



HAL
open science

Étude descriptive des freins et des leviers au démarrage des remplacements en médecine générale par les internes en Troisième Cycle des Études Médicales en Nouvelle-Aquitaine

Alexandre Gbedo

► To cite this version:

Alexandre Gbedo. Étude descriptive des freins et des leviers au démarrage des remplacements en médecine générale par les internes en Troisième Cycle des Études Médicales en Nouvelle-Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02932359

HAL Id: dumas-02932359

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02932359>

Submitted on 7 Sep 2020

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

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



U.F.R des Sciences Médicales

Thèse pour l'obtention du

Diplôme d'Etat en Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement par

GBEDO Alexandre Ali, né le 04 Mai 1989 à Nice (06)

**Etude descriptive des freins et des leviers au démarrage des
remplacements en médecine générale par les internes en Troisième
Cycle des Etudes Médicales en Nouvelle-Aquitaine**

Directeurs de thèse

Dr BORAUD Thomas

M.SMITH Andy

Rapporteur

Dr ADAM Christophe

Président du Jury

Pr JOSEPH Jean-Philippe

Jury

Pr CASTERA Philippe

Dr MADER Philippe

Remerciements

Dans l'ordre (approximatif) d'apparition :

A mes parents, à Nathan, Yann et Axel – On ne s'est pas choisi et c'est heureux, je n'aurai pas pu tomber mieux.

A mes amis – Je ne suis pas souvent le premier à écrire ou à appeler mais je ne me suis jamais senti oublié. Je ne vous oublie pas non plus, vous pourrez toujours me retrouver.

A Mylène – Je me rappellerai toujours cette plage du Mexique où nous nous sommes rencontrés. Avec toi j'ai l'impression de n'avoir jamais quitté son sable blanc.

A mes aînés et à tous ceux qui ont partagé un peu de leur sagesse avec moi :

Dr Mader et Dr De Burosse, Dr Droulout – J'emporte partout vos enseignements, aucun traitement ne commence sans écoute et parfois c'est tout ce qu'il faut.

A mes directeurs de thèse :

Dr Boraud – Pour m'avoir si justement aiguillé quand je ne savais pas où chercher.

M. Smith – Pour m'avoir fait découvrir cette discipline passionnante. Vous m'avez mis sur la ligne de départ puis rencontré à tous les points d'étape d'une course que je ne suis pas certain de vouloir finir.

Aux membres du jury :

Pr Joseph – Pour m'avoir fait l'honneur de présider à la soutenance. Et surtout pour l'aide et l'attention que vous et les membres du DMG de Bordeaux m'avez apporté pendant cet internat. Merci.

Pr Castera – Pour vos conseils nombreux et bienveillants au tout début de la conception de ce travail. Vous m'honorez en étant présent pour sa conclusion.

Dr Adam – Pour vos cours qui sont un plaisir à suivre et vos conseils dans la finition de cette thèse.

Table des matières

Glossaire et abréviations	6
I. Introduction	7
A. Contexte	7
1. Démographie	7
2. Evolution des trajectoires des futurs médecins généralistes	11
3. Une nouvelle rupture en vue, la réforme de la Loi santé	13
B. Questionnements et objectifs de l'étude	14
1. Problématiques.....	15
2. Objectifs	15
II. Matériel et Méthodes	16
A. Méthode et population	16
B. Entretiens et transcription	17
C. Analyse	17
III. Résultats	18
A. Les leviers	19
1. Se confronter au milieu réel.....	19
2. L'aspect financier.....	19
3. Compléter sa formation, à condition d'en avoir le temps	19
4. Travailler en autonomie, avoir le contrôle	20
5. Se préparer à l'après internat	20
6. Le service rendu aux médecins installés	20
7. La gratification personnelle.....	21
8. La forte demande	21
9. La recherche d'un mode spécifique d'exercice.....	21
B. Les freins	22
1. Le manque de temps.....	22
2. Le manque d'informations	22
3. La maquette	23
4. Le manque de confiance en soi.....	23
5. La charge de travail	23
6. L'absence de pression financière	24
7. Le manque de réseau.....	24
8. La vie de famille.....	24
9. La charge administrative liée aux remplacements.....	24
10. La crainte d'un conflit dans les pratiques.....	25
11. Les projets personnels	25

C. Les attentes par rapport aux Saspas	25
1. La préparation de l'activité future.....	26
2. Une découverte prudente, encadrée du métier en autonomie.....	26
3. Une étape souhaitable du cursus	26
4. Un moyen de se tester	26
D. Les limites du Saspas	27
1. Une autonomie qui devient parfois excessive	27
2. Un rythme soutenu	27
E. Le ressenti du stage de niveau 1.....	27
1. Autonomie rapidement acquise	27
2. Sentiment d'une autonomie lentement ou non acquise en stage	28
3. Le stage de niveau 1, un tremplin.....	28
4. Une aide à l'orientation.....	28
5. L'adaptation des MSU au parcours de leur stagiaire	29
6. Niveau 1 tard dans la maquette.....	29
F. Les apports des remplacements	29
1. Un impact sur la pratique.....	29
2. Une préparation de l'activité post internat	30
3. Une activité gratifiante	31
4. Un positionnement en acteur du système de santé.....	31
5. Une incarnation du statut de médecin	32
6. Une acquisition de nouvelles compétences.....	32
7. Renouer avec le cœur de son métier	32
8. Un substitut au saspas dans l'acquisition de l'autonomie.....	32
G. Les difficultés rencontrées au cours des remplacements	32
1. L'anxiété	32
2. La sensation d'isolement	33
3. Le rythme de travail plus intense	33
4. Le manque de préparation	33
5. L'incertitude	33
6. La gestion du temps de stage et de remplacement.....	33
7. Un matériel moins fourni en libéral	34
8. Simplement une bonne expérience	34
H. Les éléments transversaux.....	34
1. L'information.....	34
2. Les projets d'avenir	36
3. L'organisation pratique	37

4. Rester en terrain connu	38
5. Des parcours et des vies	39
IV. Discussion	40
A. A propos des résultats	40
1. Leviers et freins	41
2. Les représentations liées au remplacement	41
3. La place du remplacement dans les études	45
4. Le retentissement	46
5. En résumé	47
B. Perspectives.....	48
1. Une nouvelle étude.....	49
2. Informer en délivrant une information commune :	49
3. Informer en délivrer une information personnalisée :.....	50
C. Biais et limites de l'étude	50
1. L'inexpérience de l'enquêteur.....	50
2. La population étudiée	51
3. Possibles confusions remplacements avant/après l'internat	53
V. Conclusion	53
VI. Bibliographie	55
Annexe.....	58
Serment d'Hippocrate	60

Glossaire et abréviations

ARS – Agence régionale de Santé

CH – Centre Hospitalier

CHU – Centre Hospitalier Universitaire

CDOM – Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM – Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM – Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DMG – Département de Médecine Générale

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

ECG - Electrocardiogramme

ECN – Examen Classant National

FNSP – Fondation Nationale de Science Politique

Isnar-Img – Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MG – Médecin généraliste

MSU – Maître de Stage Universitaire

Pacs – Pacte civil de solidarité

Saspas – Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés

SIMGA – Syndicat des Internes en Médecine Générale d'Aquitaine

Smic – Salaire Minimum de Croissance

TCEM3 – Troisième année du Troisième Cycle des Etudes Médicales

I. Introduction

Le remplacement consiste en la pratique de la médecine en lieu et place d'un autre médecin alors absent. Il peut se faire aussi bien en milieu libéral qu'en institution (hospitalière ou autre). Toutes les spécialités médicales et chirurgicales le permettent sous certaines conditions.

En France, le remplacement en médecine générale existe depuis 1945. Ses modalités ont été encadrées pour la première fois par l'ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945⁽¹⁾. Il y est énoncé dans l'article 5 : « *Les internes français des hôpitaux et hospices des villes de facultés et écoles de médecine, nommés au concours et munis de seize inscriptions validées et les étudiants en médecine français ayant vingt inscriptions validées peuvent être autorisés à exercer la médecine en temps d'épidémie ou à titre de remplaçants de docteur en médecine.* » Il est accessible aux étudiants en médecine n'ayant pas encore terminé leur cursus et leur permet d'exercer au même titre qu'un Docteur en médecine. Actuellement, selon le décret n°2014-1075 du 22 septembre 2014 modifiant l'annexe 41-1 du code de santé il est nécessaire d'avoir validé au moins trois semestres de la maquette d'internat dont un semestre de médecine générale libérale⁽²⁾.

A. Contexte

1. Démographie

Il s'agit d'une pratique largement répandue au sein de la profession. La courbe ci-dessous, fournie par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), montre l'évolution du nombre de médecins généralistes, diplômés, libéraux ayant eu une activité de remplaçant depuis 2010 sur le plan national. On constate que ce nombre a diminué jusqu'à atteindre son plus bas niveau en 2013. Il était alors de 6608 médecins. Depuis il n'a fait que croître et s'est élevé à 7482 médecins en 2019, soit une augmentation d'environ 13%. Cette évolution n'est pas spécifique à la médecine générale. En effet comme illustré par la courbe suivante, elle aussi issue du CNOM, la même tendance existe dans les autres spécialités libérales. Son étude y montre une augmentation de 14% de l'effectif des remplaçants depuis 2011.

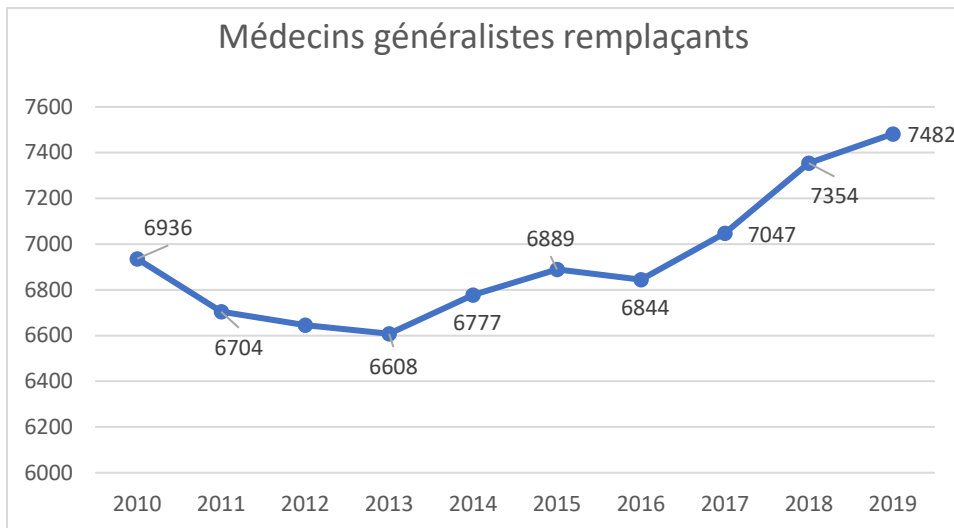


Figure 1. Effectifs des médecins généralistes remplaçants libéraux en France depuis l'année 2010*

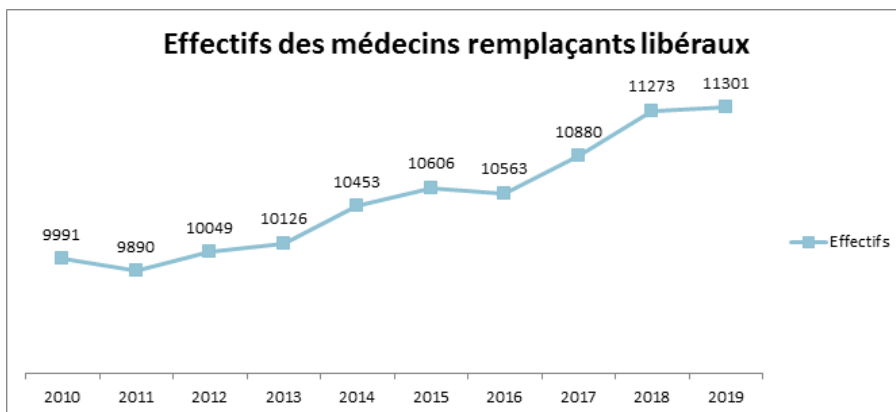


Figure 2. Effectifs des médecins remplaçants libéraux depuis 2010*

En nous focalisant sur l'effectif des médecins généralistes actuellement en activité nous constatons que la tendance est inversée. Ces données mises en relation entre elles, tel que dans le tableau 1 ci-dessous, font état d'une augmentation de la proportion de remplaçants au sein de la spécialité. Elle passe de 7.36 % environ en 2010 à 8.38% en 2018. Dans ce tableau l'effectif de médecins généralistes en activité en 2019 est une estimation du CNOM réalisée en 2018⁽³⁾.

Année	Médecins généralistes remplaçants libéraux	MG en activité	Proportion de remplaçants
2010	6936	94261	7,36
2011	6704	93384	7,18
2012	6646	92478	7,19
2013	6608	91540	7,22
2014	6777	90630	7,48
2015	6889	89788	7,67
2016	6844	88886	7,7
2017	7047	88317	7,98
2018	7354	87801	8,38
2019	7482	86557	8,64

Tableau 1. Proportion de médecins généralistes remplaçants en France depuis 2010*

Le tableau 2 nous donne le nombre de médecins généralistes (MG) en activité tous types d'exercices confondus ainsi que le nombre de remplaçants thésés ou non en Aquitaine. Ces données ont été recueillies directement auprès des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) par correspondance. Les informations sont rangées par ordre décroissant du nombre d'habitants par département. Il révèle une disparité d'effectif en médecins généralistes entre les territoires au sein de la région. Cette variation d'effectif semble en partie en lien avec la densité en habitants de chaque département. En l'absence de données, provenant de la même source, les concernant nous ne pouvons pas analyser le cas des Pyrénées-Atlantiques. Ces zones sont celles habituellement considérées comme plus attractives pour les médecins. Une étude parue dans la revue française d'économie⁽⁴⁾ en 2016 nous apprend que les médecins s'installent de préférence dans les localités permettant un plus grand choix d'activités professionnelles pour les conjoint(e)s, mieux dotées sur un plan technologique (internet haut débit) et avec une accessibilité aux écoles maternelles. Il en ressortait aussi que les médecins préféraient les régions avec une forte demande de soins.

En Gironde le nombre de remplaçants n'ayant pas obtenu la thèse est supérieur à celui des remplaçants diplômés. Ce nombre comprend les étudiants en cours d'internat et ceux ayant terminé leurs stages mais ne l'ayant pas encore soutenue.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce grand effectif est dû à la présence de la faculté de médecine de Bordeaux. Ne disposant pas des données concernant les facultés de Poitiers et de Limoges nous ne pouvons pas tenter d'étayer cette hypothèse.

	Nombre d'habitants	Nombre total de médecins généralistes	Nombre de remplaçants diplômés	Nombre de remplaçants non diplômés
Gironde	1 620 243	2897	312	483
Pyrénées-Atlantiques	679 354	Non communiqué	Non communiqué	Non communiqué
Charente-Maritime	646 016	1123	107	61
Vienne	437 368	Non communiqué	Non communiqué	Non communiqué
Dordogne	409 548	621	40	9
Landes	409 325	676	53	2
Deux Sèvres	374 873	292	15	2
Haute-Vienne	371 575	Non communiqué	40	Non communiqué
Charente	350 240	271	30	39
Lot-et-Garonne	330 159		26	15
Corrèze	240 973	346	22	Non communiqué
Creuse	117 340	235	Non communiqué	Non communiqué

Tableau 2. Répartition des médecins selon leurs types d'exercice en Gironde par département en 2019.**

**données communiquées par correspondance électronique par S. RASSE, experte géographe de la santé pour le CNOM. Issues du site internet démographie.sante.fr*

***données communiquées par les CDOM de Nouvelle-Aquitaine par correspondance électronique.*

2. Evolution des trajectoires des futurs médecins généralistes

a. Une modification de la maquette

On appelle « maquette » de l'internat le déroulé du programme, l'enchaînement des stages et des modules de cours nécessaires à sa validation.

Avant 2017 la maquette de l'interne de médecine générale était différente⁽⁵⁾. L'internat comportait déjà une durée de 3 ans répartie en 6 semestres. Néanmoins, il n'était pas séparé en deux phases distinctes. La réalisation d'un semestre dans un service du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) était obligatoire tandis que celle d'un saspas ne l'était pas. Enfin les stages se faisaient dans un ordre « libre », non imposé, déterminé surtout par le classement de l'étudiant à l'Examen Classant National (ECN)⁽⁶⁾.

Depuis septembre 2017 l'internat de médecine générale comporte six semestres correspondants chacun à un stage⁽⁶⁾. Ces six semestres sont divisés en deux phases : une phase socle et une phase d'approfondissement. Au cours de la phase socle l'interne doit valider un stage en médecine générale libérale ainsi qu'un stage en service d'urgences. Au cours de la phase d'approfondissement, il effectue des stages en médecine polyvalente, en santé de l'enfant, santé de la femme ainsi qu'un semestre de Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (Saspas).

b. Le saspas

Le saspas est un semestre en médecine générale libérale qui s'effectue en autonomie complète pour l'interne. Le médecin maître de stage doit être joignable afin de discuter des dossiers de la journée avec l'étudiant. Ainsi, tout en conservant un aspect pédagogique, ce stage permet une expérience très similaire à l'exercice « réel » de la médecine générale. Dans certaines situations où le maître de stage universitaire (MSU) est moins encadrant, voire absent, il peut être décrit par les internes comme étant un « remplacement déguisé ». Dans son travail de thèse soutenu en 2017 C. Lajzerowicz enquêtait auprès des internes sur le saspas en Aquitaine. Elle montrait notamment que « 28% des MSU ne supervisaient pas l'interne de façon régulière »⁽⁷⁾. Dans ces situations l'interne assure l'activité de consultation du médecin, tout en lui

garantissant l'intégralité de ses revenus. Cela sans retour sur les points positifs ou négatifs de ses prises en charge.

c. Du stagiaire au remplaçant

Des différences existent entre le remplacement et les stages même en autonomie. La première d'entre elle est la responsabilité. Un médecin remplaçant, même s'il est encore étudiant, est pleinement responsable de ses actes, de ses diagnostics, de ses prescriptions, de l'ensemble de son activité au cours du remplacement. Cette responsabilité est aussi bien ordinale que pénale le cas échéant⁽⁸⁾. L'article 4 du contrat de remplacement signé par les deux médecins concernés stipule que le remplaçant « exerçant son art en toute indépendance, sera seul responsable vis-à-vis des patients et des tiers des conséquences de son exercice professionnel et conservera seul la responsabilité de son activité professionnelle pour laquelle il s'assurera personnellement à ses frais auprès d'une compagnie notoirement solvable. Il devra apporter la preuve de cette assurance avant le début de son activité »⁽⁹⁾.

La deuxième différence est pécuniaire. Un interne est rémunéré par le Centre Hospitalier (CH) où il exerce⁽¹⁰⁾ ou par le CHU auquel il est rattaché lorsqu'il est en stage libéral⁽¹¹⁾. Ce salaire est fixe, mensuel, variable selon les gardes effectuées et se rapproche du Salaire Minimum de Croissance (smic) horaire selon le stage concerné. Il va d'environ 1.384 euros chez l'interne en première année d'internat à 2.125 euros bruts mensuels chez l'interne en troisième année. A ce montant s'ajoutent les rémunérations des gardes payées par une indemnité forfaitaire de 119.02 euros⁽¹²⁾. Ces salaires sont à mettre en relation avec le temps de travail dont le plafond est fixé de façon réglementaire à 48 heures hebdomadaires⁽¹³⁾. Un interne en première année d'internat gagne donc 7 euros et 20 centimes bruts horaires gardes non comprises. Un interne en troisième, et dernière année, gagne lui 11 euros bruts horaires sans les gardes. A titre de comparaison, le smic brut horaire en France en 2019 est de 10.03 euros⁽¹⁴⁾. Par ailleurs le syndicat Isnar-IMG a publié une étude en février 2019 menée sur 943 internes qui a révélé qu'un interne sur deux travaille au-delà du nombre d'heures réglementaires⁽¹⁵⁾. Les internes en médecine générale travaillent donc en général pour un salaire inférieur au smic horaire.

Le médecin remplaçant, lui, touche une rétrocession qui est un pourcentage de la recette résultant de son activité perçue initialement par le médecin remplacé et reversée par ce dernier. En Aquitaine, le montant de cette rétrocession est de l'ordre de 70 à 100% de la recette. Il est laissé à l'appréciation du remplacé et du remplaçant. Celui-ci est en général négocié selon plusieurs facteurs pouvant comporter l'urgence à trouver un remplaçant, l'éloignement du cabinet par rapport au lieu de vie du remplaçant, les conditions d'exercice (seul ou en cabinet de groupe) ou encore la quantité de travail administratif. Concernant les gardes régulées par le centre 15, le médecin remplaçant reçoit usuellement l'intégralité de la recette à laquelle s'ajoute une indemnité de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de 50 euros par tranche de 4 heures de garde⁽¹⁶⁾. Ce système permet au médecin s'absentant de payer les charges liées à la gestion du cabinet pendant son absence tout en laissant au suppléant une rémunération liée à son activité.

3. Une nouvelle rupture en vue, la réforme de la Loi santé

La profession de médecin en France se trouve dans une période charnière. En 2018, le CNOM a réalisé une étude de la démographie médicale en France⁽³⁾. Elle montrait que l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière était de 50,6 ans et qu'un médecin généraliste sur quatre était âgé d'au moins 60 ans. Toujours en 2018, selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluations et des Statistiques (DREES) l'âge moyen de fin d'activité des médecins généralistes était de 66.5 ans⁽¹⁷⁾. On peut donc s'attendre au départ en retraite de près d'un tiers des médecins généralistes actuellement en activité au cours des dix prochaines années. Ces chiffres ainsi que le contexte de zones à densités médicales inégales sur l'ensemble du territoire expliquent que depuis plusieurs années les études médicales et l'exercice du métier font l'objet de réformes multiples. Une nouvelle loi santé est en cours d'élaboration.

Parmi les mesures présentées à ce jour on retrouve la fin du numerus clausus⁽¹⁸⁾ et la possible obligation à réaliser un stage en zone faiblement pourvue en médecins généralistes. Toujours avec l'objectif de pallier une éventuelle pénurie de praticiens, il a été envisagé de limiter la durée des remplacements par le médecin thésé à trois ans. En effet, 23% des nouveaux médecins exerçaient en tant que remplaçants en 2018⁽³⁾. Cette réforme ne fait pour l'instant pas mention des internes remplaçants.

B. Questionnements et objectifs de l'étude

Bien que la littérature abonde de travaux s'intéressant à la condition de jeune médecin généraliste ainsi qu'aux remplacements chez les médecins thésés, les données sont plus pauvres concernant les internes effectuant des remplacements.

L'Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (Isnar-IMG) a tenté d'apporter des informations concernant la question dans une étude menée entre 2009 et 2010⁽¹⁹⁾. Cette enquête menée en ligne principalement auprès de leurs adhérents avait été conduite afin de faire un état des lieux. Les facultés n'avaient pas de droit de regard sur l'activité de l'interne en hors-stage. Les caisses d'assurance maladie non plus ne pouvaient pas tracer ces remplacements dans la mesure où les prescriptions se faisaient sous le nom et avec les identifiants du médecin remplacé. Cette étude avait permis d'interroger un nombre important d'étudiants puisque 491 questionnaires ont été exploités. Elle a permis de donner un pourcentage d'internes porteurs d'une licence de remplacement, soient 68% des internes ayant répondu à la question. Elle a également permis de donner un aperçu des motivations les plus courantes aux remplacements et de détailler le type d'exercice effectué. Ces motivations étaient classées par ordre décroissant d'importance pour l'interne. Pour 45% d'entre eux le complément financier était la première motivation emmenant à remplacer pendant l'internat. Pour 44%, il s'agissait du gain d'expérience professionnelle. Un tiers des remplacements (32%) avaient été démarrés au cours du 4^e semestre, 37% au cours du 5^e semestre et 22% pendant le dernier semestre. Pour ce qui est du milieu d'exercice, seul un tiers des étudiants travaillaient exclusivement dans un type d'environnement. Les deux tiers restants alternaient entre rural, urbain et semi-rural. Cette étude réalisée il y a dix ans montrait donc que le remplacement était une pratique courante parmi les internes en médecine générale. Plus récemment, M. Saad-Eddine s'intéressait aux « projets professionnels des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux en dernière année de DES en 2015 et déterminants de leurs choix »⁽²⁰⁾. Dans cette thèse soutenue en 2017 elle comptait 44.4%, sur 72 interrogés, qui avaient déjà effectués des remplacements en médecine générale.

Une étude plus récente sur le sujet est la thèse de B. Tregan soutenue en 2018 s'intitulant « Remplacement au cours du troisième cycle : quels bénéfices pour les

internes de médecine générale ? ». Sa recherche s'était concentrée sur le récit de huit internes de la faculté de Nice ayant effectué des remplacements. Il s'était donc concentré sur les apports bénéfiques qu'en ont tiré ces internes.

Aucune de ces études ne permet une analyse fine des déterminants à la réalisation des remplacements par les étudiants.

En 2016 Bonnet T. a produit une thèse portant sur « les attentes des internes de médecine générale de la région Centre vis-à-vis des remplacements au cours du troisième cycle des études médicales »⁽²¹⁾. Elle a réalisé une enquête qualitative sur quinze internes de la région Centre précédée d'un questionnaire en ligne auquel avaient répondu 86 internes. Elle avait pour objectifs d'étudier les raisons amenant à la réalisation des premiers remplacements ainsi que leur contexte et de comparer cette activité au stage Saspas dans le rapport à l'acquisition d'une autonomie dans la pratique de l'exercice médical. Au terme de cette étude, elle concluait sur une ambivalence des internes quant à leur souhait d'autonomisation. Il s'agissait d'acquérir une plus grande autonomie par rapport aux stages, mais en faire l'expérience se révélait anxiogène voire difficile pour certains. De plus bien que le saspas et les remplacements soient considérés le plus souvent comme complémentaires (voire parfois se substituant l'un et l'autre), ils ne permettaient pas aux internes de se projeter vers une installation. Par ailleurs elle ouvrait vers l'allongement de la durée de l'internat à 4 ans qui permettrait aux internes de se rassurer quant à leur avenir.

1. Problématiques

Quelle est la place du remplacement en médecine générale pendant l'internat pour les étudiants concernés ?

Quelles sont les différences entre les étudiants expliquant que certains se lancent dans cette pratique en plus de leur formation, et d'autres non ?

Quels sont les intérêts de cette pratique ?

2. Objectifs

En répondant à ces questions l'objectif principal de cette étude sera d'identifier et de décrire les différentes représentations des remplacements chez les internes en

troisième année du Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM3) de médecine générale de la faculté de Bordeaux. Cela qu'ils en aient déjà effectué ou non. Parmi ces représentations nous différencieront celles qui semblent inciter les internes à démarrer des remplacements de celles qui semblent les freiner.

Les objectifs secondaires seront d'identifier la façon pour ces étudiants dont le remplacement s'encadre dans leurs études, les différences qu'ils constatent entre ceux-ci et leurs différents stages ainsi que le retentissement qu'ils peuvent avoir sur leur vie d'étudiants.

II. Matériel et Méthodes

A. Méthode et population

Nous avons mené une étude qualitative pour laquelle le matériel de travail a été collecté par des entretiens semi dirigés réalisés auprès d'internes de mars à juillet 2019. Le recrutement a été effectué en plusieurs temps simultanés. Un e-mail a premièrement été envoyé à l'ensemble de la promotion d'internes en TCEM3 via la scolarité du Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté de Bordeaux. Il a permis une première prise de contact avec sept internes soit la moitié de l'effectif final d'interviewés. Un e-mail de relance a été envoyé une semaine plus tard permettant d'établir le contact avec un interne qui ne donnera pas suite aux autres sollicitations. Enfin un troisième et dernier e-mail a été transmis en juin 2019. Aucun interne n'a pris contact suite à sa réception. Cinq internes ont été contactés par effet boule de neige. Ils ont été joints par e-mail pour deux d'entre eux et par sms pour les trois autres. Ces cinq internes ont tous pu être interrogés mais l'un de ces entretiens n'a pas été analysé car l'interne n'a pu être inclus n'étant pas en TCEM 3. L'entretien a tout de même été mené jusqu'à la fin.

Au total ce sont 15 internes qui ont été contactés et 13 entretiens qui ont été transcrits et analysés. Le recrutement a été interrompu lorsque la saturation de données a semblé atteinte.

B. Entretiens et transcription

La quasi-totalité des entretiens a été réalisé en face à face. Ils ont eu lieu à Bordeaux, Mérignac, dans le Réolais, dans le Pays Basque, en Dordogne et ont été enregistrés par la fonction dictaphone du téléphone. Trois entretiens ont été réalisés par appel visiophonique au moyen de l'application Skype®. Ces derniers ont eu lieu selon cette modalité en raison d'un déplacement de longue durée pour l'une des internes et en raison d'emplois du temps chargés rendant très difficiles les déplacements jusqu'àuprès des deux autres internes. Dans les cas où les entretiens étaient conduits par appel visiophonique l'enregistrement était fait par l'application d'enregistrement vocal d'un ordinateur.

Les entretiens ont eu lieu entre le 14 mars 2019 et le 06 septembre 2019. Ils ont duré de 8 minutes 56 secondes à 20 minutes 52 secondes. Leur transcription a été réalisée avec le logiciel Microsoft Word®. Toutes les données pouvant permettre l'identification des interviewés tels que les villes d'origine, les lieux de stage ou de remplacements ont été retirées. Elles ont été remplacées dans les documents en annexe par une formulation générique en italique.

Lorsqu'ils ne nuisaient pas à la bonne compréhension des retranscriptions les éléments de langage et les éléments de communication non verbaux, tels que les rires ou les marques d'hésitation, ont été transcrits tels quels. En effet ils permettaient d'appuyer parfois le propos des interviewés, sans l'utilisation de mots dédiés, et semblaient donc pertinents.

La transcription a débuté après le 4^e entretien, puis a été réalisée après chacun des entretiens suivants. Le dernier entretien a été transcrit le 08 septembre 2019.

C. Analyse

Tous les entretiens ont été analysés avec le logiciel nVivo®. A noter que le premier entretien a été analysé une première fois en format papier puis de nouveau sur ordinateur. Seul l'enquêteur a participé à l'encodage et l'analyse des transcriptions.

III. Résultats

Les internes étaient âgés de 26 à 29 ans. Neuf étaient de sexe féminin et quatre, masculin. Sur les 13 internes ayant participé à l'enquête, 5 avaient déjà effectué des remplacements en médecine générale libérale dont une était en cours de remplacement.

L'analyse des entretiens réalisés a permis de faire ressortir plusieurs notions que les internes rattachaient aux remplacements. Certaines ont pu être définies comme étant des « leviers » ou des « freins » selon qu'elles soient, ou aient été, encourageantes ou limitantes. Certains des internes interrogés se sont aussi exprimés sur les aspects plus classiques du parcours étudiant tels que les saspas et les stages de niveau 1. Nous avons aussi évoqué les éléments qu'ont pu apporter les remplacements chez ceux en ayant fait. Enfin certaines idées, et informations ont été mentionnées par plusieurs d'entre eux mais ne pouvaient pas être catégorisés de façon nette comme étant des freins ou des leviers bien qu'ayant un rôle dans le processus décisionnel.

Figure 3. Nuage des mots les plus fréquemment retrouvés dans les codages « freins » et « leviers ».



A. Les leviers

1. Se confronter au milieu réel

C'est la raison la plus souvent évoquée par les internes qui envisagent d'effectuer des remplacements. Ils y voient l'occasion de pratiquer **« de manière un peu plus réelle qu'en stage » (interne 2)**.

Ils expriment l'idée que même si les stages en donnent un aperçu, ils ne donnent pas accès à la pleine mesure de ce qu'est leur métier. Ainsi l'**interne 8** y voyait le moyen de **« commencer doucement avant (...) d'être dans le grand bain complètement »**.

2. L'aspect financier

La deuxième notion la plus retrouvée dans le discours des internes concernant les motivations au remplacement au cours de leur cursus est l'argent. Certains décrivent un besoin **« financier surtout, besoin d'argent » (interne 4)** ou en parlent comme permettant d'avoir **« un petit plus » (interne 7)**.

Qu'ils aient déjà remplacé ou pas les internes s'accordent pour dire que les remplacements permettent de **« gagner de l'argent au-delà du salaire et des gardes » (interne 12)**.

3. Compléter sa formation, à condition d'en avoir le temps

Sept des treize internes interrogés indiquent considérer le remplacement comme un complément possible de l'internat. **« C'était pour avoir ce côté-là en supplément de mon stage »** a déclaré l'**interne 5** en parlant des urgences et des remplacements en maison médicale.

Chacun évoque une raison qui lui est propre de vouloir compléter sa formation par exemple : **« mine de rien aux urgences tu fais pas les petits bobos de tous les jours (...) donc en fait on continue à apprendre aussi » (interne 7)**.

En revanche tous attachent la condition préalable d'avoir le temps de le faire, ainsi l'*interne 1* qui n'en avait pas encore fait disait **« sur mes trois semaines de congés je pense prendre une semaine de remplacement »**.

4. Travailler en autonomie, avoir le contrôle

L'autonomie et le contrôle sont ensemble le quatrième élément incitant les étudiants à effectuer des remplacements ou à l'envisager. **« Tu fais ton boulot comme t'as envie de le faire, tu choisis ton emploi du temps (...) ça c'est sympa, l'autonomie quoi »** confiait l'*interne 8*.

5. Se préparer à l'après internat

« Voir ce que je préfère pour ma vie future » (*interne 13*). Cette idée est exprimée par sept des internes. Les remplacements sont des moyens pour eux de confronter les différentes modalités de l'exercice de la médecine générale à leurs envies.

Que ce soient les types d'exercice **« faire du remplacement en hospitalier (...) en cabinet »** (*interne 10*).

Ou les lieux **« ça se trouve en allant dans d'autres cabinets je vais me rendre compte que c'est peut-être pas à cet endroit-là que je me sens le mieux mais peut être ailleurs »** (*interne 11*).

6. Le service rendu aux médecins installés

Trois internes, dont deux ayant remplacé, ont dit avoir été attirés par le fait de **« rendre service »** (*interne 1*).

L'*interne 4* a insisté, déclarant qu'il **« soulage, mes remplas ça soulage les vieux médecins qui veulent un jour off dans la semaine »**.

7. La gratification personnelle

La gratification du travail en remplacement est soulignée par deux internes. L'*interne 1* trouve « **sympathique** » de travailler pour lui-même.

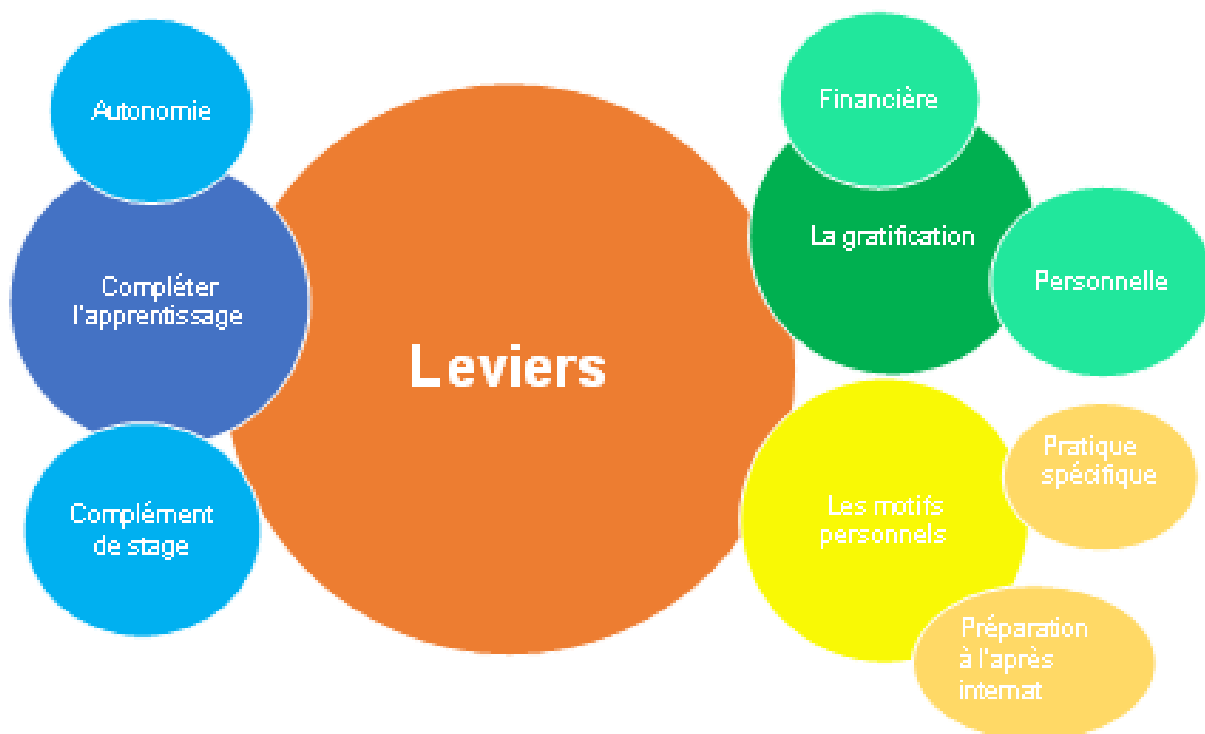
8. La forte demande

Le contexte en faveur des remplaçants cherchant des opportunités de travail est attrayant pour deux des étudiants comme le dit l'*interne 12* « **je sais que je peux en trouver assez facilement parce qu'il y a quand même beaucoup d'offres** ».

9. La recherche d'un mode spécifique d'exercice

Pour l'*interne 5* qui était attirée en début d'internat par les urgences, il s'agissait de « **faire des remplas pour faire quelques gardes** ».

Figure 4. Schématisation et classification des principaux leviers



B. Les freins

1. Le manque de temps

Le premier des éléments rapporté par les internes comme les freinant dans leur éventuel démarrage des remplacements est le caractère chronophage de ces derniers. Ce sentiment de manquer de temps est décliné en plusieurs variantes. Ainsi certains internes expriment un manque de disponibilité dans la semaine en fonction du caractère prenant de leur terrain de stage **« là je pense pas parce qu'on a énormément de gardes. On en a cinq à six par mois » (interne 7).**

D'autres opposent le temps personnel qu'ils devraient consacrer aux remplacements à celui qu'ils utilisent pour mener à bien les différentes étapes de leur scolarité **« y a quand même le portfolio à finir plus la thèse que j'ai commencée » (interne 5).**

2. Le manque d'informations

Le manque d'informations est le deuxième obstacle énoncé par les internes. Ils décrivent une méconnaissance de la possibilité même de remplacer **« faire des remplas (...) de temps en temps le week-end c'est pas un truc auquel j'avais pensé » (interne 8).**

Pour ceux qui y ont pensé comme l'**interne 12** il s'agit plutôt de savoir où postuler **« je sais que je peux en trouver assez facilement parce qu'il y a quand même beaucoup d'offres (...) mais je sais pas comment accéder à des offres de remplacement ».**

Enfin chez ceux pensant à remplacer c'est la mésinformation concernant les formalités administratives qui peut être un frein. L'**interne 13** estime que ce qui aurait pu le freiner **« c'est plutôt le côté administratif »**, il dit n'avoir été que brièvement formé sur cet aspect de la médecine libérale et uniquement par ses MSU mais trouvait cela **« un**

peu flou quand on en parle quand on a un trou entre des patients ou vite fait le soir ».

3. La maquette

La maquette s'est révélée être le troisième frein que les étudiants interrogés disent avoir rencontré. La maquette peut se montrer limitante d'après l'**interne 4**, bien qu'il ait déjà remplacé, parce que dit-il **« c'est plus facile (...) d'être passé un peu partout, d'avoir une maquette formatrice rapidement ».**

Deux des internes, les **12** et **13** disent avoir été empêchés par le déroulement de la maquette au moment de la réforme de celle-ci **« la réforme a été appliquée pour ceux de l'Examen Classant National (ECN) juin 2017 (...) nous on s'est retrouvés à pas avoir de prat en 3^e semestre » (interne 12).** L'impossibilité de valider le semestre de niveau 1 chez le généraliste empêchant de facto d'obtenir la licence provisoire de remplacement.

4. Le manque de confiance en soi

Quatre des interrogés ont décrit un manque de confiance en eux ayant retardé le début de leur vie de remplaçant. Chez l'**interne 9** il prenait la forme d'un manque de légitimité **« comme il me manquait un an d'internat je me sentais pas légitime ».**

Alors que l'**interne 11** doutait elle de ses capacités **« avant d'avoir fait le saspas je m'en sentais pas capable ».**

Les internes **6** et **10** formulaient clairement un manque de confiance en elles-mêmes **« je manque de confiance en moi » (interne 10)** notamment à l'idée de **« gérer des patients toute seule » (interne 10).**

5. La charge de travail

Pour trois des étudiants il existe une notion de charge de travail, et de fatigue, qui deviendraient excessives s'ils venaient à ajouter une activité professionnelle

supplémentaire à leur internat. **« J'ai déjà suffisamment bossé pendant l'internat »** s'est expliquée l'*interne 3*.

Ou encore **« je me vois pas en faire quand on a beaucoup de gardes, quand on est fatigués quoi »** (*interne 8*).

6. L'absence de pression financière

Le sixième frein le plus souvent évoqué est le confort financier avec l'absence de pression qu'il engendrait. Ainsi l'*interne 5* disait ne pas avoir **« la nécessité financière ou quoi qui me pousse à dire "allez" »**.

7. Le manque de réseau

Vient ensuite le fait de ne pas avoir de **« correspondants (...) vers qui me tourner »** pour l'*interne 6*.

8. La vie de famille

L'*interne 3* qui était la seule à être parente expliquait ne pas avoir envisagé de remplacer parce qu'elle a **« une vie de famille et que mes week-ends j'ai envie de les garder pour en profiter »**.

9. La charge administrative liée aux remplacements

Evoqué par l'*interne 10*, un des freins est **« l'administratif, ça c'est sûr »**. Elle s'est décrite comme **« un peu handicapée là-dessus donc ça m'a bloqué jusqu'à maintenant »**.

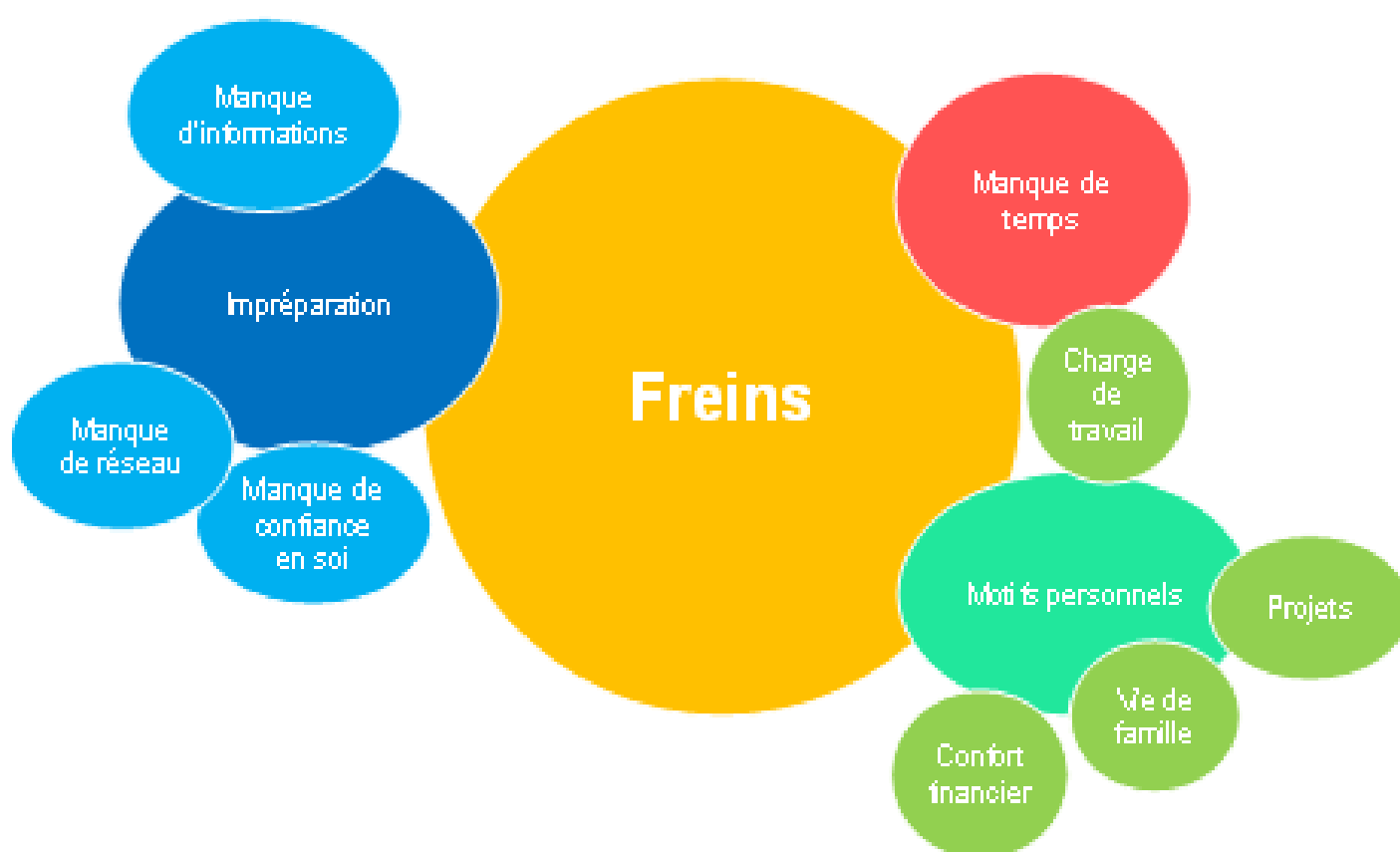
10. La crainte d'un conflit dans les pratiques

La même *interne 10* avait peur qu'il soit « *conflictuel* » que sa « *façon de procéder avec les patients ne soit pas la même que celle des prats* ».

11. Les projets personnels

Pour finir l'*interne 13* qui disait avoir été bloqué par l'arrivée de la réforme rajoute « *en plus je suis parti un an donc ça a fini d'achever le truc* ».

Figure 5. Schématisation et classification des principaux freins



C. Les attentes par rapport aux Saspas

Le saspas ou stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé permet aux internes de réaliser des consultations en milieu ambulatoire et en totale autonomie. Ils bénéficient d'un retour de leur maître de stage sur les dossiers pour lesquels ils ont eu des difficultés. Tous les internes interrogés n'ont pas eu l'opportunité d'en effectuer un.

1. La préparation de l'activité future

Les internes ayant évoqué les Saspas le considéraient d'abord comme un moyen de se préparer à leur vie professionnelle post internat. Plus particulièrement ils le voyaient comme un préalable au remplacement. L'*interne 1* disait **« je vois le saspas comme une initiation au remplacement »**, et l'*interne 6* elle **« c'est un très très bon stage pour se dire "je peux remplacer" »**.

2. Une découverte prudente, encadrée du métier en autonomie

Le deuxième avantage que trouvaient les internes aux Saspas était le cadre rassurant qu'il procurait. Une activité en autonomie mais sans être seul. L'*Interne 1* **« faut qu'il y ait une seniorisation qui soit là mais à distance quoi, un chapeutage »**. *Interne 6* **« c'est hyperformateur (...) parce qu'on fait les debriefs et mes prats ils sont vraiment pédagogiques et puis ils sont à jour des recos. Toujours là pour m'apprendre et m'aider »**.

3. Une étape souhaitable du cursus

Deux des étudiants estimaient que le Saspas est une étape souhaitable voire nécessaire du parcours de l'interne. L'*interne 6* disait **« j'espère que ça sera obligatoire pour tous les internes »**.

L'*interne 7* elle **« c'est pas mal qu'ils aient imposé que tout le monde fasse des Saspas »**.

4. Un moyen de se tester

Le Saspas était lui aussi pour certains un moyen de mettre à l'épreuve les compétences acquises jusqu'alors. Il servait à se rassurer. Ainsi l'*interne 1* qui en faisait un au semestre suivant voulait **« voir si le saspas confirme que je suis en confiance ou pas »**.

D. Les limites du Saspas

Malgré une satisfaction globale vis-à-vis de ce stage les internes ont cité quelques aspects déplaisant à son égard.

1. Une autonomie qui devient parfois excessive

L'*interne 4* trouvait « **frustrant de bosser pour un qui est même pas là et de lui faire sa thune** ». Quant à l'*interne 6* elle a rapporté la situation de « **copains (...) soit qui font plus de debriefs soit (...) qui font 8 heures - 20 heures 4 à 5 fois par semaine** ».

2. Un rythme soutenu

L'*interne 11* qui avait déjà effectué son stage en autonomie au moment de l'entretien a décrit le début de ce semestre en saspas comme « **assez dur** » précisant « **j'avais des grosses horaires** ».

E. Le ressenti du stage de niveau 1

1. Autonomie rapidement acquise

La plupart des internes rencontrés ont dit avoir été mis en situation d'autonomie rapidement, selon leur perception, et d'une façon satisfaisante. L'*interne 5* disait « **je faisais mon truc toute seule quasi sans supervision** » et l'*interne 10* « **les derniers mois de stage j'avais mon propre cabinet avec mes propres patients** ». Il en allait de même pour l'*interne 9* qui a décrit une organisation mise en place par sa MSU qui lui a aménagé un local et acheté un ordinateur afin qu'elle fasse ses consultations. L'autonomisation pouvait être variable au sein d'un même stage en fonction du MSU.

2. Sentiment d'une autonomie lentement ou non acquise en stage

A l'inverse, certains des étudiants ont décrit des stages de niveau 1 où ils n'ont **« pas été très autonome »** (*interne 6*).

Dans le cas de l'*interne 8* ce sentiment d'autonomie insuffisante est mis en relation avec le fait d'avoir été en service hospitalier dans les semestres précédant. Elle dit **« tu te retrouves à être externe pendant un petit moment (...) c'est un peu bizarre de retourner à ça quand t'as fait tourner les services »**.

3. Le stage de niveau 1, un tremplin

On retrouve dans les propos de sept des internes des encouragements de leurs MSU à rentrer dans une vie professionnelle plus active. Ces encouragements pouvaient rester sans effet immédiat **« moi on me disait que j'étais capable de le faire (...) personnellement je me sentais pas du tout capable »** (*interne 6*).

Parfois ils permettaient à l'interne d'avoir une option supplémentaire quand il imaginait son futur professionnel **« j'ai cette piste-là dans mon ancien stage où ça s'est très bien passé où j'aimerais peut-être m'y installer »**. Enfin pour quelques-uns comme l'*interne 3* le terrain de stage de niveau 1 est devenu un lieu de travail par le biais de remplacements.

4. Une aide à l'orientation

Le stage de niveau 1 permet aux étudiants de se projeter vers un ou plusieurs avènements. Comme l'exemple de l'*interne 6* précédemment cité où le terrain de stage représentait un possible lieu d'installation, ou comme les *internes 3, 5 et 11* à qui le stage a donné **« pleins d'idées pour l'avenir (...) comment pratiquer la médecine et où »** (*interne 3*).

« Mon stage d'avant je sais que la pratique qu'ils avaient, leur façon de voir les choses j'avais la même vision et c'est plus vers ça que je m'oriente » (interne 5).

5. L'adaptation des MSU au parcours de leur stagiaire

Deux des internes ont décrit une adaptation de leurs maîtres de stages à leur situation et à leur parcours universitaire. Ainsi l'**interne 12** était récemment revenue en métropole après un an en stage dans les Territoires d'Outre-Mer et faisait ce stage en dernier semestre. Elle raconte **« ils m'ont dit d'emblée, j'ai deux médecins, que pour préparer aux remplacements ça allait être un niveau 1 qui s'apparente aussi aux saspas »**.

6. Niveau 1 tard dans la maquette

L'**interne 8** a fait état de son sentiment d'avoir eu ce stage de façon tardive dans sa maquette. **« C'était en 4^e semestre du coup un peu trop tard »**.

F. Les apports des remplacements

1. Un impact sur la pratique

Travailler en faisant l'expérience d'une autonomie et d'une responsabilité totale. C'est l'idée principale retrouvée chez les internes remplaçant. Elle est exprimée très explicitement dans le discours de l'**interne 2** à qui cela a permis de **« se confronter à ce que sera [sa] pratique (...) de manière un peu plus réelle (...) »** en précisant **« après c'est sûr il faut assumer la responsabilité »**. L'**interne 4** y fait allusion comme étant **« la vraie différence entre être interne et chef »**.

On retrouve ensuite pour chacun d'entre eux un caractère pédagogique de l'expérience qui leur a permis de prendre du recul sur leur façon de travailler et d'en tirer des leçons. A la question de savoir ce qu'elle a pu tirer de sa période de

remplacement l'*interne 9* répond « **surtout [de voir] en quoi je devais m'améliorer et du coup comment mieux profiter des stages pour m'améliorer sur ces points** ». Pour d'autres il s'agissait de leurs rapports aux patients, d'apprendre « **à bien prendre des pincettes** » (*interne 7*) ou plus généralement « **de voir comment on est soi-même face au patient, notre interaction avec eux** » (*interne 2*).

Le troisième élément qu'ils ont fait ressortir comme ayant impacté leur pratique est la confiance en soi. Il en manquait initialement à l'*interne 2* qui rapporte qu'ensuite « **au fur et à mesure [son] sac s'est désempi de tous les trucs inutiles** ». L'*interne 4* lui partant déjà sûr de lui et en a retiré « **une confiance confirmée** ».

2. Une préparation de l'activité post internat

Après l'impact sur leur pratique les internes ayant remplacé ont indiqué de différentes façons que c'était une manière pour eux de préparer leur vie professionnelle future.

Il s'agissait pour tous de constituer un réseau. En fonction de leurs perspectives de carrière après l'internat, ce réseau avait une finalité différente. Pour la plupart il s'agissait à moyen terme de devenir remplaçant. L'*interne 7* explique « **Celle que j'ai remplacé (...) m'a déjà envoyé tous ses trucs pour les prochaines vacances** ».

Il en était de même pour l'*interne 8* qui avait prévu de retourner dans sa région d'origine et indique qu'elle « **voulait des contacts dans la région** » et a donc profité d'une disponibilité prise à cet effet pour « **faire des contacts avant de revenir** ».

L'*interne 2* se dirigeait plutôt vers « **une installation rapide après l'internat** » en partie « **grâce au rempla** » fait chez le médecin traitant de son père. Ce dernier lui a permis d'être « **contacté derrière par le kiné du village [...], qui essaie de monter une maison de santé** ».

Le deuxième pan de cette préparation à l'activité future tenait du fait que le remplacement permet de se « **se projeter un peu** » comme le disent les *internes 8* et *9*.

Pour l'**interne 7** qui a presque malgré elle appris à s'adapter à une patientèle qui n'est pas la sienne ce point est devenu incitatif et la **« motive à [s'] installer rapidement »**.

3. Une activité gratifiante

a. Sur le plan financier

L'apport financier a été bien accueilli par la quasi-totalité des internes remplaçants. Ils sont 4 sur 5 à l'avoir désigné comme un aspect positif. Cet aspect constituait juste **« un petit plus » (interne 7)** ou **« un complément de revenus » (interne 4)**.

Pour l'**interne 8** c'était l'un des éléments les plus attendus de l'exercice. Elle avait temporairement changé de région dans le cadre de son projet de vie raconte **« comme je prends ma dispo et que j'ai pas d'argent de côté il fallait vivre donc c'est pour gagner ma vie en gros »**.

b. Sur le plan personnel

Vient ensuite le caractère **« épanouissant » (interne 2)** dû au fait que **« tu sens que t'as fait un peu du vrai taf »** pour l'**interne 4**.

4. Un positionnement en acteur du système de santé

Deux des cinq internes remplaçants semblent avoir pris conscience de l'impact que peuvent avoir leurs remplacements sur leur environnement. L'exemple le plus parlant est celui de l'**interne 2** qui disait avoir commencé à préparer son installation suite à un remplacement. Ce remplacement devant se faire avec, entre autres, le médecin traitant de son père qui n'avait jusqu'alors **« jamais trouvé de remplaçants »**. Il travaille aussi ponctuellement dans un cabinet d'une zone sous-dotée où les médecins **« ont un surplus de patients » « essaient d'ouvrir un créneau le samedi matin en plus donc [j'ai] été contacté »**.

5. Une incarnation du statut de médecin

« J'ai vu la grande différence de passer de "allo je suis l'interne" à "allo je suis le médecin remplaçant" » résumait l'*interne 9*.

6. Une acquisition de nouvelles compétences

L'*interne 7* a **« appris aussi » « dès qu'il y a le moindre truc que je sais pas je cherche direct »**, soulignant **« on continue à apprendre »**.

7. Renouer avec le cœur de son métier

Il y a aussi le cas de l'*interne 7* dont le stage aux urgences se passait mal et pour qui aller remplacer **« c'était un peu comme des vacances »**, lui permettant de retrouver le métier de médecin tel qu'il lui plait.

8. Un substitut au saspas dans l'acquisition de l'autonomie

L'*interne 7* en a aussi fait un complément pédagogique. **« Ça me fait office de saspas (...) j'en ai pas eu et ça m'a manqué et je pense que j'ai fait les remplas pour palier ça »**

G. Les difficultés rencontrées au cours des remplacements

1. L'anxiété

Parmi les difficultés que les internes remplaçant disent avoir rencontrées, celle la plus souvent citée est l'anxiété. Les *internes 8* et *12* qualifient de **« stressant »** le fait de remplacer. Surtout en raison de l'autonomie. L'*interne 2* disait être allé à sa première garde **« le sac assez rempli de plein de trucs »**.

2. La sensation d'isolement

Comme l'*interne 9* qui confie « **je me suis sentie un peu seule** », ils sont trois internes sur cinq à avoir été mis en difficulté par une impression d'être isolés. Notamment lorsqu'ils se comparaient avec leur situation en cours de stage.

L'*interne 8* disait « **quand t'es en saspas t'as les contacts de tes prats et là tu manques de contacts je trouve** ».

3. Le rythme de travail plus intense

Venait en troisième position le rythme de travail dans les cabinets où se déroulaient les remplacements. Il était responsable de « **journées difficiles** » (*interne 4*).

Il s'agissait pour l'*interne 9* de « **gérer le rythme entre les visites, être à l'heure pour les consults** » ce qui lui occasionnait « **pas mal de retard au début** ».

4. Le manque de préparation

L'*interne 4* a fait état d'un manque de préparation sur le plan théorique qui s'est fait ressentir lors d'une garde régulée par le centre 15. Au cours de cette garde il dit « **je me suis retrouvé à gérer un petit de J15 qui avait des coliques où j'avais jamais vu un petit aussi petit que ça d'aussi près !** ».

5. L'incertitude

« **L'incertitude** » (*interne 4*) en rapport avec « **des décisions parfois un peu difficiles** » (*interne 9*) a été un écueil de plus pour ces deux internes.

6. La gestion du temps de stage et de remplacement

Seul l'*interne 4* a trouvé difficile la gestion du temps avec l'impression d'en manquer. Il racontait une anecdote sur ses débuts de remplaçant « **la première fois que j'ai**

remplacé j'ai enchainé du coup trois semaines sans jour off ou quasiment pas un jour de repos de garde ou machin donc c'était, c'est trop dur ».

7. Un matériel moins fourni en libéral

L'***interne 8*** s'est retrouvée démunie parce que dit elle ***« t'as pas forcément le matos »***. Elle avait remplacé dans un cabinet sans électrocardiographe (ECG).

8. Simplement une bonne expérience

« Non (...) je pense que c'est une expérience plutôt positive » a simplement conclu l'***interne 2*** qui dit n'avoir jamais été en difficulté.

H. Les éléments transversaux

1. L'information

a. Le bouche à oreilles

Quatre des internes interrogés ont dit manquer d'informations quant aux remplacements. Quand ils avaient pu accéder à des renseignements, quels qu'ils soient, ceux-ci venaient majoritairement du bouche-à-oreille. Onze internes disent avoir entendu parler de la possibilité de remplacer au cours du troisième cycle par ***« des amis qui ont déjà commencé les remplacements » (interne 1), « par les autres internes » (interne 6)***. Certains ne savent pas d'où leur était venu ce savoir comme l'***interne 8*** ***« bonne question. Je ne sais pas »***.

b. Les recherches personnelles

Lorsqu'ils savaient pouvoir travailler en médecine générale en plus de leurs stages les internes obtenaient les informations nécessaires, administratives surtout, par leurs propres moyens. Ils cherchaient ***« sur internet » (interne 13)*** par exemple en ***« récupérant les documents sur les forums des médecins remplaçants »*** ou

encore « à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Bordeaux » (interne 4).

c. La mailing-list

Pour chercher des offres, les internes avaient recours à « la mailing-list de l'Aquitaine » (interne 4).

d. Les contacts personnels

L'*interne 8* en prévision de son semestre de remplacement dans une autre région s'y est prise par le biais de « une amie dont la maman est rhumato (...) elle m'a filé son mail et y a une association de médecins. J'ai écrit au président de l'association en disant "coucou je suis sur le marché est ce que vous pouvez faire passer mon mail ? " ».

e. Les maîtres de stage universitaires

Les maîtres de stages universitaires ont eux aussi joué un rôle dans la diffusion et l'acquisition des informations relatives aux remplacements. Ainsi l'*interne 11* dit « C'est eux qui m'ont dit "tu sais que tu peux faire des remplacements ? " ».

f. Les associations

Les associations et syndicats de médecins et d'étudiants ont servi de sources d'information par le biais « des soirées fiscalité du syndicat des internes en médecine générale d'Aquitaine (SIMGA) » pour l'*interne 8* et de « l'ordre des médecins de Gironde » pour l'*interne 9*.

g. La faculté

Enfin deux d'entre eux ont récupéré des informations venant de la faculté comme l'*interne 1* « j'ai pas été physiquement mais j'ai récupéré les documents sur les forums faits à la fac ».

2. Les projets d'avenir

Interrogés sur leurs projets professionnels éventuels, les internes ont donné des réponses allant de l'incertitude totale au projet construit avec une échéance d'exécution rapide.

a. Être remplaçant

Tous les internes ont dit projeter de remplacer à la fin de leur troisième cycle. Cependant pour huit d'entre eux le remplacement constitue l'activité principale prévue, à l'image de l'*interne 5* qui répondait « ***J'ai pas de projet. Moi je compte faire des remplas*** ».

b. Concernant l'installation

Ils étaient un peu moins de la moitié à toutefois mentionner une installation. Cette installation aurait lieu à court terme « ***je pars plutôt sur une installation rapide après l'internat*** » (*interne 2*).

A moyen terme « ***Je pense pas que je vais remplacer très longtemps. Un an comme ça, pas plus*** » (*interne 9*), ou alors à une échéance plus longue.

Une interne en a complètement rejeté l'idée sans plus de précision quant au délai au bout duquel elle s'installerait « ***On m'a déjà proposé de prendre des patientèles et j'ai dit non.*** ».

c. Un projet précis en cours d'élaboration

Cinq des internes ont décrit un projet d'avenir assez défini, ce sont les cinq mêmes qui avaient déjà remplacé ou étaient en cours de remplacement. Il s'agissait d'un projet d'installation pour l'*interne 2* « ***m'installer avec (...) un ou deux potes de ma promo*** » dans une maison pluridisciplinaire.

Un projet conjugal « ***je rejoins ma copine qui est interne de pédiatrie dans une autre région*** » (*interne 4*) ou « ***mon copain est de la Réunion (...) on voudrait partir pour s'installer là-bas*** » (*interne 7*).

d. De l'incertitude

Enfin cinq d'entre eux ont exprimé une certaine incertitude à propos de leur futur. Pour l'*interne 1* cette incertitude concernait le type même de pratique qu'il préfère **« soit je vois que l'exercice libéral effectivement me plait bien (...) soit j'ai un doute »**. Il en était de même pour l'*interne 10* qui se disait **« encore vachement dans le flou »**.

3. L'organisation pratique

Lorsqu'on leur demandait comment ils souhaiteraient s'organiser pour leurs futurs remplacements, qu'ils soient déjà programmés ou juste envisagés, les internes avaient des réponses assez homogènes. Le remplacement constituant toujours un temps de travail se rajoutant à leur emploi du temps universitaire, ils préféreraient les réaliser sur des jours de repos.

a. Sur les jours offs

Ils sont quatre à privilégier les jours dit « off », jours de repos présents habituellement aux cours de stages en service d'urgence ou en cabinet de médecine générale. L'*interne 6* souhaitait pour la fin de son internat **« faire deux trois jours par ci par là. Prendre des jours off pour ça »**. L'*interne 7* s'était organisée au cours de son stage aux urgences et expliquait **« aux urgences tous les mercredis je prenais des remplas »**.

b. Pendant les vacances

L'*interne 1* prévoyait **« sur mes trois semaines de congés je pense prendre une semaine de rempla »**.

c. Au cours d'un semestre de disponibilité

Deux des internes se sont positionnées sur la prise d'un semestre de disponibilité pour remplacer. L'*interne 8* **« j'ai commencé pendant la dispo »** et l'*interne 9* **« j'ai pris du coup six mois pour faire la thèse, j'ai fait des remplacements »**.

d. En plus du travail habituel

Il restait pour finir travailler sans profiter d'un temps de repos. Cette solution avait été prise par l'*interne 2* « ***j'ai commencé essentiellement en faisant des gardes (...) celles de semaines qu'on me proposait du moment que je pouvais*** » préférant garder ses week-ends pour sa vie de couple.

4. Rester en terrain connu

Qu'ils aient ou non déjà remplacé, quand ils parlaient de leur avenir les étudiants ont semblé accorder une grande place à l'endroit où ils exerceraient. Neuf d'entre eux se sont montrés liés à un point d'attache. Ce point d'attache pouvait être géographique ou « sentimental », c'était en tout cas toujours un élément qui leur était familier.

a. Les terrains de stage

Pour l'*interne 11* « ***j'ai cette piste-là dans mon ancien stage où ça s'est très bien passé, où j'aimerais peut-être m'y installer*** ».

b. La terre d'origine

Pour l'*interne 1* le point d'attache familial semblait important « ***j'ai mes parents qui sont en Dordogne (...) donc si j'ai la possibilité d'avoir des remplacements là-bas pourquoi pas ?*** ».

Les *internes 6 et 9* venaient toutes deux du même département et exprimaient l'envie d'y rester pour travailler.

c. Le type de territoire

Chez l'*interne 5* cet élément familier était de façon plus générale le type de milieu « ***j'ai été en stage que sur du semi-rural (...) et c'est des pratiques qui m'ont plu et des conditions de travail qui m'ont plu*** ».

5. Des parcours et des vies

Interne	Ayant remplacé	N'ayant pas remplacé	Homme	Femme	Faculté de Bordeaux	Enfant(s) ?	âge	Profession du père	Profession de la mère	Baccalauréat
Interne 1		x	x		x	non	28	Retraité agent commercial vin	Accueil familial personnes âgées	S
Interne 2	x		x		x	non	28	Ingénieur en robotique industrielle	Gestion en terrains agricoles	S
Interne 3		x		x	x	oui	28	Radiologue	Gynécologue obstétricienne	S européen
Interne 4	x		x		non	non	27			S
Interne 5		x		x	x	non	26	Artiste	Retraîtée manipulatrice radio	S
Interne 6		x		x	x	non	28	Commerçant dans la décoration	Commerçant dans la décoration	S
Interne 7	x			x	x	non	27			S
Interne 8	x			x	non	non	28			S
Interne 9	x			x	x	non	28	Journaliste à la radio	Kinésithérapeute	S
Interne 10		x		x	non	non	26	Commerçant en dessin ancien	Artiste peintre	S
Interne 11		x		x	x	non	28	Retraité commerçant	Retraîtée commerçante	Eco
Interne 12		x		x	non	non	27			
Interne 13		x	x		non	non	29			S
Totaux		5	8	4	9	8	1			

Tableau 3. Situations familiales et universitaires des internes interrogés

Sur le plan familial les internes sont tous issus de catégories socio-professionnelles moyennes avec des parents ayant réalisé des études supérieures. Sur le plan conjugal seule l'**interne 3** a fait état d'une union civile, à savoir un Pacte civil de solidarité (Pacs), les autres internes étant célibataires ou en union « libre ». De même elle était la seule à avoir un enfant, qui était âgé d'un an.

Tous les participants à l'étude ont passé le baccalauréat Scientifique à l'exception de l'**interne 11** qui était en Terminale Economique. Elle dit sur ce changement de filière **« j'aimais beaucoup les métiers de la santé (...) mais mes résultats (...) au lycée ça allait pas trop. (...) J'ai fait un bac économique, ça me plaisait pas du tout et j'ai décidé de faire médecine, j'ai tenté »**.

Ils décrivent dans l'ensemble leurs années de lycéens comme étant de « bonnes » années. Seule l'**interne 10** a parlé de difficultés sur cette période. Elle raconte **« j'ai été renvoyée de trois lycées avant d'en trouver un (rires) (...) pour des problèmes de discipline »**. L'**interne 2** parle lui aussi d'un redoublement mais qui s'était fait dit il parce qu'il **« voulait faire architecte à l'époque ce qui impliquait d'avoir un bon dossier pour être dans une école »**. On retrouve cette dynamique de choix du lycée en fonction d'un parcours, ou d'un niveau, attendu dans la vie de

l'*interne 1* qui habitait en campagne mais est « **venu à Bordeaux pour avoir un lycée correct** ».

Dans 4 des parcours racontés on note la présence, similaire, d'un choix des stages d'externat et d'internat, en fonction d'objectifs propres à l'étudiant. L'*interne 9* décrit tout au long de son entretien un grand intérêt pour la médecine générale libérale. Cela dès les premières années d'externat « **je savais déjà que je voulais faire de la médecine générale (...) je me suis dit que tant que j'avais l'opportunité d'être à l'hôpital j'allais en profiter parce qu'après je savais que j'allais rester en libéral** ». Pour elle, sa vocation établie, il s'agissait d'emmagasiner le plus de savoir supplémentaires possible.

Inversement les *internes 5* et *12* décrivent leur arrivée en médecine générale comme étant « **un second choix** » du fait d'un « **classement ne me permettant plus d'avoir la gastro** » (*interne 12*) ou comme n'étant « **pas une contrainte** » parce « **j'ai pas eu de spé qui m'a intéressé plus que d'autres donc j'ai fait médecine générale** » (*interne 5*).

Sur le plan des projets futurs, les projets professionnels ont été décrits plus haut dans les résultats. Le seul interne qui avait parlé d'un projet personnel non lié à la médecine est l'*interne 4*. Il a expliqué hors-micro, dans une conversation mentionnée en *annexe*, avoir fait l'acquisition récente d'un appartement. Il se chargeait d'une partie au moins des travaux et disait donc avoir besoin de fonds pour son projet immobilier.

IV. Discussion

A. A propos des résultats

Une grande proportion d'internes s'essaye aux remplacements pendant leur internat. Ce fait est confirmé par plusieurs études. Leur proportion variant de 20%⁽¹⁹⁾ à 64.3%⁽²²⁾ au niveau national selon l'étude. A bordeaux elle a été évaluée à 44.4%⁽²⁰⁾ en 2017.

Nous le constatons dans les résultats énoncés ci-dessus, le remplacement peut avoir une importance très variable d'un interne à l'autre. Pour certains il occupe une place prépondérante dans l'organisation de son parcours, pour d'autres il est tout au plus une vague option dont ils connaissent l'existence mais sans se sentir concernés.

1. Leviers et freins

Les principaux leviers retrouvés sont l'envie de se mettre en situation « réelle » de travail, la rémunération, la recherche d'autonomie et la plus-value pédagogique. Les principaux freins sont le manque de temps, d'informations, la maquette quand elle était insuffisamment validée et le manque de confiance en soi de l'interne. A l'exception du frein constitué par la maquette ces résultats, leviers et freins, correspondent à tous ceux déjà retrouvés dans les travaux précédant. Ils sont similaires notamment à celle de T. Bonnet⁽²¹⁾ dont l'étude se rapprochait le plus de celle-ci.

Une fois cette liste effectuée nous voyons à travers les différents récits que ces éléments ne sont pas toujours aussi nettement séparés en facteurs motivant ou inhibant. En fonction d'histoire et de projets de vie propres aux étudiants remplacer prendra, ou pas, un caractère nécessaire et c'est cela qui pondérera chacun des leviers et des freins.

2. Les représentations liées au remplacement

Qu'il s'agisse de l'externat, du semestre en stage de niveau 1 ou du saspas nous retrouvons chez les étudiants le besoin de satisfaire une certaine curiosité par l'intermédiaire des stages. Il s'agit chez l'externe de déterminer la spécialité à exercer après l'ECN. Puis chez l'interne ce sera choisir de travailler en libéral ou en salariat, en milieu urbain ou plutôt rural. Autant de choix qu'il peut explorer au gré des semestres.

De la même façon, remplacer au cours des études c'est avant tout avoir un aperçu de la vraie vie^(21,23). De cette qualité d'avant-gout découlent trois caractéristiques que revêt le remplaçant pour l'interne.

a. L'autonomisation

L'acquisition de l'autonomie est l'un des objectifs de la formation. Elle se fait progressivement au cours de l'internat au gré des stages et des gardes. Les stages en milieux libéraux sont autant de moyens de confronter ses capacités à l'ensemble des aspects du métier de médecin généraliste. Peu avant chaque changement de stage, les internes s'échangent des informations concernant leur stage en cours. Cela permet à chacun de se renseigner sur les horaires, la charge de travail, l'encadrement et l'autonomie des différents terrains de stage. Ainsi chaque interne a un certain contrôle sur l'expérience qu'il fera lors du semestre suivant. Ce contrôle étant d'autant plus grand que le classement à l'ECN était bon. Dans une certaine mesure les étudiants vont donc chercher des conditions de travail précises correspondant à des préférences personnelles d'encadrement, d'autonomie, de confort.

A partir de là nous pouvons trouver schématiquement deux situations. Celle de l'étudiant en confiance dans sa pratique quotidienne en milieux hospitaliers et/ou libéraux. Il décide alors de se tester ou de se conforter dans l'idée qu'il se fait de ses compétences en reprenant des gardes de médecine de ville ou des journées de travail en cabinet. C'était le cas par exemple de l'*interne 2*.

La situation inverse existe. L'*interne 6* disait avoir initialement recherché l'aspect rassurant d'un stage de niveau 1 avec des MSU laissant peu d'autonomie tout au long du semestre.

Ces deux attitudes à l'opposé l'une de l'autre sont présentes en même chez la plupart. T. Bonnet décrivait les internes comme « ambivalents » dans leur recherche d'autonomie⁽²¹⁾. L'autonomie est un facteur motivant quand c'est elle qui est recherchée mais elle est anxiogène chez ceux moins sûrs d'eux.

Une des raisons de cette anxiété est probablement la responsabilité médicale qui n'est plus reportée sur un médecin senior mais bien sur celui qui prodigue les soins. Bien qu'elle n'ait été évoquée qu'à deux reprises dans ces entretiens, elle occupait une place plus importante dans les précédentes études où elle était perçue aussi bien de façon positive que négative^(21,23).

b. La rémunération

C'est la deuxième incitation à remplacer. La rémunération horaire en tant que remplaçant peut être très vite supérieure à celle d'interne. Elle peut être aussi perçue comme plus liée à la quantité du travail fourni. Ce d'autant plus qu'en libéral elle est directement liée au nombre d'actes réalisés.

La rémunération n'est en elle-même jamais évoquée comme un frein. Elle n'est pas non plus génératrice d'anxiété. Au pire elle n'est pas considérée comme motivante chez celui qui est déjà dans une situation de confort financier.

Indirectement cependant elle fait naître chez certains des questionnements sur les démarches administratives : ouvertures de comptes bancaires dédiés, cotisations pour la retraite, Urssaf.

c. La construction de projets

La lecture des résultats de ces entretiens a permis de définir une tendance présentée surtout, mais pas uniquement, par les internes ayant déjà remplacé. C'est chez ces derniers qu'on retrouvait le plus souvent un projet personnel ou professionnel défini ou au moins « affirmé ». Qu'il s'agisse d'une installation se mettant en place ou juste de remplacements, la période après l'internat est évoquée en des termes clairs et précis.

Constituer un réseau dans un territoire plus ou moins éloigné (*interne 8*). Se rémunérer le temps d'un semestre de disponibilité et utiliser ce semestre pour écrire sa thèse (*interne 9*). Financer un projet immobilier (*interne 4*). Ce sont trois situations concernant trois des interrogés qu'ils ont rendues possibles en remplaçant. Il était question dans ces trois cas d'élaborer, de mener à bien, un projet personnel ou professionnel.

Le remplacement n'a pourtant pas tout à fait le même rôle à chaque fois. Chez l'interne 4, et dans le cadre de son projet, il découle d'une motivation financière. Chez l'interne 8 bien que l'argent soit nécessaire il sert surtout de soutien. La motivation première est la constitution d'un réseau. Nous avons vu que pour d'autres internes l'absence de réseau est un frein au démarrage du remplacement, pour elle le remplacement sert précisément à y remédier.

Enfin dans ces trois récits l'aspect chronophage est ignoré voire neutralisé par le fait de prendre une disponibilité. Chez ceux pour qui le remplacement sert de moyen plutôt

que de finalité les aspects négatifs qui lui sont habituellement attribués semblent facilement surmontés.

Tout au long de leurs histoires se dessine une anticipation des croisements survenant dans le cheminement de l'internat. Cette anticipation semble portée par lesdits projets de vie pré existants. Un autre exemple éloquent est celui du deuxième interne qui dès le lycée redouble délibérément sa terminale pour améliorer son dossier, visant une entrée en classe préparatoire. Une fois en médecine ses stages d'externat ont été choisis dans le but de déterminer la spécialité qu'il préfère. Au cours de l'internat il dit avoir rapidement été informé de sa possibilité de reprendre des gardes aux médecins généralistes du secteur. Il les effectue volontiers en semaine en sus de son stage pour préserver ses week-ends, conciliant sa vie personnelle et un rythme de travail plus soutenu. Il construit avec ses colocataires un projet d'installation en cabinet de groupe et grâce aux remplacements découvre une opportunité de création de cabinet dont il se saisit.

d. L'anxiété

L'anxiété quand elle est manifestée est en rapport avec la prise de responsabilité pleine, avec la capacité à incarner le rôle de médecin ou encore anxiété sur des points pragmatiques tels que le réseau à constituer. En réaction à cette anxiété et en fonction des stimulations externes (maître de stage encourageant voire très incitateur par exemple) l'interne ira vers le remplacement dans une démarche anxiolytique, ou alors s'en tient éloigné. Nous l'avons vu plus haut avec la thèse de T. Bonnet qui constatait déjà elle aussi une anxiété exprimée par les internes⁽²¹⁾.

e. L'administratif

La crainte des tâches administratives est une des limitations à l'installation des jeunes médecins diplômés⁽²⁴⁾. Chez les internes elle découle d'un manque d'informations responsable d'une appréhension à s'y retrouver confronté. Apprendre à gérer les démarches administratives peut constituer un des leviers au démarrage des remplacements⁽²¹⁾. Dans notre étude aucun des interrogés n'en a parlé en ces termes.

Le versant administratif du métier de médecin généraliste est perçu négativement aussi bien par les médecins installés que les remplaçants thésés et non thésés. Il est

pourtant à ce jour quasiment indissociable de la vraie vie de médecin puisqu'elle ne se constitue pas uniquement de temps médical.

3. La place du remplacement dans les études

a. Une option non scolaire

D'une façon générale, nous avons vu que dans certains cas il peut compléter un parcours dans lequel l'étudiant a manqué d'autonomie. Il peut même se substituer à un saspas qui n'a pas pu être réalisé. Ce dernier point serait à réévaluer étant donné que le saspas est devenu obligatoire.

Bien qu'il s'agisse d'une pratique répandue dans les promotions d'internes, elle semble plutôt anecdotique dans l'ensemble. Le fait que l'étudiant soit le seul responsable des actes effectués en est peut-être une des raisons. Les universités se retrouvent, de fait, écartées de ce processus qui n'inclue plus que le médecin installé, son remplaçant, les patients et les instances administratives (Conseils de l'Ordre, Urssaf etc.). C'est pourtant bien des universités que naissent certains de ces projets quand des MSU créent des liens de confiance avec des stagiaires qu'ils invitent à les suppléer⁽²¹⁾.

b. Un manque d'informations et de formation

Le caractère extérieur à la formation est renforcé par le sentiment de manquer d'informations qu'ont verbalisé les étudiants. Ce défaut d'informations ne se limite pas qu'à la possibilité en elle-même de remplacer mais s'étend aussi aux singularités de l'activité de généraliste. Les attentes des étudiants quant au contenu de leur formation ont déjà fait l'objet d'études. En 2013 l'ISNAR-IMG étudiait les attentes des internes adhérents sur leur formation et comptait environ un tiers d'étudiants déclarant ne jamais avoir été formé sur la création et la gestion d'un cabinet ainsi que la fiscalité d'un médecin⁽²⁵⁾. La même année J. Speiss soutenait une thèse portant sur un « Etat des lieux des enseignements des spécificités de la pratique de la médecine générale en libéral dans les différentes facultés de médecine de France métropolitaine ». En interrogeant les syndicats d'internes elle constatait entre autres que si 77% déclaraient avoir eu une formation sur la comptabilité dans leur ville, 16% en avaient eu sur la cotation des actes et 11% sur l'informatique et le dossier médical⁽²⁶⁾.

Souvent donc les informations s'échangent par le bouche-à-oreille à la faveur des expériences de chacun. Elle est également délivrée par des maîtres de stage et plus rarement semble-t-il par le biais d'enseignements théoriques dispensés par la faculté.

En ce qui concerne la faculté de médecine de Bordeaux il n'y a à priori pas de cours formellement dédiés aux formalités et démarches administratives rencontrées par les médecins ⁽²⁷⁾. En revanche elle organise de façon annuelle le Forum des Jeunes Médecins Généralistes. Il s'agit d'une journée de cours mais surtout d'échanges concernant divers aspects moins médicaux de la pratique. C'est l'occasion pour chaque étudiant de rencontrer des intervenants du système de santé tels que des membres de l'ARS, des caisses d'assurance maladie ou d'autres confrères, remplaçants ou installés. C'est lors de cette journée qu'il obtiendra le plus d'informations sur le remplacement, un thème central, et sur un bon nombre de données administratives. La participation à ce forum est obligatoire pour valider le module 6⁽²⁷⁾, dernier module de la maquette. Il est habituellement programmé en octobre soit au début de la dernière année d'internat.

4. Le retentissement

Les récits obtenus auprès des internes ayant remplacé nous permettent d'en faire ressortir plusieurs apports.

a. Le retentissement sur l'interne

Sur le plan pédagogique les internes gagnent en autonomie ce qui permet d'appréhender leurs stages différemment. Ils se confrontent aussi à leurs lacunes ⁽²³⁾ comme le disait l'**interne 9** qui a acquis de nouvelles compétences de recherches documentaires.

Sur le plan personnel nous l'avons vu ils construisaient ou menaient à bien des projets personnels.

Il en allait de même sur le plan professionnel. Le remplacement permet à l'interne d'« orienter son projet professionnel »⁽²³⁾.

Bien qu'ayant fait état de difficultés rencontrées à leurs débuts, tous ceux ayant déjà remplacé ont continué ou ont prévu de recommencer. Cela leur permet de ne « **pas perdre la main** » comme le disait le **quatrième** interrogé. Le remplacement devient

l'étape logique succédant au statut d'interne, comme le statut d'interne à celui d'externe.

b. Le retentissement sur l'écosystème de santé

Qu'ils en aient eu conscience ou pas ces étudiants avaient un effet sur les territoires où ils exerçaient.

- La nature même du remplacement en médecine générale tel qu'il est organisé en Aquitaine en est le premier rouage. En effet alors qu'ils sont encore étudiants ces internes se retrouvent à aider un « vrai » docteur. Au côté gratifiant du service rendu, et à sa plus-value sur les revenus, s'ajoute une mise au même niveau hiérarchique que des maîtres de stages, des chefs. Ils participent au système de santé en permettant aux médecins installés de prendre un repos qu'ils perçoivent d'eux-mêmes comme bien mérité. C'était le cas de l'interne 4 qui trouvait très importante cette possibilité de « soulager » des confrères.

- Au-delà de cette hauteur symbolique que peut prendre le jeune médecin, il existe une donnée plus concrète mise en exergue dans l'atlas de la démographie médicale de 2012. 88% des médecins s'installent dans la région où ils ont effectué leurs remplacements⁽²⁸⁾. Pragmatiques, certains conseils régionaux ne s'y trompent pas et organisent en début de semestre un accueil des nouvelles promotions. A cette occasion l'étudiant est informé de l'existence de cette activité qu'il peut réaliser durant son semestre.

Notons toutefois que chez l'**interne 7** habiter pleinement mais temporairement de façon répétée la fonction de médecin offrait une fenêtre de répit dans un semestre mal vécu. Cela participait aussi paradoxalement aux difficultés ressenties en stage parce qu'elle disait avoir l'impression désagréable en stage de redevenir une simple étudiante devant en référer à son chef pour des prises en charge qu'elle maîtrisait.

5. En résumé

Les freins et les leviers au démarrage des remplacements par les internes en Aquitaine au cours de leur internat sont variables d'un individu à un autre. Dans l'absolu ils évoquent souvent les mêmes mais les différents parcours de vie apportent une nuance à leurs effets sur chacun. Certains de ces facteurs sont propres à l'activité de médecin

généraliste ou inhérents au statut d'étudiant avec un emploi du temps et des obligations définies. Ceux qui ont des raisons, ou une curiosité, suffisamment fortes s'affranchissent des freins. Certains vont à la rencontre de ces difficultés précisément parce qu'elles existent. D'autres par manque d'intérêt, de temps ou de confiance en eux s'abstiennent. Tout ceci permet de relativiser les qualificatifs de « freins » et « leviers », ils sont bien souvent dans une certaine mesure les faces d'une même pièce.

La charge de travail supplémentaire d'autant qu'elle est positionnée en horaires décalés (nuits, week-ends) est vue avec défiance mais est directement liée à une bien meilleure rémunération. L'autonomie est souhaitée et bienvenue mais emmène une responsabilité et/ou un sentiment d'isolement anxiogène. La responsabilité est anxiogène mais permet à l'interne de se grandir, de quitter ses habits de docteur junior⁽²⁹⁾ pour incarner celui de médecin.

B. Perspectives

Dans ce contexte de disparité de densité médicale des territoires entre eux en Nouvelle-Aquitaine et dans le reste du pays, il est attendu du nouveau projet de loi Santé qu'il réponde à de nombreuses problématiques. On sait déjà de certaines mesures, telle la fin du numerus clausus, qu'elles sont prévues mais aucun effet n'est attendu avant une dizaine d'années au minimum. Quand bien même le nombre de médecins viendrait à augmenter, en l'absence d'incitation ou d'obligation à s'installer de préférence en zone sous-dotée il n'y a pas de garantie de remédier aux inégalités de densités médicales.

Les résultats ci-dessus associés à quelques données supplémentaires peuvent nous faire nous demander si le remplacement par des étudiants peut trouver une place dans les nombreuses solutions à ce problème. Il semble pour le moment considéré comme un possible frein à l'installation comme en témoigne l'idée, abandonnée, de limiter la durée maximale de remplacements chez les médecins généralistes après la thèse^(30,31) Un grand nombre d'internes en médecine générale envisage de faire du remplacement sa principale activité après l'internat. La proportion s'élevait à 65.6%⁽²⁰⁾ des internes de la faculté de Bordeaux interrogés par M. Saad-Eddine en 2017. Une étude

rouennaise de 2013 retrouvait elle une proportion de 60.2%⁽³²⁾. 88% environ des médecins s'installent dans la région où ils ont remplacé⁽²⁸⁾.

Bien qu'anxiogènes l'acquisition de l'autonomie et la prise pleine des responsabilités de médecin sont les objectifs à terme de la formation. Ces freins présents chez les étudiants sont appelés à être levés.

Les jeunes médecins ayant un projet d'installation défini sont ceux ayant remplacé étant étudiants⁽³³⁾. Sans nous avancer sur un lien de causalité les interrogations auxquelles on pourrait tenter de répondre sont :

- Encourager les étudiants à prendre ces fonctions avant la fin de leur cursus peut-il avoir un effet sur la durée pendant laquelle ils remplacent une fois thésés ?

L'hypothèse serait que les étudiants quitteraient la faculté avec un projet au moins naissant et si possible avancé. Le pool de médecins thésés non installés diminuerait de volume au profit de l'installation.

- Peut-on favoriser l'installation dans des zones à densité médicale faible grâce à cette action ?

1. Une nouvelle étude

Pour répondre à ces questions, une étude de cohorte prospective suivant des étudiants de l'internat à l'installation serait intéressante. Elle suivrait deux populations : ceux recevant une information ciblée et effectuant des remplacements versus des étudiants ne bénéficiant pas de mesures supplémentaires.

Parallèlement quelques actions sont possibles et souhaitables.

2. Informer en délivrant une information commune :

Lors des choix de stage et autres réunions d'internes.

Proposer l'accès au forum des jeunes médecins généralistes aux internes dès qu'ils ont validé leur stage chez le praticien de niveau 1.

Ou alors leur soumettre d'un support d'information portant des messages simples sur cette possibilité de remplacer. Un support dématérialisé tel qu'une page web sur le site

du département de médecine générale ou un site propre à ce sujet pourrait être envisagé. Parmi les avantages il y aurait :

- La facilité de recherche et d'accès à des informations précises. Ces informations seraient hiérarchisées et adaptées aux besoins de chaque interne selon qu'il soit simplement curieux ou déjà dans l'élaboration d'un projet professionnel.
- La possibilité d'y coupler des espaces d'échanges entre pairs.
- L'accès à des formulaires types sur les différentes démarches, sur les certificats, etc...

3. Informer en délivrant une information personnalisée :

Via les maîtres de stage. Certains le font déjà. Au cours du stage de niveau 1 ils peuvent repérer les internes les plus matures, aux projets de vie construits, ou aux caractères aventureux.

Via les tuteurs qui ont déjà un rôle de suivi du portfolio et de repérage des étudiants en difficulté. Les informations délivrées de façon commune peuvent ainsi être succinctes, renvoyant vers les tuteurs pour entrer dans les détails quand l'interne est intéressé.

C. Biais et limites de l'étude

1. L'inexpérience de l'enquêteur

Le premier des biais est l'inexpérience de l'enquêteur. En effet n'ayant pas été formé aux enquêtes sociologiques, ou plus généralement qualitatives, la conception de l'enquête sa réalisation et la rédaction de la thèse en ont probablement été grevées. Ayant pu en référer tout au long de l'élaboration de cette thèse aux membres enseignants du Centre Emile Durkheim notamment à M. Andy Smith, Directeur de recherche à la Fondation Nationale de Science Politique (FNSP), l'impact de ce biais a pu être amoindri.

Cette inexpérience est plus précisément en cause dans le cas du douzième entretien. Ce dernier a été réalisé dans de mauvaises conditions. Il a eu lieu à distance au cours

d'un appel visiophonique dans une zone de mauvaise couverture réseau. Ainsi certaines des questions posées sont restées sans réponses parce que mal comprises d'une part comme de l'autre. Un enquêteur plus expérimenté aurait probablement pu limiter ces aléas.

2. La population étudiée

Plusieurs biais en rapport avec la population même concernée par l'étude doivent être signalés.

a. Un parcours modifié par la réforme

Comme il est indiqué dans l'avant-propos, l'internat en médecine générale a connu une réforme récente en modifiant la maquette⁽⁶⁾. Les internes interrogés n'ont pas, ou très peu, été concernés par cette réforme. Dès la promotion suivante les internes réalisaient leur stage de niveau 1 chez le praticien généraliste dès le début de leur internat, au cours de la phase socle. De plus le semestre réalisé en saspas est dorénavant obligatoire. Tous les internes interrogés n'ont pas pu réaliser de saspas. Certains même ne faisaient leur stage de niveau 1 qu'en dernier semestre. Nous pouvons supposer que si cette étude avait été réalisée chez des étudiants en dernière année issus d'un internat sous cette nouvelle formule leurs récits seraient très différents.

b. Biais de sélection

Les internes ayant participé à ce travail de thèse sont probablement particulièrement intéressés par le sujet, impactant alors leurs réponses.

Par ailleurs il semble nécessaire de rapporter que l'*interne 5* avait été une collègue au cours d'un stage hospitalier jusqu'à 18 mois avant l'entretien auquel elle s'est prêtée. Au moment où la sollicitation par mail a été envoyée à la promotion elle a répondu expliquant que c'était cette accointance qui l'a motivée à rendre ce service. Aucun autre participant n'était connu antérieurement.

c. Faible effectif

Du fait de sa nature, qualitative, l'étude réalisée porte sur un effectif réduit. La saturation de données collectées était l'objectif conditionnant l'arrêt du recrutement.

Elle a été considérée comme atteinte au bout du treizième entretien. Ce nombre ne permet donc pas d'établir de liens de causalités entre les expériences relatées par les individus recrutés et par exemple les données démographiques et autres. Cela étant relevé on tentera quand même dans la suite de la discussion d'élaborer des hypothèses sur d'éventuels liens. Ces liens pourraient être confirmés ou infirmés, et d'autres découverts, dans des travaux ultérieurs.

d. Informations hors-micro

Un des éléments qui semble important à mentionner est ce qui semblait être un trac de certains des interviewés. En effet certains des entretiens ont été très courts par rapport à d'autres en raison de réponses peu « fournies » aux questions même quand celles-ci étaient ouvertes. Les **internes 3, 6 et 7** se sont montrées significativement plus loquaces une fois le micro éteint, continuant à discuter sur le sujet en « off » et donnant des informations qu'il aurait été intéressant de traiter.

Ces informations hors-micro étaient parfois collectées en amont des entretiens. C'était le cas pour :

- L'**interne 4** : Au moment de lui expliquer l'entretien à venir il a donné des éléments de contexte. Ces éléments sont ceux concernant son investissement immobilier, et sont mentionnés en annexe.

- L'**interne 5** : Elle était une connaissance antérieure à l'étude et a rencontré des difficultés durant son stage aux urgences.

- Les **internes 12 et 13** : Ils m'ont été présentés par leur amie l'**interne 10** qui avait au préalable présenté la particularité de leur situation. Le fait qu'ils aient été en couple depuis l'essentiel de leur scolarité en médecine et le fait qu'ils finissent leur maquette par le stage de niveau 1 chez le praticien étaient donc connus avant les entretiens. Ce sont même des éléments ayant motivé la recherche de leurs récits.

Chez ces quatre internes pour qui le contexte était installé avant d'être recueilli dans leurs mots il est possible que des informations aient été perdues parce que l'enquêteur a effectué l'entretien en ayant déjà certaines des réponses.

On pourrait une nouvelle fois imputer une part, ou l'intégralité, de ces informations perdues hors-micro à l'inexpérience de l'enquêteur.

3. Possibles confusions remplacements avant/après l'internat

Le dernier biais à déclarer est la possible confusion dans les réponses données concernant le moment du déroulement des remplacements. Pour certains le projet est de travailler en tant que remplaçant une fois l'internat fini. Il se peut que chez ces internes en les questionnant sur leur volonté de remplacer (pour une première ou une énième fois) ils aient inclus les périodes per et post-internat.

V. Conclusion

Dans un contexte général de modification des parcours d'apprentissage et de réforme de l'activité des médecins installés, le remplacement par les médecins thésés est déjà perçu comme une des possibles variables d'ajustement. Etant un élément quasiment culturel dans la population des médecins, ne pourrait-on pas envisager qu'il fasse partie de la solution ? Le remplacement en médecine générale existe déjà chez les étudiants. Il s'agit d'une pratique à la fois répandue et à la marge liée dans l'esprit de tous à plusieurs caractéristiques. Ces dernières peuvent être perçues sans limite nette comme allant de très positives à très négatives. Ainsi leur meilleure rémunération financière est universellement bien considérée. L'autonomie est généralement appréciée notamment quand l'interne a pensé en manquer au cours de ses différents stages. Elle s'accompagne naturellement d'une angoisse à l'idée d'être isolé ou seul responsable de ses actes. La charge de travail est un élément qui peut d'office rebuter l'interne qui a un vécu déjà « lourd » de sa vie d'étudiant. Elle peut aussi être très bien supportée par l'interne qui éludera ce temps de travail augmenté au profit de sa qualité ou encore chez celui qui trouve en l'activité de médecin généraliste, la « vraie », une échappatoire dans un contexte de stage mal supporté. En définitive les principaux leviers et freins sont souvent deux faces d'une même pièce. Compte tenu des bénéfices rapidement objectivables pour chacun des étudiants, et des médecins remplacés, pourquoi ne pas encourager et organiser une entrée dans la prise de fonctions par ce biais ? L'apport pédagogique serait certain, et l'apport financier attrayant. Les territoires ont tout à gagner de voir augmenter la part de médecins

remplaçants étudiants. Dans le meilleur des cas cela raccourcirait la durée d'errance post internat, favoriserait l'inclusion du futur docteur dans son système de santé et encouragerait les installations. Dans le moins bon des cas cela soulagerait temporairement certains médecins installés dans des zones à faible densité médicale et permettrait la découverte de ces zones aux futurs praticiens.

Les internes se plaignent d'être peu informés quant aux aspects pratiques administratifs et comptables des remplacements, aspects communs avec le statut de médecin installé. Il ne revient pas aux universités de gérer la réalisation des remplacements par leurs internes et il ne peut en être autrement puisqu'elles ne peuvent pas être associées à la responsabilité du médecin envers ses patients. Elles peuvent en revanche encourager les internes et faire lever des hésitations en dispensant une information sur ce sujet. Mettre à portée de tous un moyen d'information simple et fiable auquel seraient associées des annonces ou un espace d'échange est une des pistes possibles.

Les cours théoriques dispensés ont déjà adopté une mutation dans leur contenu. Ils se rapprochent des séances de « groupes de pairs » où les praticiens se retrouvent et échangent sur des patients, des pathologies, des situations pour lesquels ils ont eu des difficultés. Compléter cette approche théorique par un versant pratique serait un apport cohérent à la formation. A l'échelle individuelle l'évaluation de leurs internes par les MSU et/ou par les tuteurs, telle qu'elle a déjà souvent lieu, pourrait favoriser aussi la réalisation de ce premier pas qui est nécessaire dans leur pratique. Tout cela ferait ressembler les derniers semestres d'internat à une phase de transition, à une alternance a minima telle qu'il en existe dans d'autres corps de métier. L'interne aguerri aurait les bénéfices d'un exercice dont il a la responsabilité, un entraînement pour le début de sa carrière, en ayant la possibilité s'il en a besoin de s'appuyer de façon différée sur les différentes instances enseignantes. Tout cela le rapprocherait de son cœur de métier un peu plus vite.

VI. Bibliographie

1. Lexpol. Consulté le 15 janvier 2020. Ordonnance n° 45-2184 du 14/09/1945 [Internet]. Disponible sur : <http://lexpol.cloud.pf/LexpolAfficheTexte.php?texte=276472>
2. Décret n° 2014-1075 du 22 septembre 2014 relatif à l'exercice de la profession de médecin par les internes en médecine mis en disponibilité à la demande d'inscription au tableau de l'ordre avant l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine et à la mise à jour de l'annexe 41-1 mentionnée à l'article D. 4131-1 du code de la santé publique. (Version à jour au 01 avril 2020)
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins situation au 1^{er} janvier 2018. Consulté le 9 juin 2019. La démographie médicale [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
4. Dumontet M, Samson A-L, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? Revue Française d'Economie. 2016 avr ; 31(4) : 221-267.
5. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (Version à jour au 01 avril 2020)
6. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine version consolidée au 16 janvier 2020. (Version à jour au 01 avril 2020).
7. Lajzerowicz C. Le SASPAS en Aquitaine en 2016 : enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage. Thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de médecine générale : Université de Bordeaux : 2017 ; 94.
8. Code de la santé publique. Article L1142-2 modifié par LOI n°2011-1977 du 28 décembre 2011 - art. 146 (V). (Version à jour au 01 avril 2020).
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Consulté le 28 juillet 2019. Contrat pour un remplacement en exercice libéral [Internet]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-interne/contrat-remplacement-liberal>
10. Arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé version consolidée au 16 janvier 2020. (Version à jour au 01 avril 2020).
11. Arrêté du 4 mars 2014 fixant le montant de la prime de responsabilité pour les internes de médecine générale pendant leur stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. (Version à jour au 01 avril 2020).

12. Arrêté du 20 mai 2016 relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne. (Version à jour au 01 avril 2020).
13. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. (Version à jour au 01 avril 2020).
14. Administration française. Consulté le 28 juillet 2019. Smic (Salaire minimum de croissance) [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2300>
15. Isnar-IMG. Consulté le 28 juillet 2019. Etat des lieux des conditions de travail des internes de Médecine Générale. Les enquêtes nationales. [Internet]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/190213-Etat-des-lieux-des-conditions-de-travail-des-internes-de-M%C3%A9decine-G%C3%A9n%C3%A9rale.pdf>
16. Arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé version consolidée au 23 septembre 2017. (Version à jour au 01 avril 2020).
17. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques. Consulté le 16 janvier 2020. Etudes et résultats. [Internet] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1097.pdf>
18. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). (Version à jour au 01 avril 2020).
19. Isnar-IMG. Consulté le 28 juillet 2019. Les enquêtes nationales [Internet]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/remplacement-par-les-img.pdf>
20. Saad-Eddine M. Projet professionnel des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux en dernière année de DES en 2015 et déterminants de leurs choix. Thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine générale : Université de Bordeaux : 2017 ; 86.
21. Bonnet T, Drahi E. Attentes des internes de médecine générale de la région Centre vis-à-vis des remplacements au cours du troisième cycle des études médicales de médecine générale. Thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine générale : Université de Tours : 2016.
22. Brument J, Marguerite M. Les déterminants des parcours professionnels des jeunes médecins généralistes français. Reconstitution d'une cohorte nationale rétrospective. Thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine générale : Université de Rouen : 2019 ; 78.
23. Tregan B. Remplacement au cours du troisième cycle : quels bénéfices pour les internes de médecine générale? Thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine générale : Université de Nice : 2018 ; 41.

24. Observatoire de la santé Aquitaine. Consulté le 31 mars 2020. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux synthèse de la littérature, [Internet]. Disponible sur : https://docplayer.fr/storage/54/33368411/1585765524/6C_cLzMDhJttPZpXy7lo0A/33368411.pdf
25. Isnar-IMG. Consulté le 31 mars 2020. Les enquêtes nationales, [Internet]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
26. Spiess J. État des lieux des enseignements des spécificités de la pratique de la médecine générale en libéral dans les différentes facultés de médecine de France métropolitaine. Thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine générale : Université de Rouen : 2013 ; 65.
27. Collège santé de l'université de Bordeaux. Consulté le 03 février 2020. Enseignements, [Internet]. Disponible sur : https://sante.u-bordeaux.fr/content/download/93149/710458/version/1/file/PROGRAMME_COMPLET.pdf
28. La Médicale. Consulté le 26 janvier 2020. La démographie des médecins, [Internet]. Disponible sur <https://www.lamedicale.fr/documents/201211AtlasMdc.pdf>.
29. Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie. (Version à jour au 01 avril 2020).
30. Projet de loi organisation et transformation du système de santé. Amendement présenté par M. Milon, rapporteur. Article additionnel après article 4. 1^{ère} lecture. 17 mai 2019. N°COM 291. (Version au jour au 01 avril 2020).
31. Egora. Consulté le 26 janvier 2020. Dossiers du moment. L'amendement limitant à trois ans le remplacement rejeté au Sénat, [Internet]. Disponible sur : <https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/47934-l-amendement-limitant-a-trois-ans-le-remplacement-rejete-au>
32. Dayot J. Connaissances et attentes de formation des internes de médecine générale rouennais en 2014 concernant l'installation en libéral. Thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine générale : Université de Rouen : 2015 ; 130.
33. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Revue Santé Publique. 2015 jan ; 27(1) : 49-58.

Annexe

Hors-micro :

Interne 4 : a investi dans l'immobilier. Ne compte pas rester à Bordeaux mais y a acheté un appartement => besoin d'argent pour cet investissement.

Interne 5 : Connaissance d'avant la thèse. S'est portée volontaire pour participer aussi parce qu'elle a reconnu mon nom. Ne le dit qu'à demi-mot au cours de l'entretien mais stage aux urgences qui ne s'est pas bien passé en raison de « conflits » interpersonnels.

Interne 7 : A plus facilement donné certains détails du déroulé de son internat une fois l'entretien fini. A confié avoir très mal vécu son stage aux urgences. Ne se sentait pas considérée par certains chefs comme un médecin à part entière mais une étudiante niveau externe. Décrivait une attitude paradoxale de ces chefs avec une « autonomie » complète de tout le pan diagnostic clinique et para clinique des patients mais devait systématiquement en référer avant toute décision. S'est plaint d'une perte de temps qui en a découlé d'autant que les prises en charge qu'elle proposait étaient toujours bonnes. A commencé les remplacements et a trouvé la situation dans son stage d'autant plus insupportable.

CONTACT :

-**CNOM Paris** : Mme Rasse Stéphanie (démographie médicales/cartographie) : 0153893505

rasse.stephanie@cn.medecin.fr

Notes personnelles :

La pratique quelle que soit son mode (stage d'externat, internat niveau 1, saspas...) offre un aperçu et permet de trouver sa place (recherche zone installation/zone remplacement et laps de temps entre les deux)

Pareil pour l'autonomie qui jusqu'à maintenant pouvait être cherchée plutôt dans le niveau 1 voire le saspas sans sortir du cadre « scolaire ». Jusqu'au remplacement chez certains. Qu'est ce qui fait aller jusque-là ? l'esprit d'aventure ? une nécessité ou circonstance de vie ?

=> endo/exo gène

=> Existe-t-il un terrain propice à l'entreprise ? Curiosité, esprit volontaire parfois suffisants pour commencer. Sinon rempla survient en réaction à un élément externe.

Possibilité que le fait de trouver son compte niveau autonomie/responsabilisation en saspas (devenu obligatoire) enlève le drive.

=> Y a-t-il un lien entre le volontarisme de ceux qui commencent les remplas et le fait de prendre plus de gardes pendant l'internat ?

Par rapport à l'autonomisation pendant les stages et leurs vécus. Sauf très mauvais classement et/ou manque de choix, l'interne a accès à des évènements avant de choisir le terrain donc se retrouve dans une configuration attendue => conforte ses tendances personnelles.

L'installation rapide est l'exception => shunter la phase d'exploration, de flottement

Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”