gestion de l'entreprise du cabinet.

Beaucoup de travaux retrouvent des résultats similaires. [20][21][27][28][29][36][46][48]

Le second objectif de ce travail était de répondre à la question : « Que faut-il pour que ces médecins choisissent une installation plutôt que la précarité relative de leur statut ? »

Il semblerait qu'ils réclament la certitude d'avoir un exercice exclusivement médical, et qui ne les mettrait pas en position de « médecin absolu » d'une patientèle, où ils se verraient prisonniers de leur cabinet.

La demande se centre autour d'un regroupement, d'une coopération entre praticiens de santé sur la base d'une communauté médicale et d'un accompagnement humain dans cette démarche.

Très récemment une étude du CNOM d'avril 2019, relayée par l'association Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR), présentait des résultats similaires avec une cohorte de 15 319 répondants sans limite d'âge, associant des internes, des remplaçants et des installés. La moitié des participants de cette étude ont moins de 40 ans. [51]

Les principaux résultats de cette étude montrent qu'une demande d'accompagnement humain est nécessaire dans la démarche d'installation, que le soutien financier n'est pas prioritaire, que la charge horaire de travail a un impact important sur la décision du lieu d'exercice, que l'exercice coordonné et le travail en réseau sont largement plébiscités, et enfin, que l'installation est liée à une dimension territoriale. »

Il y a donc une demande de mutation des pratiques en médecine générale. Il faut investir dans des solutions nouvelles qui augmenteraient l'attractivité d'un métier en déclin.

Des solutions sont proposées dans le projet « Ma Santé 2022 » de Mme la Ministre de la Santé Agnès Buzyn. Il faut se donner les capacités de les mettre en œuvre et cela dépend du bon

vouloir des médecins et des pouvoirs publics qui doivent nous aider dans la refonte de cet exercice en péril.

Pour compléter ce travail il serait très intéressant de faire une étude concernant une maison de santé active suivant les propositions citées précédemment, du point de vue des médecins et des patients en observant les effets sur le long terme.

BIBLIOGRAPHIE

1. Atlas de démographie médicale du conseil de l'ordre, mis à jour en 2018, [En ligne], disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
2. Atlas de démographie médicale du conseil de l'ordre, mis à jour en 2016,[En ligne], disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medecale_2016.pdf
3. MG France [En Ligne], Démographie médicale : Généralistes en baisse, spécialistes en hausse, disponible sur : <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/545-demographie-medecale-generaliste-en-baisse-specialistes-en-hausse>
4. Études statistiques de démographie médicale publiées par L'INSEE au cours de l'année 2014, [En ligne], disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292208>
5. ReAGJIR, Études sur l'activité des médecins remplaçants en France, [En ligne], disponible sur : <https://www.reagjir.fr/blog/2016/10/10/remplact-3-enquete-nationale-resultats-complets/>
6. Méliani V, Introduction à la recherche qualitative, [En ligne], disponible sur : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hs-15/hs-15-Meliani.pdf
7. Les études qualitatives - Théorie, applications, méthodologie, pratique, Christian Miquel, Claire Couratier - livre, ebook, epub [En ligne]. [Cité 1 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=23507&razSqlClone=1>
8. ReAGJIR, Cahier des premiers remplacements, présentation et informations, [En ligne], disponible sur : <https://www.syrel-img.com/wp-content/uploads/2013/12/remplacement-presentation-reaagjir-ra.pdf>
9. Lorraine Savoie-Zajc, L'échantillonnage en recherche quantitative, [En ligne], disponible sur : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/savoie_zajc.pdf
10. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Imbert P, Letrillairt L, Lehr A-M, Introduction à la recherche qualitative, [En ligne], disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf
11. Caillaud S, Flick U ; Aperçu du concept de triangulation.2016. [En ligne]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/303019389_Triangulation_methodologique_Ou_comment_penser_son_plan_de_recherche
12. Depoers L, Analyse descriptive des demandes et des contrats de remplacement en lien avec l'ordre des médecins dans le département du Nord en 2015., soutenue le 21/9/17, [En ligne]. Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/22c5fb67-36dc-4cda-97db-6b9c04100696>
13. Flacher A, Baude N, Exercice médical des futurs médecins généralistes : désirs et attentes des internes, Thèse d'exercice, Grenoble, 2007.
14. Salmon J-L, Le retard à l'installation des médecins généralistes remplaçants thésés de l'interrégion Nord-Est. Thèse d'exercice. Reims, 2009.
15. Mazalovic K, Le remplacement en médecine générale : pourquoi un tel engouement pour ce mode d'exercice ? Thèse d'exercice, Dijon, 2012.
16. Coppolani E, Je peux m'installer mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès de médecins généralistes remplaçants thésés de Haute Garonne. Thèse d'exercice, Toulouse, 2014.
17. Galand E, Quelles sont les motivations à rester médecin généraliste remplaçant ? : méthode focus group et entretiens semi-directifs. [En ligne] Publié en 2012. Disponible

sur <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=0c1253de-d837-411f-8f07-a4dc6bf4081a>

18. Site du Ministère des solidarités, Communautés professionnelles territoriales de santé. [En ligne], disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/accés-territorial-aux-soins/article/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-se-mobiliser-pour-organiser>
19. Démographie médicale interactive. [En ligne]. Disponible sur : <http://demographie.medecin.fr/demographie>
20. Camus O. L'installation en médecine générale en milieu libéral en Picardie : freins et réticences : étude qualitative réalisée sur la promotion d'internes de médecine générale 2014, par focus groups. Thèse d'exercice. : Université de Picardie ; 2015.
21. Baranes D. Étude des freins à l'installation en cabinet de médecine libérale des jeunes médecins généralistes remplaçants thésés en Ile de France. Thèse d'exercice : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2016.
22. Hennebo N. Guide Théorisation ancrée.pdf [En ligne]. Disponible sur : <http://www.theorisationancree.fr/guide.pdf>
23. ReAGJIR. Guide de l'installation en libérale [Internet]. 2015 [cité 25 mars 2017]. Disponible sur : <https://www.reagjir.fr/reagjir/les-colleges/guide-de-linstallation-liberale/>
24. CartoSanté [En ligne]. Disponible sur : <http://cartosante.atlasante.fr/>
25. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Rapport au Président de la République Française [En ligne]. 2010. Disponible sur : http://www.fmfpro.org/IMG/pdf/rapport_elisabeth_hubert.pdf
26. Bernard Frèche, Justine Le Grand-Penguilly, Jean-Yves Le Reste, et al. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS ? Exercer. 2011 ; 22(95) :24.
27. SAPIR-IMG. Enquête projet de carrières des internes de médecine générale de la Faculté de Médecine d'Amiens. 2017.
28. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. [Thèse d'exercice]. Grenoble : Université Joseph Fourier; 2011.
29. Coliche T, Noel G. Quels sont les déterminants à la 1ère installation en médecine générale ? étude qualitative de médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. Lille : Université du droit et de la santé ; 2013.
30. Vigneron N. Étude de l'influence des relations professionnelles de l'interne en médecine générale dans sa décision d'installation en médecine libérale : enquête qualitative à partir de 12 entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice] : Université de Picardie ; 2014.
31. ISNAR-IMG. Enquête nationale souhaits exercice IMG [En ligne]. Avril 2011. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
32. Attractivité aux ECN : la médecine générale avant-dernière du classement. Le Généraliste [En ligne]. Disponible sur : https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2017/03/23/attractivite-aux-ecn-la-medecine-generale-avant-derniere-du-classement_310020
33. Projet de santé 2022 [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf
34. Liberté d'installation des médecins, propositions du CNOM de 2008 [En ligne] Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/liberte-d-installation-des-medecins-propositions-70>
35. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. 2009 [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf>

36. Dory V, Pouchain D, Beaulieu M-D, Pestiaux D, Gay B, Rocher G, Boucher L : La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes [En ligne]. Disponible sur : https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/PP.4-7_EXERCER_85.pdf
37. Site de la Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ffmps.fr/definitions-et-legislations/presentation-msp/>
38. Site de l'ARS Haut-de-France, « Ma santé 2022 » pour transformer le système de santé [En ligne]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/ma-sante-2022-pour-transformer-le-systeme-de-sante-4>
39. Site de l'ARS Haut-de-France, Le fonds d'intervention régional [En ligne]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-fonds-dintervention-regional-2>
40. Site de l'Assurance Maladie, Le Dossier Médical Partagé [En ligne]. Disponible sur : <https://www.dmp.fr>
41. Code de la Santé Publique [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>
42. Fiche synthèse de l'ARS, les Communauté Professionnelles Territoriales de Santé [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_12.pdf
43. Taha A, Renard V. Communiqué de presse CNGE/SNEMG : Maître de stage des universités et stages de médecine générale [En ligne]. 2016 mai. Disponible sur : https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiquede_presse_cngesnemg_maitre_de_stage_des/
44. RemplaNor - Le remplacement en région Hauts-de-France [En ligne]. Disponible sur : <http://www.remplanor.org/>
45. Site de l'ARS Haut-de-France. Le Pacte territoire santé dans les Hauts-de-France [En ligne]. 2017. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-pacte-territoire-sante-dans-les-hauts-de-france>
46. Hurier H. Déclin de l'exercice libéral de la médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes salariés picards [Thèse d'exercice] : Université de Picardie ; 2014.
47. Boukhezra N, Hedelius M. La médecine Générale vue par la presse écrite grand public : la crise, rien que la crise ! [Thèse d'exercice]. [Lyon, France] : Université Claude Bernard ; 2013.
48. Dupont C, Zborowska Y. Les facteurs motivant l'installation en médecine générale libérale : Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et la Somme, installés depuis moins de trois ans. [Thèse d'exercice]. France ; 2018.
49. Conti T, Fillatre C. Pourquoi les jeunes salariés de la Somme choisissent ils l'exercice salarié exclusif ? : Étude qualitative auprès de médecins généralistes thésés de la Somme depuis 2012. [Thèse d'exercice]. France ; 2018
50. Hurier H (1983-), Boulfroy G, Verne U de PJ. Déclin de l'exercice libéral de la médecine générale (Texte imprimé) : enquête auprès des médecins généralistes salariés picards /Hélène Hurier; [sous la direction du] Docteur Gérard Boulfroy. [s.n.]; 2014.
51. Enquête sur les déterminants à l'installation chez les internes, les remplaçants et les installés. Publiée par le CNOM. [En ligne] Avril 2019. Disponible sur : <https://www.reagjir.fr/wp-content/uploads/2019/04/190411-Dossier-de-presse-Enquete-determinants-installation-CNOM-CJM.pdf>

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DMG : Départements de Médecine Générale

DMP : Dossier Médical Partagé

ECN : Épreuves Classantes Nationales

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

PTMG : Praticien Territorial en Médecine Générale

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

SAPIR-IMG : Syndicat Autonome Picard Représentant les Internes de Médecine Générale

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

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

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

CMU : Couverture Maladie Universelle

PMI : Protection Maternelle et Infantile

IEM : Institut d'Éducation Motrice

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et Prévention en Addictologie

SECU : Sécurité Sociale

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

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

ANNEXES

A) Script d'entretien

1) Quel est votre : Sexe, âge, statut marital, nombre d'enfants ?

Réponse libre

2) Quelle est la date de la soutenance de votre thèse ?

Réponse libre

3) Depuis quand remplacez-vous ?

Réponse libre

4) Pouvez-vous me parler de vos projets de vie et me dire s'ils sont compatibles avec une pratique libérale en installation ?

Réponse libre et relance seulement si nécessaire sur les thèmes :

- a) qui concerne l'orientation de carrière (libéral vs salarié)
- b) qui concerne le désir de spécialisation et diverses formations (ex : urgences)
- c) qui concerne la vie de couple (si accepté par l'interrogé)

5) Quels sont pour vous les avantages des remplacements qui vous empêchent de sauter le pas de l'installation ?

Réponse libre et relance seulement si nécessaire sur les thèmes :

- a) qui concerne le sentiment de liberté
- b) qui concerne un choix de vie, travail du conjoint
- c) qui concerne l'absence de contraintes liées aux charges administratives et à la gestion du cabinet
- d) qui concerne le sentiment de moindre responsabilité
- e) qui concerne les possibilités de formation
- f) qui concerne le choix des remplacements
- g) qui concerne l'avantage financier

6) Quels sont pour vous les inconvénients des remplacements qui pourraient vous faire sauter le pas de l'installation ?

Réponse libre et relance seulement si nécessaire sur les thèmes :

- a) qui concerne l'absence de suivi des patients
- b) qui concerne la relation remplaçant/remplacé
- c) qui concerne l'adaptabilité aux cabinets
- d) qui concerne l'instabilité organisationnelle et financière
- e) qui concerne la lassitude des remplacements

7) Votre expérience auprès de médecins installés vous donne-t-elle une vision négative de la profession ?

Réponse libre et relance seulement si nécessaire sur les thèmes :

- a) qui concerne la lourdeur administrative
- b) qui concerne les conflits entre associés
- c) qui concerne la relation avec les organismes (type CPAM)
- d) qui concerne le lien avec le patient
- e) qui concerne le surmenage

8) Votre expérience auprès de médecins installés vous donne-t-elle aussi une vision positive de la profession ?

Réponse libre et relance seulement si nécessaire sur les thèmes :

- a) qui concerne la relation médecin/malade renforcée
- b) qui concerne le sentiment d'être le médecin de confiance
- c) qui concerne le choix de vos locaux et associés
- d) qui concerne la gestion de l'emploi du temps

9) Dites-moi pourquoi vous n'envisagez pas une installation ?

Réponse libre et relance seulement si nécessaire sur les thèmes :

- a) qui concerne l'engagement définitif
- b) qui concerne le mauvais choix
- c) qui concerne la lourdeur de la gestion du cabinet et des charges administratives
- d) qui concerne l'absence de formation à la gestion d'un cabinet
- e) qui concerne le surmenage et la difficulté parfois de trouver des remplaçants

10) Quel type d'opportunité d'installation pourrait vous faire franchir le pas de l'installation ?

Réponse libre et relance seulement si nécessaire sur les thèmes :

- a) qui concerne les opportunités de rencontre au sein d'un cabinet
- b) qui concerne la période de collaboration
- c) qui concerne les aides à l'installation par les communes ou ARS
- d) qui concerne des allègements de la fiscalité

11) Quel serait pour vous le mode de fonctionnement idéal qui pourrait vous donner envie de vous installer ?

Réponse libre

B) CDs audio, enregistrement des entretiens

RÉSUMÉ

JE SUIS MÉDECIN GÉNÉRALISTE REMPLACANT ET JE LE RESTE !

POURQUOI ?

Introduction : L'évolution de la démographie médicale est inquiétante, notamment en médecine générale. Les départs en retraite sont nombreux et les installations sont insuffisantes pour les compenser. L'objectif principal de ce travail était d'identifier les raisons pour lesquelles les jeunes médecins s'installent de plus en plus tard ou ne s'installent pas en milieu libéral. L'objectif secondaire était de définir un nouveau mode de fonctionnement de l'activité libérale pour redynamiser les installations. **Matériel et Méthode :** Nous avons mené une enquête qualitative par des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes remplaçants thésés dans les départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme. **Résultats :** Quinze entretiens ont été réalisés. Les principales causes de refus d'installation sont le souhait de disposer de temps libre, la peur de l'engagement définitif et les contraintes administratives de la gestion d'un cabinet médical. Les principales solutions pour accroître le désir d'installation sont le regroupement de médecins au sein de maisons de santé, avec un fonctionnement collaboratif et une gestion déléguée et optimisée de l'entreprise du cabinet. **Discussion :** L'éthos des médecins généralistes est en mutation, ils refusent un exercice trop contraignant. Il apparaît qu'il faut modifier les pratiques. Ce travail propose un modèle de maison de santé comme une des solutions au problème de l'installation. Mais sa mise en œuvre nécessite l'implication forte de la nouvelle génération de médecins et des pouvoirs publics. **Conclusion :** Les freins à l'installation sont nombreux, le mode d'exercice actuel est inadapté aux attentes des jeunes médecins.

Mots clés : Médecine générale / Installation / Remplacement / Retard à l'installation / Enquête qualitative.

RESUME

I AM A SUBSTITUTING GENERAL PRACTITIONER AND I REMAIN ONE! WHY?

Introduction: The evolution of medical demography is disturbing, above all regarding family practice. Retirements are numerous and there are not enough installations to balance them. This work's principal aim is to identify the reasons why the young practitioners tend to settle down later and later, or just don't settle into an independent professional environment. The second aim was to define a new functioning method as independent practice to revitalize the medical facility. **Material and method:** We lead this qualitative survey through semi-directed interviews among substituting general practitioners, PhD qualified, in Aisne, Oise and Somme's departments. **Results:** Fifteen interviews were made. The main causes of settling refusals are the will of owning free time, the fear of definitive engagement and administration troubles coming with a medical office's management. The main solutions to increase the will of settling are doctors gathering in a nursing home, with a collaborative operation and a delegated and optimized administration by the office's firm. **Discussion:** The ethos of general practitioners is changing, they refuse a work which is too restrictive. It appears that we must change the practices. This dissertation proposes a model of nursing home as one of the solutions regarding the problem of settling. But its implementation requires the strong involvement of the new generation of doctors and also of the public authorities. **Conclusion:** The obstacles of an installation are numerous, the current mode of working doesn't fit with the young doctors' expectations

Keywords : General Medicine / Installation / Replacement / Installation delay / Qualitative survey.