

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2010

n° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DESCHAUME Julien
Né le 16 février 1977 à Montluçon (03 Allier)

Présentée et soutenue publiquement le : 6 juillet 2010

*DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES REMPLACANTS EN
MEDECINE GENERALE APRES UN AN D'EXERCICE. ENQUETE
AUPRES DES ETUDIANTS INSCRITS EN TCEM1 EN 2004 A
L'UNIVERSITE PARIS 7.*

Président : Professeur Michel Nougairède
Directeur : Docteur Cyrille Vartanian

DES de médecine générale

REMERCIEMENTS

Remerciements

- Au **Professeur Michel Nougairède** qui m'a transmis sa passion de la médecine générale lors d'un semestre chez le praticien mémorable.
- Aux **Professeurs Enrique Casalino et Gérard Reach** qui ont accepté de participer au jury.
- Au **Docteur Cyrille Vartanian** qui m'a soutenu dans mon projet de thèse malgré les sujets qui ont été refusés successivement. Je le remercie pour ses conseils avisés.

- Au **Professeur Jean Pierre Aubert** qui a informatisé le questionnaire. Sa disponibilité sans faille a contribué à la réussite de ce travail.
- A **tous les médecins** issus de Paris 7 qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire.
- A **Madame Chantal Générat** , du département de médecine générale pour son efficacité jamais prise en défaut.
- A tous **les services de scolarité des facultés de médecine de France** qui ont pris le temps d'effectuer des recherches pour m'aider.
- A **mes parents**, toujours à mes côtés, mon exemple de courage dans l'épreuve.
- A **mes frères Dimitri et Emilien**, aux qualités si différentes mais si complémentaires.
- A mon **frère Jean Emmanuel**, à qui je dois ma vocation.
- A **Aurélie**, mon épouse adorée, pour sa patience, sa confiance, son énergie et ses relectures attentives.
- A **mon fils Louis** pour la joie qu'il met dans ma vie.

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I. Introduction	9
II. Matériels et méthodes	12
1. Echantillon	13
2. Méthodes d'intervention	14
2.1 Sources de renseignement.....	14
2.2 Financement et coût de l'étude	14
2.3 L'étude	14
2.4 Durée d'inclusion.....	14
2.5 Recueil des données.....	15
3. Méthodes d'observation	15
4. Méthodes d'évaluation	16
III. Résultats	17
1. Données personnelles des répondeurs.....	18
1.1 Répartition selon le sexe	18
1.2 Année de naissance	18
1.3 Département de domicile	19
1.4 Département d'exercice	19
1.5 Répartition selon l'activité de remplacement	20
1.6 Répartition selon l'activité salariée.....	20
1.7 Répartition selon l'activité libérale.....	21
1.8 Année de thèse	21
2. Difficultés administratives et comptables	22
2.1 Le contrat de remplacement.....	22
2.2 Temps travaillé hors contrat.....	23
2.3 L'attente de la rétrocession	24
2.4 Difficultés avec la comptabilité	24
2.5 Affiliation à une AGA	25

2.6 Difficultés avec la déclaration d'impôts	25
2.7 Nature des difficultés avec la déclaration	26
2.8 Nombre de journées travaillées.....	27
2.9 Nombre idéal de journées travaillées.....	28
2.10 Difficultés pour trouver du travail	28
2.11 Chiffre d'affaire pour l'année 2008	29
2.12 Le revenu est-il suffisant ?.....	29
3. Difficultés « médicales »	30
3.1 Difficultés diagnostiques	30
3.2 Difficultés thérapeutiques	30
3.3 Les connaissances sont-elles suffisantes ?.....	31
3.4 Quelle compétence fait le plus défaut ?.....	31
4. Difficultés éthiques	35
4.1 Le comportement est-il modifié ?.....	35
4.2 Nature des modifications	35
4.3 Raisons des entorses à l'éthique	38
4.4 Moins d'entorses dans le cas du salariat ?.....	39
4.5 La qualité des soins pâtit du paiement à l'acte	39
4.6 Régime d'exercice préféré	40
4.7 Commentaires	40
IV. Discussion	44
1. Généralités	45
1.1 Force de l'étude	45
1.2 Faiblesse de l'étude	45
2. Analyse des données personnelles des répondants	46
2.1 Le sexe des répondants.....	46
2.2 L'âge des répondants.....	47
2.3 Lieu de travail et de résidence des répondants.....	48
2.4 Mode d'exercice des répondants.....	50
2.5 Année de thèse des répondants	50
3. Analyse des résultats pour les questions administratives et comptables	54
3.1 Le contrat de remplacement	54
3.2 Les différentes taxes.....	55

3.3 Le temps de travail des remplaçants	57
3.4 Les revenus des remplaçants.....	59
4. Analyse des résultats pour les données médicales	62
4.1 La dermatologie.....	62
4.2 Les modes d'exercices particuliers	64
4.3 Les connaissances au terme de l'internat.....	64
5. La modification des comportements liée au paiement à l'acte.....	65
5.1 Les justifications des entorses à l'éthique	66
5.2 La nature des entorses à l'éthique.....	67
5.3 Analyse des commentaires.....	69
6. Propositions	70
6.1 Le problème de la thèse.....	71
6.2 Le problème du statut libéral	71
6.3 Le manque d'expérience	73
6.4 Les difficultés diagnostiques en dermatologie.....	76
6.5 Les difficultés liées aux « petites pathologies »	76
6.6 Les difficultés liées à la relation médecin - malade.....	77
V. Conclusion.....	78
VI. Bibliographie.....	81
VII. Annexes	88

I. INTRODUCTION

Introduction

La fin du sixième semestre d'internat de médecine générale opère une véritable révolution dans la pratique de l'« ex-interne » qui devient médecin généraliste.

Pendant les trois années de l'internat, le futur généraliste a toujours été entouré par des seniors qui l'ont conseillé et qui assumaient une grande partie de la responsabilité, à l'hôpital comme en ambulatoire (stage de premier niveau et SASPAS). Ainsi, il pouvait demander conseil, prendre une décision collégiale ou confier le patient à un confrère aisément.

La majorité des médecins, après l'internat, exerce une activité libérale selon C.Vartanian (67). Le jeune médecin généraliste doit, pour la première fois, faire face, seul au patient, le prendre en charge et répondre à ses attentes.

Le médecin autrefois salarié est désormais payé à l'acte. Il doit se soucier de trouver du travail (qu'il soit remplaçant ou installé), et affronter de nouvelles obligations comptables. De plus, ce paiement à l'acte entraîne un rapport commercial entre le médecin et le patient auquel l'interne n'a jamais été personnellement confronté. Il est probable que cet aspect commercial modifie sa pratique médicale.

Nous pouvons ainsi suspecter des problèmes d'adaptation à ce changement d'exercice, qu'ils soient d'ordre administratif, théorique, ou éthique.

Le but de notre étude est d'évaluer l'existence de ces difficultés et de discuter de l'intérêt de les prendre en compte pour une éventuelle amélioration lors de la formation initiale.

II. MATERIELS ET METHODES

Matériel et méthodes

1. Échantillon :

Pour répondre au questionnaire, notre choix s'est porté sur la promotion d'internes de médecine générale de l'université de Paris 7 qui était inscrite en première année du troisième cycle des études médicales (TCEM1) en novembre 2004. Nous avons ciblé notre étude sur Paris 7 car la Faculté a mis à notre disposition un outil Internet performant pour joindre ses étudiants. Nous nous sommes intéressés à cette promotion car c'est la seule issue de l'examen national classant (ENC) ayant réalisé une année comptable entière après l'internat au moment où le questionnaire de cette thèse a été envoyé. Cet aspect est essentiel pour traiter des difficultés administratives abordées dans le questionnaire.

Par ailleurs, puisque ce travail a l'ambition de proposer des améliorations dans la formation, il est important que ce soit les médecins issus de l'ENC (donc les plus récemment formés) qui répondent au questionnaire. 74 personnes ont été interrogées.

2. Méthodes d'intervention :

2.1 Sources de renseignements :

Le service du département de médecine générale (DMG) de Paris 7, ayant toutes les adresses électroniques des étudiants concernés par l'étude, a directement invité ces étudiants à répondre. Pour respecter l'anonymat des personnes interrogées, nous n'avons pas eu accès à cette liste d'adresses.

2.2 Financement et coût de l'étude :

Cette étude n'a engagé aucun coût. En effet, la modélisation du questionnaire et son envoi électronique ont été réalisés gracieusement par le DMG de Paris 7.

2.3 L'étude :

Le questionnaire a été intégré au serveur du DMG Paris 7 dans la partie « projet de recherche » grâce au Professeur Jean-Pierre Aubert (responsable du site Internet). Enfin, le secrétariat du DMG a adressé un courriel à tous les étudiants concernés comprenant une lettre d'introduction (annexe 1) et le lien d'accès à l'étude.

2.4 Durée d'inclusion :

Le courriel a été adressé à 3 reprises mi-octobre, mi-novembre et mi-décembre 2009, afin d'obtenir un maximum de réponses. La fin de la période d'inclusion a été fixée au 31/12/09.

2.5 Recueil des Données :

Les données ont été traitées par Excel puisque le site du DMG exporte directement les données vers ce logiciel.

3. Méthode d'observation :

Un « pré-questionnaire » sous format Word a été envoyé à une dizaine de personnes dont les courriels ont été choisis de manière aléatoire dans un extrait de liste d'adresses électroniques fourni par le DMG. Il avait pour but de demander à ces personnes d'énumérer les difficultés rencontrées lors de leur première année d'exercice.

Ensuite, le questionnaire a été rédigé et adressé de nouveau à ces étudiants ainsi qu'à des personnes n'appartenant pas au monde médical pour en corriger le fond et la forme.

Nous avons opté essentiellement pour des questions fermées. Nous avons laissé toutefois, à plusieurs reprises, des espaces de commentaires libres.

Ce questionnaire (annexe 2) comprend 4 écrans :

- un premier écran de renseignements administratifs
- un deuxième concernant les difficultés administratives et fiscales,

- un troisième concernant les difficultés liées aux connaissances médicales,
- un quatrième concernant les problèmes éthiques.

4. Méthode d'évaluation :

Une analyse statistique des résultats aux questions fermées a été réalisée. Une analyse multi variée des données n'a pas été possible en raison de la taille trop faible de l'échantillon. Les réponses des 4 questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse qualitative d'après l'ouvrage de Laurence Bardin, l'analyse du contenu (68). Cette analyse a été relue par le Docteur Aubin-Auger.

III. RESULTATS

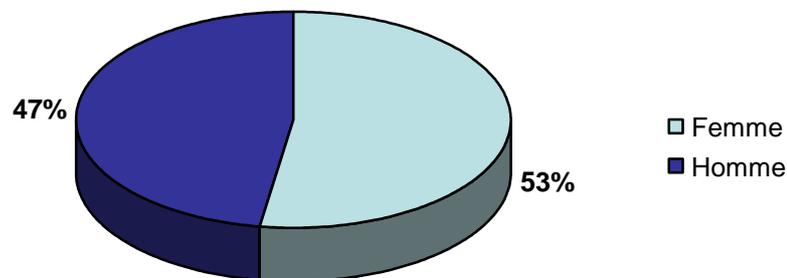
Résultats

1. Données personnelles des répondants :

Il y a eu 38 répondants au questionnaire.

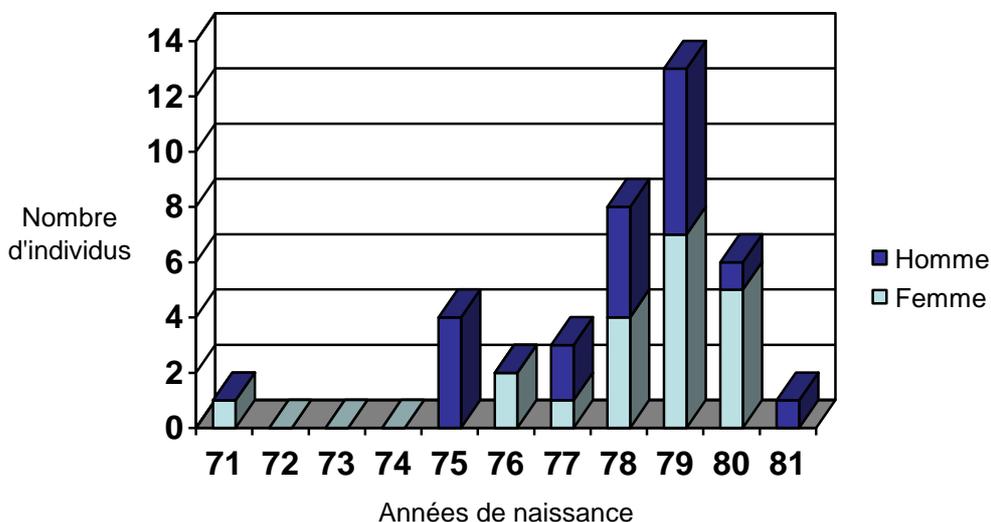
1.1 Quel est votre sexe ?

Les 38 répondants se répartissent en 20 femmes et 18 hommes.



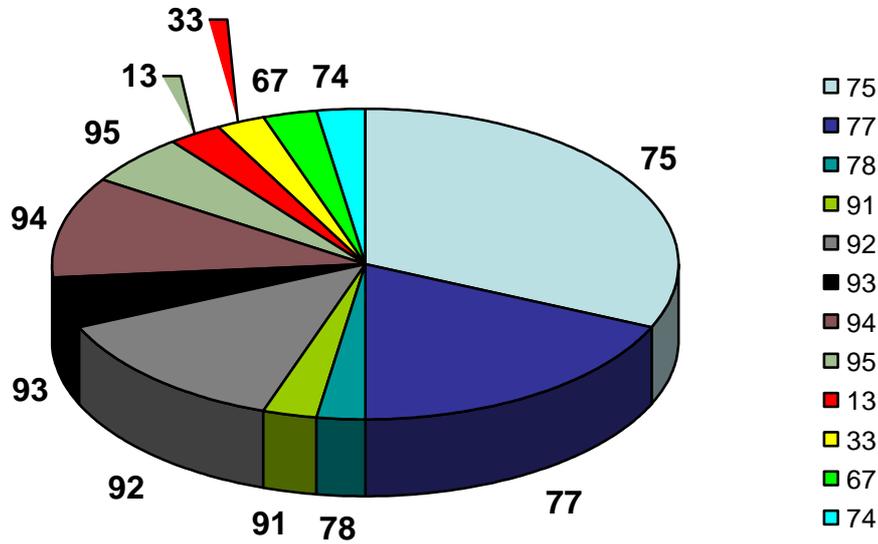
1.2 Quelle est votre année de naissance ?

Les années de naissance se répartissent de 1971 à 1981 comme indiqué dans le graphique suivant :



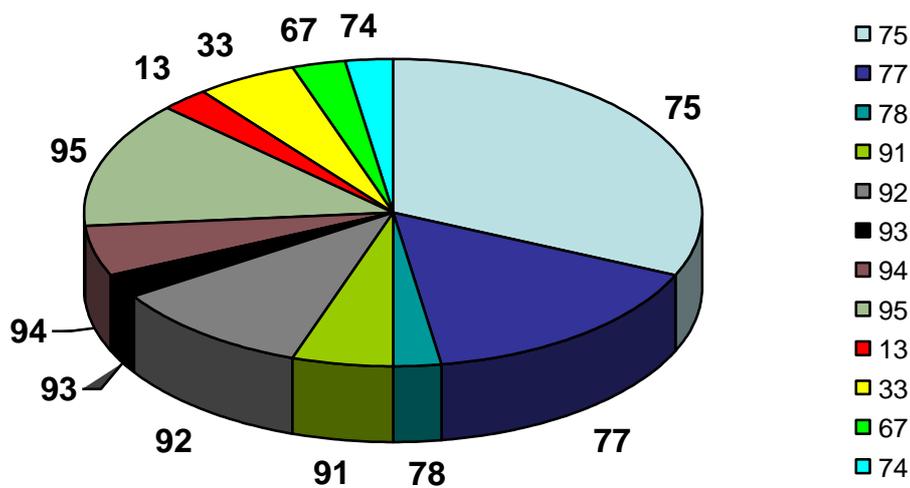
1.3 Quel est votre département de domicile ?

Les départements de domicile se répartissent ainsi :



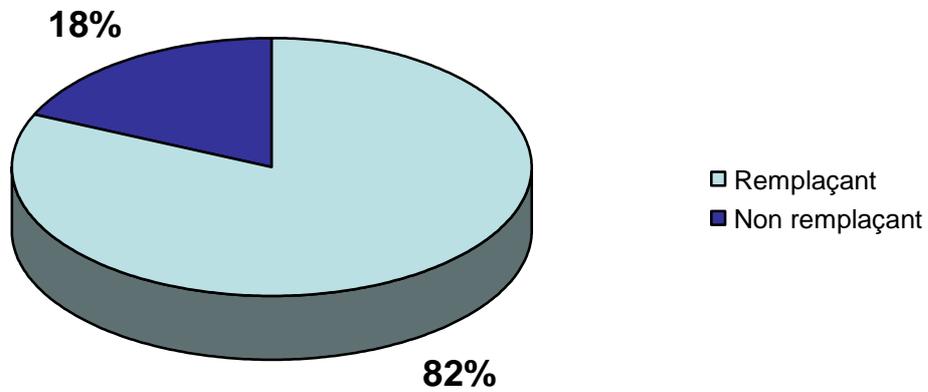
1.4 Quel est le département où vous travaillez principalement ?

Les répondants travaillent dans ces départements :



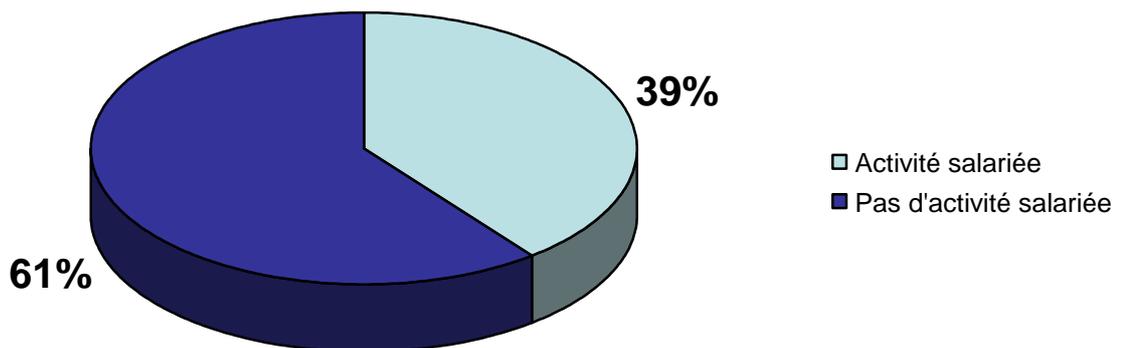
1.5 Êtes-vous remplaçant ?

7 personnes ne font pas de remplacements.



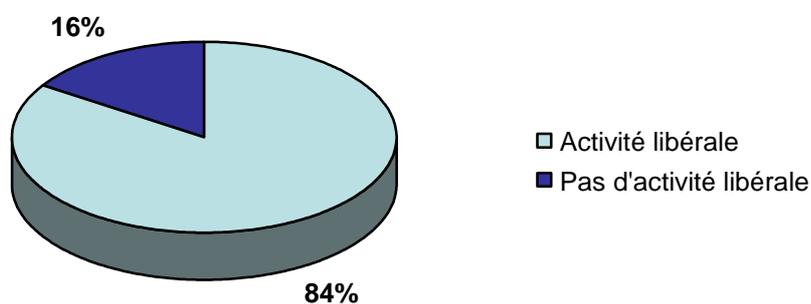
1.6 Êtes-vous salarié ?

15 personnes déclarent avoir une activité salariée.



1.7 Êtes-vous libéral ?

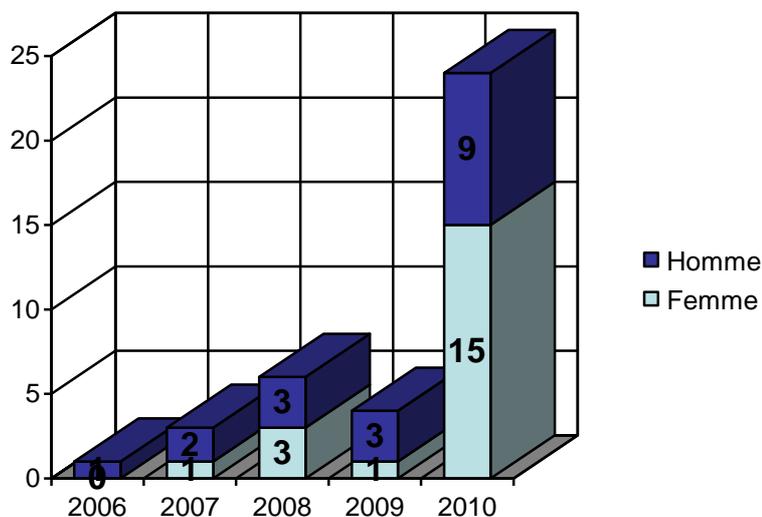
7 personnes déclarent ne pas avoir d'activité libérale ; en fait il n'y en a que 6 car un homme déclare n'avoir ni activité libérale, ni activité salariée. Il a dû faire une erreur car dans la suite de ses réponses, il correspond au groupe « libéral ».



1.8 Quelle est votre année de thèse ?

La distribution des années de thèse se répartit ainsi :

Année de thèse

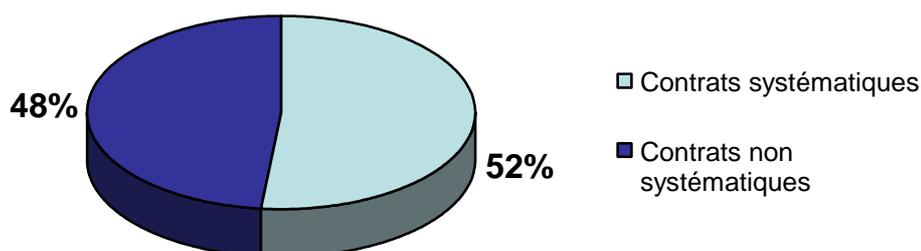


2. Difficultés administratives et comptables :

À partir de ces questions, on ne prend en compte que 31 répondants (15 hommes et 16 femmes). En effet, nous avons éliminé les 6 personnes qui n'avaient pas d'activités libérales (puisque c'est la question de la thèse) et une personne qui n'a plus donné de réponses après son année de thèse.

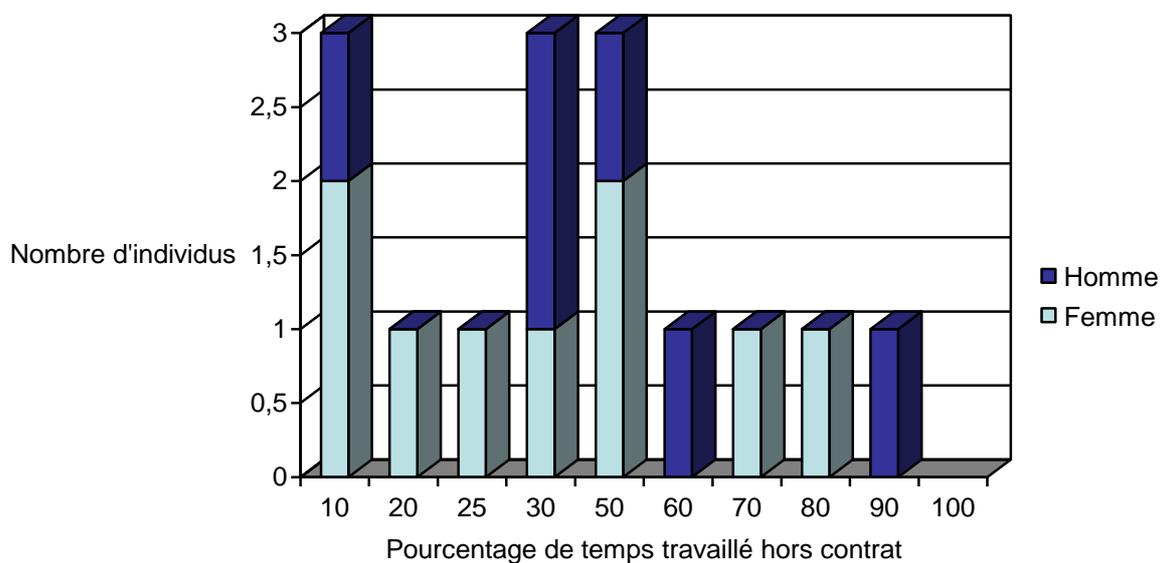
2.1 Signez-vous un contrat de remplacement systématiquement ?

15 personnes déclarent ne pas signer un contrat de remplacement systématiquement.



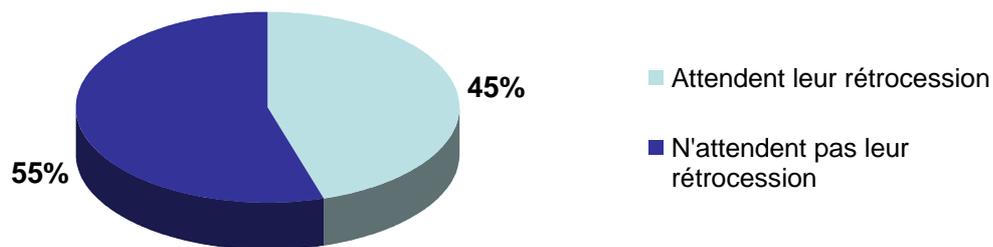
2.2 Si vous avez répondu non à la question précédente, donnez un pourcentage de journées travaillées hors contrat :

Tous ceux qui ont répondu qu'ils ne signaient pas un contrat de remplacement systématiquement ont donné un pourcentage de temps travaillé hors contrat :



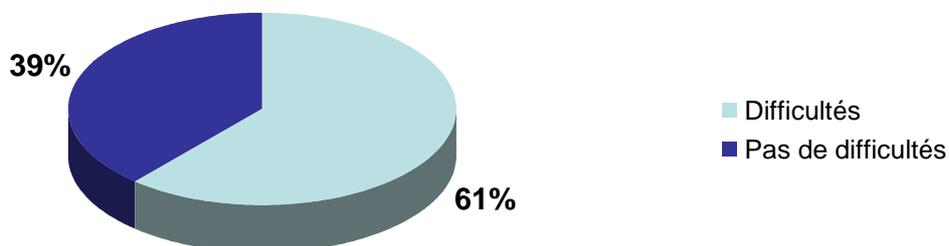
2.3 Vous faut-il attendre pour obtenir votre rétrocession d'honoraires ?

14 personnes (6 hommes et 8 femmes) doivent attendre leur dû.



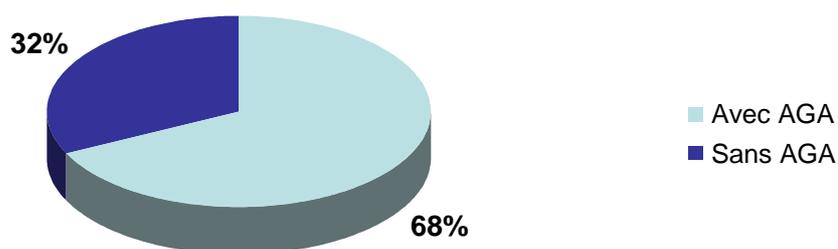
2.4 Avez-vous eu des difficultés avec la comptabilité et les formalités administratives ?

19 personnes (9 hommes et 10 femmes) déclarent avoir eu des difficultés.



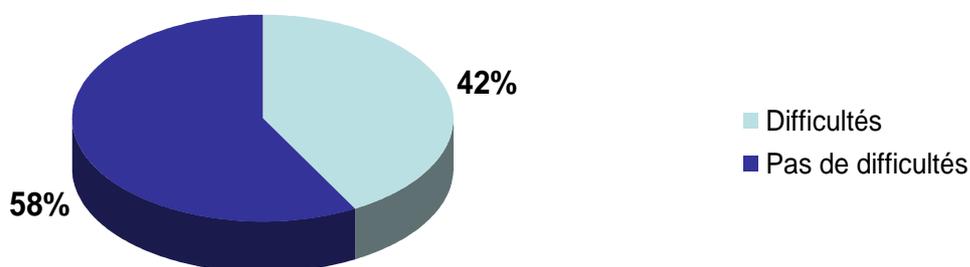
2.5 Êtes-vous affiliés à une association de gestion agréée pour l'année 2008 ?

10 personnes (5 hommes et 5 femmes) ne sont pas affiliées à une AGA.



2.6 Avez-vous eu des difficultés pour remplir votre déclaration d'impôts 2008 ?

13 personnes (8 hommes et 5 femmes) signalent avoir eu des difficultés pour remplir leur déclaration d'impôts.



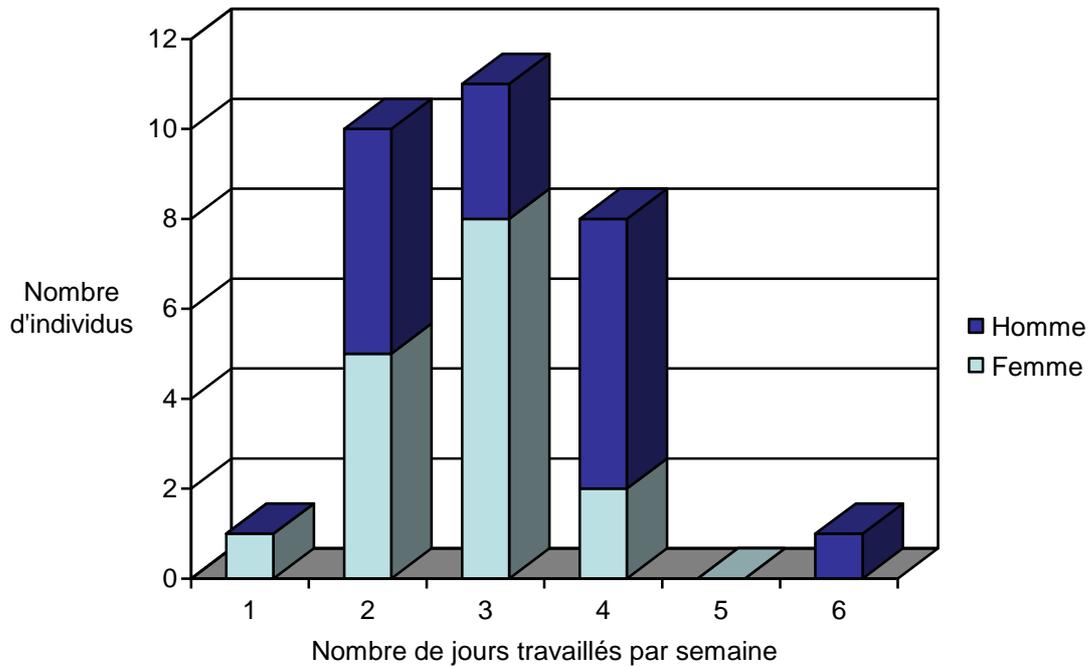
2.7 Si oui, précisez lesquelles:

Pour toutes les questions ouvertes, nous donnons les réponses reçues sans retoucher la syntaxe. Voici les 14 réponses obtenues à cette question :

- Personne pour expliquer comment remplir une déclaration de profession libérale, personnel des impôts tout à fait incompetent pour aider...
- Mariage, taxes professionnelles, Urssaf
- Non, suis salariée hôpital
- Je n'y comprends rien, je ne suis pas fait pour ça
- Choisir le type de déclaration (BNC). Le problème des frais avec une 2035, l'amortissement des achats....
- Un expert-comptable (mon beau-père) la réalise à ma place
- Découverte de la 2035, choses déductibles, choses non-déductibles
- Répartition (déductible-non déductible) des cotisations Urssaf
- Calcul de la déduction des frais réels (frais kilométrique, charges sociales, etc...)
- Méconnaissance majeure de ce qui constitue une 2035
- Non (pas de problème) car pour l'instant j'ai fait une micro BNC
- Faut travailler aux impôts pour comprendre...
- Erreur dans la tenue du registre comptable décalage... erreur sur le calcul du barème kilométrique
- Méconnaissance des frais à enlever des bénéfices, report d'information dans les mauvaises cases...

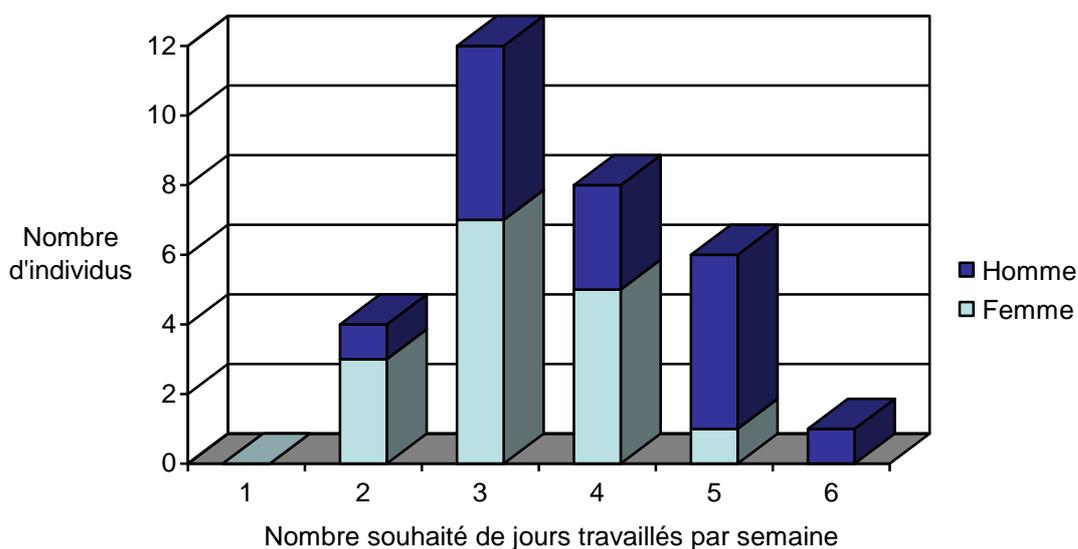
2.8 Combien de journées travaillez-vous par semaine en moyenne ?

En moyenne les répondants travaillent de cette façon :



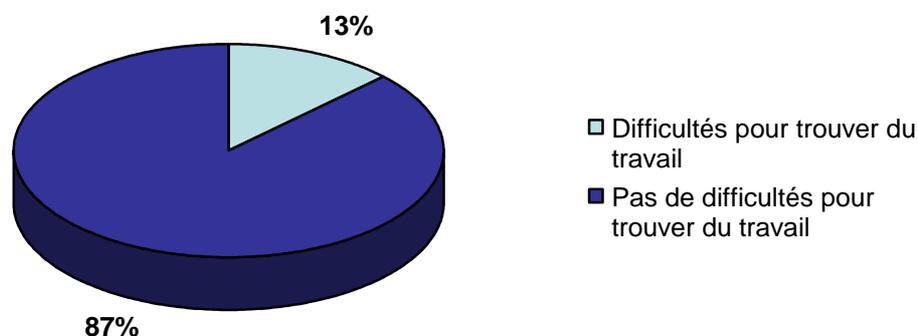
2.9 Combien de journées souhaiteriez-vous travailler par semaine ?

Les répondants souhaitent travailler ainsi :



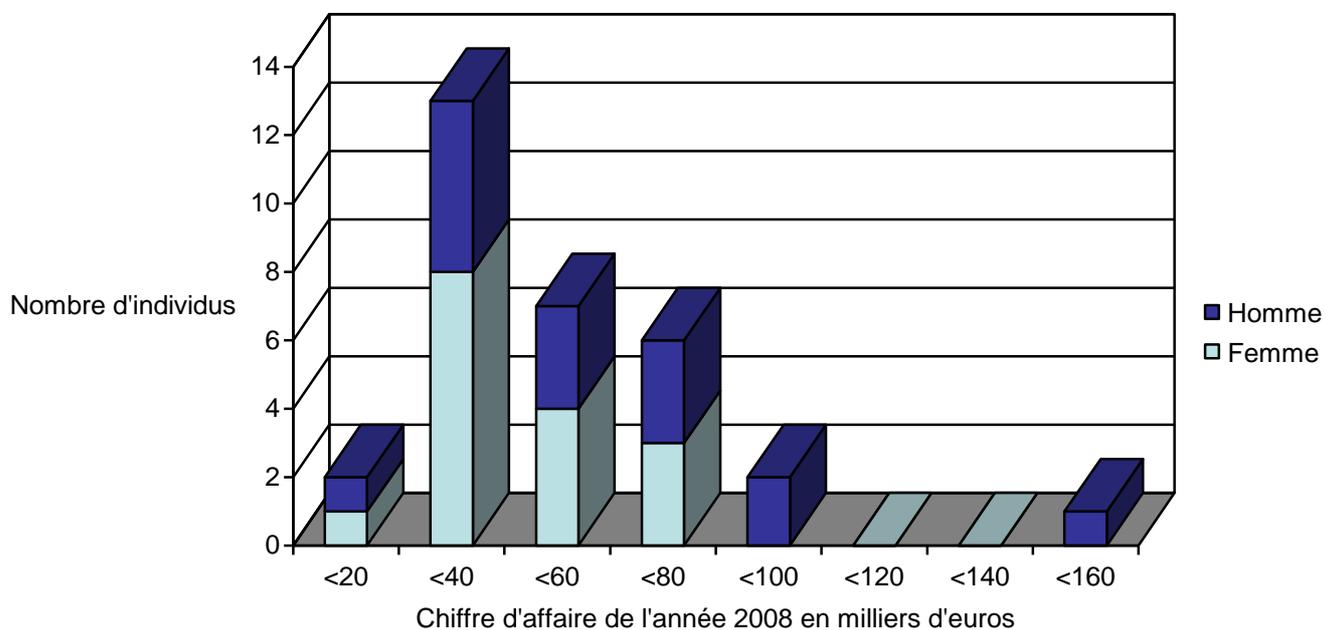
2.10 Avez-vous eu des difficultés à trouver du travail ?

4 personnes (3 hommes et 1 femme) estiment avoir des difficultés pour trouver du travail.



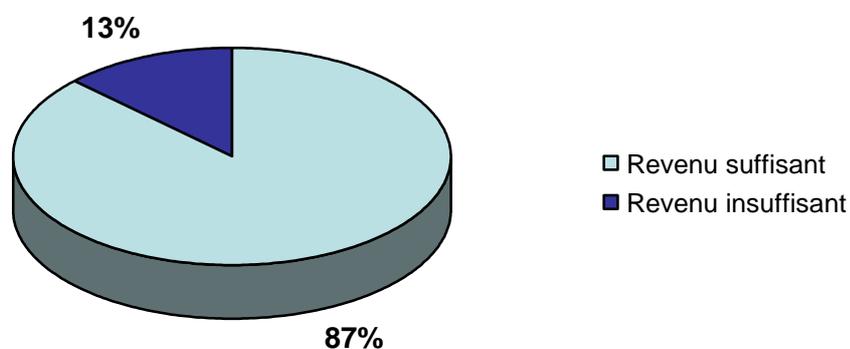
2.11 Quel a été votre chiffre d'affaire pour l'année 2008 ?

Le chiffre d'affaire des répondants se répartit comme suit :



2.12 Pour le travail effectué, estimez-vous votre revenu suffisant ?

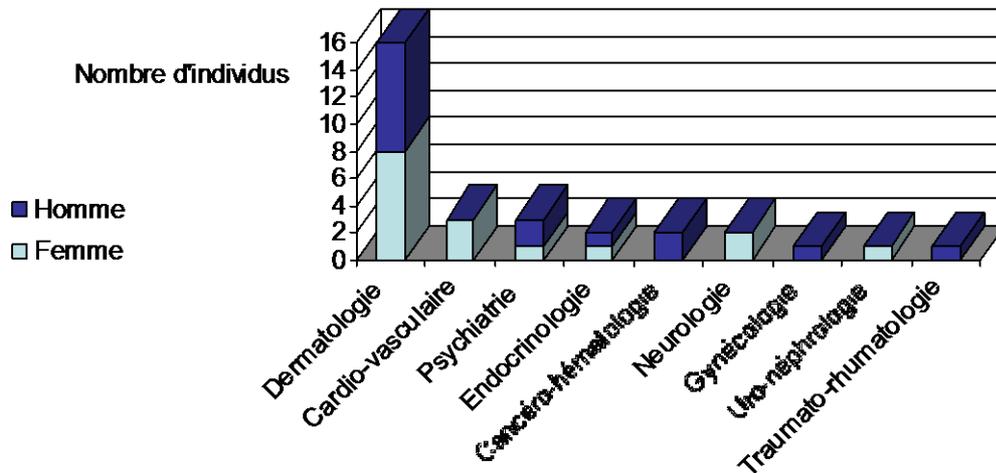
4 personnes (2 hommes et 2 femmes) trouvent que le revenu est insuffisant pour le travail effectué.



3. Difficultés « médicales » :

3.1 Quel est le domaine dans lequel vous rencontrez le plus de difficultés diagnostiques ?

Les difficultés diagnostiques se répartissent comme suit :

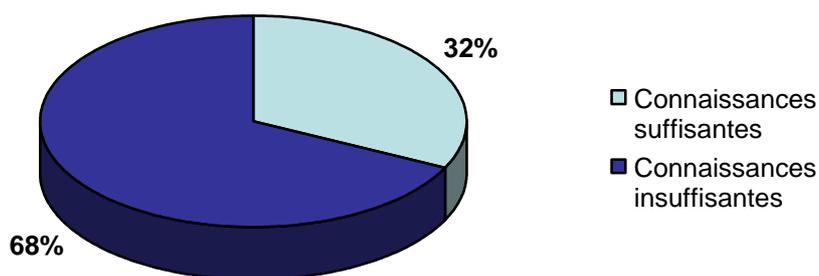


3.2 Quel est le domaine dans lequel vous rencontrez le plus de difficultés thérapeutiques ?

Il y a eu un problème informatique pour cette question : les données enregistrées par les répondants n'ont pas été enregistrées sur le serveur. Elles sont donc inaccessibles.

3.3 Estimez-vous suffisantes vos connaissances au terme de votre internat ?

21 personnes (10 hommes et 11 femmes) estiment leurs connaissances insuffisantes.



3.4 Quelle compétence, non enseignée à la Faculté, vous a fait le plus défaut ?

Voici les 31 réponses obtenues à cette question :

- Traumatologie.
- Soins palliatifs et prise en charge d'un patient en fin de vie.
- Tout ce qui n'est pas médical, les formalités administratives (inscription à l'Urssaf, tenue d'une comptabilité...).
- Traumato.

- Adaptation des traitements et éducation au cours du suivi des diabétiques (traitement oral ou insuline) et des autres pathologies endocriniennes en général pour un patient suivi en ville.
- Stratégies thérapeutiques manquantes, beaucoup trop de blabla de la part des enseignants qui devraient un peu moins s'étendre sur leur expérience et leurs anecdotes et plus sur les conduites diagnostiques et thérapeutiques.
- L'expérience.
- Prise en charge du patient en cabinet de ville par exemple: stratégie d'examen complémentaire minimum pour parvenir à un diagnostic face à un problème précis ou même simplement à une approche du diagnostic (du débrouillage comme on dit) sans sortir l'interminable liste de tiroir d'internat (qui ne cible rien et coûte cher).
- L'expérience.
- Gestion des problèmes en ambulatoire.
- Urgences, réanimation.
- Diagnostic et traitement des petites pathologies frustrées ne rentrant pas dans les grands cadres, quelles démarches faire auprès de l'Urssaf, Aga, Insee... au début de l'activité de remplaçant, la déclaration d'impôt, la taxe professionnelle...
- Prévention chez l'enfant, accident de travail, arrêt travail.
- Tous les « petits » traitements pour les viroses surtout en pédiatrie, que j'ignorais. La comptabilité, la gestion, les différentes inscriptions (Carmf,

Urssaf, AGA, etc). Je pense qu'un cours de fiscaliste serait primordial.

L'organisme Media santé a été de bon conseil...

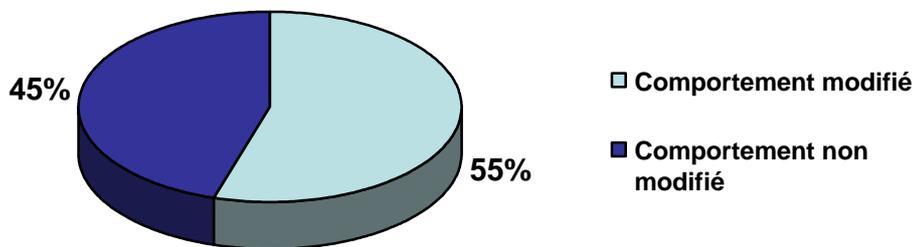
- La gestion des douleurs chroniques.
- Les pathologies courantes rencontrées en cabinet ne sont pas étudiées à la Faculté. Ex: infection ORL virale surtout, traitements symptomatiques précis non plus. Or, c'est ce dont nous avons le plus besoin en ville. Pour ce qui est des maladies graves, la formation est plutôt bonne me semble-t-il. En tout cas, elle permet d'acquérir une méthodologie qui permet une bonne prise en charge médicale jusqu'au moment où il faut laisser la main au spécialiste.
- Phytothérapie.
- Les pathologies courantes.
- La patience...???
- Dermatologie.
- Science humaine, administration, papiers, sécu.
- On n'en sait jamais assez, mais on continue de se former au fur et à mesure. Faire confiance à nos connaissances livresques face à des situations cliniques ou maladies jamais rencontrées pendant nos études.
- Les techniques d'entretien et de communication, la psychologie du patient.
- Gériatrie.
- Comptabilité, remplissage de formulaires divers et variés.
- Sur les petites pathologies, les formalités administratives.

- Trop de généralités enseignées lors du premier cycle, c'est une perte de temps alors qu'il y a tant à apprendre ou à développer...et puis tout dépend des choix de stages lors de l'internat, pas de stage de gynécologie pour ma part.
- La gestion de la relation médecin-malade notamment pour la prise en charge du psychosomatique au long cours.
- La pratique.
- L'autoformation.
- Principalement des compétences administratives et de gestion : Urssaf, trésor public, Agap, caisses de prévoyance, assurances professionnelles...

4. Difficultés éthiques :

4.1 Le fait de passer à une activité payée à l'acte modifie-t-il votre comportement ?

17 personnes (11 hommes et 6 femmes) estiment que le paiement à l'acte modifie leur comportement.



4.2 Si vous avez répondu oui à la question, indiquez en quoi votre comportement est modifié (arrêt de travail ou certificat de complaisance, prescriptions non justifiées...) :

Voici les 17 réponses obtenues pour cette question :

- Prescriptions non justifiées mais avec un rôle certain de placebo...
- Contraint d'adopter parfois les pratiques du médecin remplacé, sous peine de le discréditer ou de le mettre en difficulté aux yeux de ses patients.
- Faire revenir les gens plus souvent que nécessaire, peut-être.

- Ne concerne pas l'activité salariée car il n'y a pas de rapport avec l'argent sinon, il est parfois difficile face à certains patients de faire comprendre que le médecin donne purement un avis d'expert sans contrepartie et sans obligations vis à vis du patient (heureusement, la plupart comprend l'avis que l'on donne sans négocier), le patient qui exige ses antibiotiques est le reflet de la société de consommation (je veux tout, tout de suite, je cotise pour ça, blabla, je me connais, ça va tourner en sinusite, filez moi les antibiotiques, blabla) mais on accède (ou plutôt "on cède") plus facilement à certaines demandes de patients du fait de ce rapport à l'argent. Et pourtant, ils vont être remboursés. On cède aussi parfois, parce que le patient nous emmerde carrément et qu'on veut juste le voir partir du cabinet au final, à partir du moment où l'on va réclamer de l'argent à quelqu'un, les rapports sont faussés, notre objectivité peut en pâtir. Il y a quelque chose de pervers dans la relation qui sort du contexte médical pur et se rapproche du clientélisme pur.
- Nécessité d'avoir plus de diplomatie avec le patient. Je m'adapte à la pratique du praticien que je remplace. Il est difficile de refuser de renouveler une prescription habituelle, quand je trouve celle-ci non justifiée.
- Rapidité de travail, 15 min de consultation sauf exceptions (consultations difficiles, re-consultation, consultation « psy »)
- Arrêt travail pas toujours justifié, prescription médicaments pas toujours justifiée.

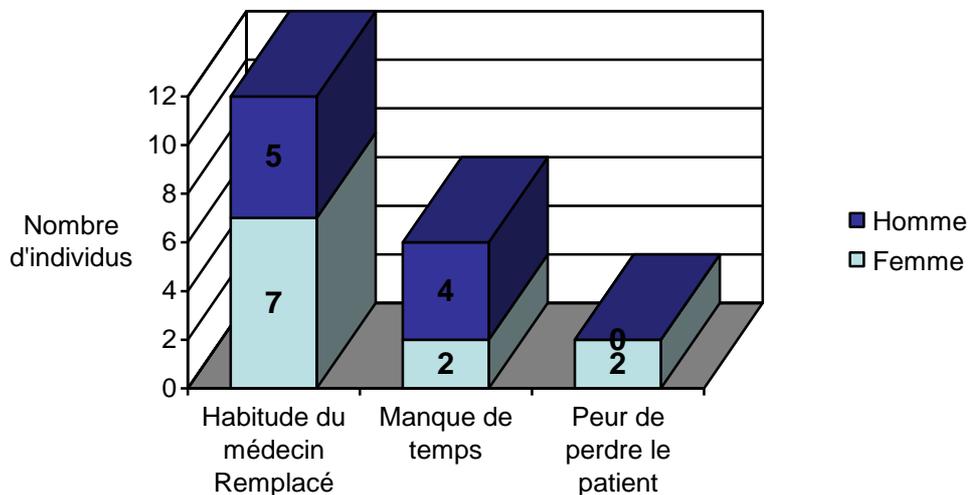
- Il faut absolument savoir gérer son temps de consultation pour poser un bon diagnostic, proposer un traitement et garder un bon contact avec le patient tout en ayant un temps à lui consacrer assez limité. Toujours très réticent pour proposer des arrêts de complaisance. Peut-être 2 en 2 ans et demi de remplacement. Plus souple pour les prescriptions de type doliprane en plus.
- Moins de temps pour toutes prescriptions de traitements "effet placebo" plus fréquentes, examens complémentaires plus fréquents car dossier souvent incomplet, accéder à la demande du patient dans un but anxiolytique.
- Difficulté à faire payer les patients, consultation pour suivi d'un traitement ou suivi de l'histoire naturelle de la maladie, perte de temps lors de l'encaissement pendant la consultation. Difficulté de remboursement par la sécu des consultations en TP concernant les arrêts de travail et certificat de complaisance, mon travail est de parler avec le patient de sa demande et peut être d'aller plus loin dans l'élaboration du patient face à ces revendications. Les entorses à l'éthique ? De ma propre éthique, de l'éthique convenue? L'éthique de la sécu ? Faire un arrêt de travail à une mère qui a son enfant malade et qui n'a pas de possibilité de garde dans son entourage pour l'emmener chez le médecin.
- Je n'ai pas modifié mon comportement vis-à-vis de tout ce qui ne se justifie pas. Un patient qui souhaite une consultation en urgence non

justifiée aura un DE. Un patient qui vient pour de l'administratif ne paiera pas.

- Je ne passe rarement plus de 20 min à consulter un patient.
- Chaque consultation peut, avec tact et mesure, "rapporter du chiffre d'affaires".
- Si on était payé au tarif horaire, on aurait moins de problème à envisager des consultations longues de type psy.
- J'ai du mal à refuser des séances de kiné (pour des lombalgies communes récentes par exemple) lorsque je m'aperçois en fin de consultation après un bon examen clinique que le patient ne vient que pour ça.
- Moins d'aisance pour refuser une prescription, moins de temps passé avec chaque patient.

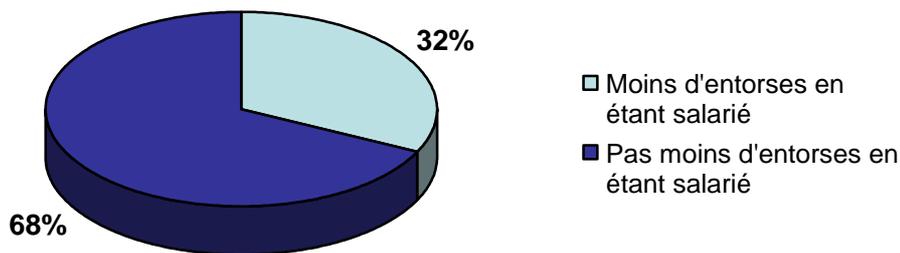
4.3 Si vous faites une entorse à l'éthique vous la faites

pour :



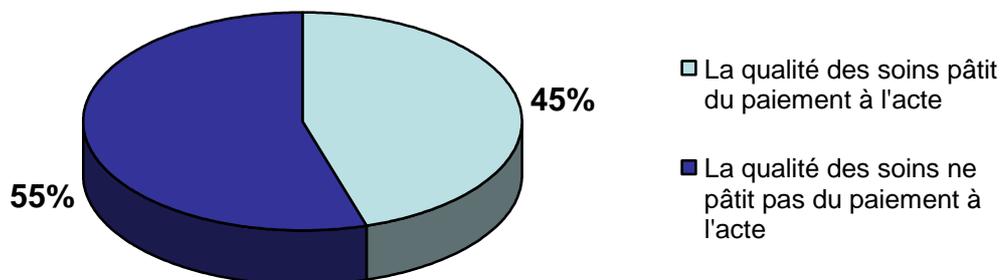
4.4 Feriez vous moins d'entorses à l'éthique si vous étiez salarié ?

10 personnes (6 hommes et 4 femmes) pensent qu'elles feraient moins d'entorses à l'éthique si elles étaient salariées.



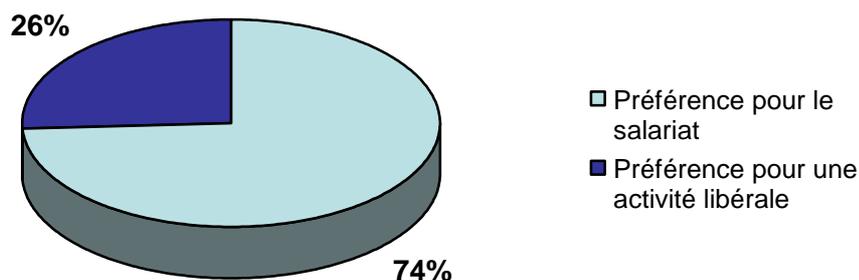
4.5 Pensez-vous que la qualité des soins pâtisse du paiement à l'acte ?

14 personnes (7 hommes et 7 femmes) pensent que la qualité des soins pâtit du paiement à l'acte.



4.6 A salaire égal et dans les mêmes conditions de travail, préféreriez-vous être salarié(é) ?

23 personnes (10 hommes et 13 femmes) préféreraient être salariées.



4.7 Commentaires libres :

Voici les 20 commentaires laissés en fin de questionnaire par les répondants :

- Davantage de sécurité d'emploi dans le salariat (à condition de travail et rémunération identiques...), mais difficile de trouver un poste en tant que salariée avec les mêmes revenus...
- J'ai depuis la fin de mon Internat, une place de remplaçant à SOS Médecin dans le 77. C'est un « poste » fixe malgré le fait d'être remplaçant. Quant à l'éthique, la plupart des médecins chez nous, dont moi, ne faisons pas d'entorses avec l'éthique. On est sûr de ne jamais manquer de patients chez SOS. 2-3 exemples ceci dit de médecins qui ne passent vraiment que quelques minutes avec chaque patient afin d'en voir plus... Bon courage pour la thèse.
- Pas de gestions des charges, ni formalités administratives compliquées.

- Aucune aide de la part du DMG pour aider les nouveaux diplômés qui sont lâchés dans la nature sans aucune expérience de gestion d'une entreprise libérale.
- Oui ! oui ! Oui !!!
- Le salariat, c'est plus simple. On reste très objectif, on fait ce que l'on veut, on est bien plus satisfait de ses prises en charge, on fait peu d'entorses à l'éthique.
- La qualité des soins ne pâtit pas du paiement à l'acte à mon avis car, pour fidéliser le patient, il faut être compétent! Je ne supporte pas le travail salarié car il pousse à travailler moins pour le même salaire, tandis que l'activité libérale me motive. Je n'aimais pas voir ma salle d'attente pleine à l'hôpital, j'aime la voir pleine en libéral !
- Pour les avantages sociaux: arrêts maladie et grossesse, et pour ne pas avoir à faire de comptabilité, pour faciliter les déclarations d'impôts...
- Remplacer en libéral n'est pas facile tous les jours, mais je ne pense pas passer en salarié un jour.
- Non, car dépendant d'une administration oui, car pas de comptabilité.
- Il m'est très difficile de passer d'une activité salariée (interne) à une activité libérale, j'ai l'impression d'avoir vendu mon âme. Je remplace des médecins qui ont de gros cabinets et de très mauvaises pratiques mais malheureusement ceci permet de faire « bouillir la marmite ». Je considère que le paiement à l'acte incite à voir le plus de patients possible et donc à faire de l'abattage dans certains cabinets. Il m'arrive parfois de

‘gagner’ autant en une journée de week-end en zone franche pour faire des ordonnances de Paracétamol que pendant deux semaines de travail appliqué dans un bon cabinet. Par ailleurs, je suis outré de l’abus de certains médecins (malheureusement il ne s’agit pas que d’une brebis galeuse) font avec les bénéficiaires de la CMU (multiplication des actes sans consultation etc...) Nous devons repenser la médecine générale et la délivrer du joug de l’argent qui corrompt la relation médecin - malade.

- Concernant les obligations administratives, il serait plus avantageux d’être salarié.
- Oui, car moins de charges et congés payés pour les salariés. Meilleures protections.
- Le paiement à l’acte sous entend parfois pour le patient une relation « commerciale » qui peut nuire à la qualité des soins, mais cette relation concerne souvent les mêmes patients, qui ne nuisent donc finalement qu’à eux mêmes...le facteur temps joue évidemment en défaveur des soins, une consultation étant toujours moins complète quand la salle d’attente déborde ! On se contente de répondre à la demande du malade, qui ne l’est pas toujours (malade), et la prévention, la relation médecin - malade, etc...tout ce qui fait apprécier l’exercice libéral se retrouve vite au second plan...bon courage.
- Moins de paperasserie URSSAF, CPAM, déclaration d’impôt, pas de compta, avantages des congés payés, jours enfant malade, indemnité journalière en cas d’arrêt de travail, treizième mois, horaire fixe.

- Je fais beaucoup d'actes gratuits, souvent(99% des cas) de mon propre chef, ce dans des cas bien précis et j'estime que c'est normal, mais je me demande quelle légitime rémunération pour une consultation au cours de laquelle plus de 3 actes sont demandés (ex: examen gynéco+extraction bouchons cérumen+ renouvellement d'ordonnance + plaintes somatiques diverses!), qui dure 40-45 minutes, désorganise les rendez-vous et pour 1 C = 22euros, sans tomber dans l'extrême du MG d'une amie qui lui a demandé 2 fois 22 euros pour une consultation de 15min pour RO et 1ère crise migraineuse...
- Aucun.
- L'activité payée à l'acte conditionne souvent l'énergie qu'on donne à consulter un patient, on aura d'avantage envie de passer 2 fois 15min avec le patient avec une semaine d'intervalle entre 2 consultations plutôt que 30 min une fois Il faudrait adapter la C au motif de consultation C1, C2, C3... selon la nature de l'acte (psychiatrique, médecine générale courante, discours information prévention éducation...).
- Libéral = liberté de mouvements salarié = sérénité financière.
- Si être salarié permet d'éviter les contraintes administratives, de gestion et comptables: oui, si cela devait modifier le mode d'exercice (choix des périodes travaillées, temps de consultation réduits en centre de soins): non...bon courage pour ta thèse.

IV. DISCUSSION

Discussion

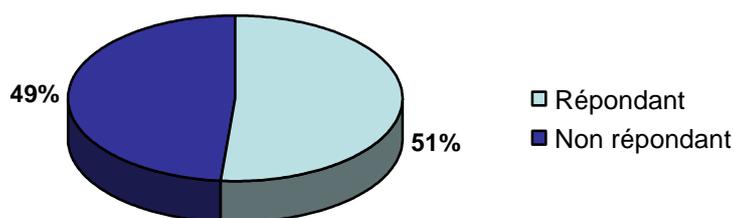
1. Généralités :

1.1 Force de l'étude :

L'étude a pour originalité de s'intéresser à l'ensemble des difficultés éprouvées par les remplaçants en abordant également les problèmes éthiques. Les thèses précédentes de Bouché (11), de Descouturelle (12), et de Jean (13) traitant du sujet du remplacement n'avaient pas considéré cette problématique. Notre travail tente d'aborder en particulier le problème sous l'angle du ressenti des remplaçants entre leur activité salariée récente d'interne et leur nouvelle activité libérale.

1.2 Faiblesse de l'étude :

La principale faiblesse de l'étude porte sur le nombre restreint de répondants (37). Le taux de répondant est de 51% après un premier envoi et 2 rappels.



Ce taux de réponses est habituel pour ce genre d'enquêtes (travail de thèse). Le moyen original d'accéder aux enquêtés; à savoir, par un mail émanant de leur propre service de scolarité, n'a pas augmenté la participation si l'on compare avec les résultats obtenus par nos confrères dont les thèses sont ici citées et qui ont joint les enquêtés par courrier.

Ce travail mériterait d'être mené à plus grande échelle pour tirer des conclusions plus générales. Celles-ci pourraient intéresser les décideurs politiques qui cherchent des solutions visant à gérer la répartition de l'offre de soins sur le territoire national. Elles seraient susceptibles également d'entraîner quelques modifications dans l'enseignement de la médecine générale.

2. Analyse des données personnelles des répondants

2.1 Sexe des répondants :

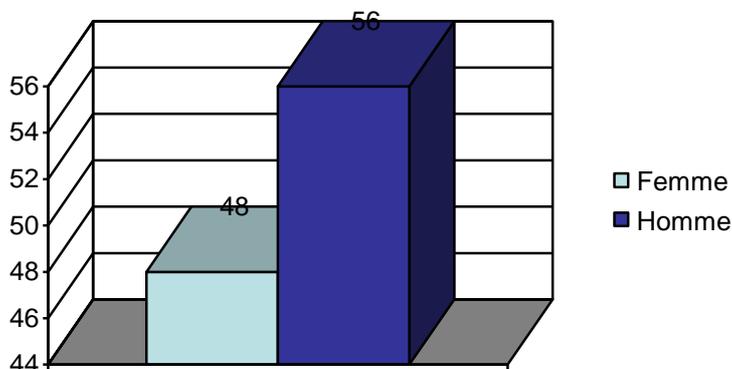
Parmi la population interrogée, 57% (42/74) étaient des femmes. Parmi les répondants, il y a 53% (20/38) de femmes.

Cette légère supériorité numérique des femmes s'explique par le fait qu'elles soient plus nombreuses dans les promotions actuelles. En effet, le questionnaire a été envoyé aux étudiants ayant passé l'ENC en 2004 où 57% des inscrits étaient des femmes selon Billaut (4).

Les perspectives démographiques vont dans le sens de ce résultat, puisque si « seulement » 39% des médecins sont des femmes en 2006, elles seront aussi nombreuses que les hommes dès 2022 selon Attal-Toubert (1). Il est prévu qu'en

2030, 53,8% des généralistes soient des femmes.

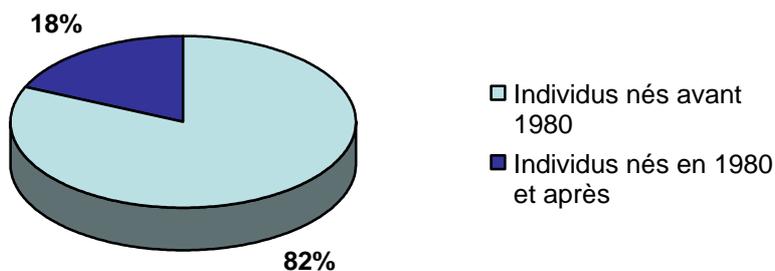
Pourcentage de répondants selon le sexe



Les hommes ont « mieux » répondu (56% des hommes interrogés) que les femmes (48%). Le temps de travail (professionnel) n'influence pas péjorativement la participation à l'étude; en effet nous verrons par la suite que les hommes travaillent en moyenne plus que les femmes.

2.2 Age des répondants :

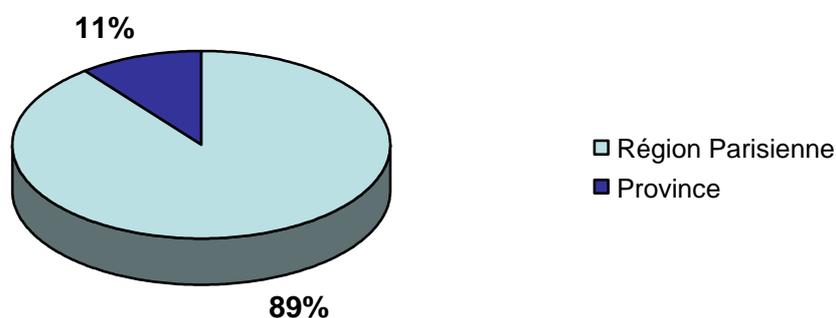
Sans redoublement, l'année de naissance théorique des personnes interrogées est 1980.



On constate que, pour l'immense majorité des répondants, les études ont été plus longues qu'en théorie. Leur année de naissance moyenne est 1978, ce qui donne un âge de 25 ans en début de troisième cycle. Dans les statistiques nationales (3), la moyenne d'âge de l'ensemble des étudiants est de 19,1 ans en PCEM1 et de 25,1 ans en début de troisième cycle. Ainsi, si les études sont plus longues que dans la théorie; notre échantillon ne diffère pas du reste des étudiants en médecine en France.

2.3 Lieu de résidence et de travail des répondants :

Lieu de résidence des répondants



La majorité des répondants vit en région parisienne; les étudiants n'ont donc pas été contraints à quitter leur région d'origine, contrairement à 50% des étudiants passant l'ENC en 2009 pour poursuivre leur internat.

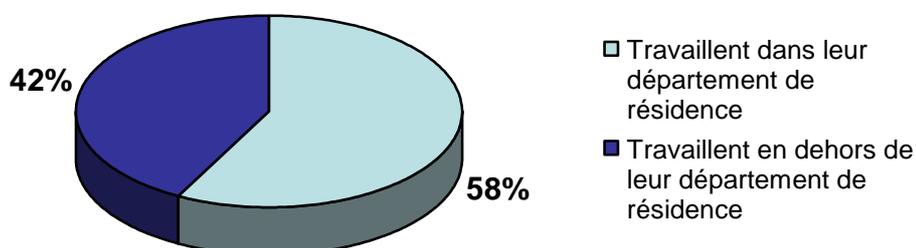
Ceci s'explique par deux facteurs:

- Pour l'année 2004, une dérogation permettait aux étudiants inscrits de réaliser leur internat de médecine générale dans leur subdivision

d'origine, quel que soit leur rang au concours (article 55 du décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 alinéa IV).

- La médecine générale exerce une faible attractivité si l'on se réfère à l'ordre de préférence des étudiants lors du choix de la spécialité d'après Vanderschelden (5).

Lieu de travail des répondants



La grande proportion de personnes travaillant en dehors de son département de domicile s'explique par le fait que les répondants vivant en région parisienne travaillent souvent dans un département voisin. Si l'on considère uniquement les provinciaux, tous travaillent dans leur département de résidence.

On remarque donc que les répondants à l'étude sont peu mobiles: ils n'ont pas quitté leur lieu de formation et travaillent près de leur lieu de résidence. Ce constat se retrouvait également dans la thèse de C.Vartanian (67).

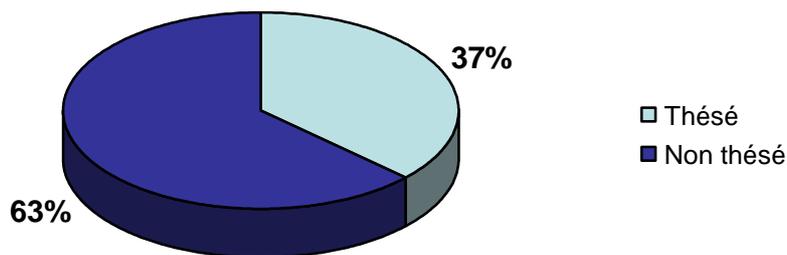
2.4 Mode d'exercice des répondants :

39% des répondants déclarent avoir une activité salariée. Ce résultat se rapproche des statistiques nationales (9), où 44% des jeunes généralistes débutent leur carrière à l'hôpital. En revanche, seul 16% ont une activité purement salariée. Une seule personne est installée en cabinet libéral (on dénombre une activité libérale sans remplacement).

2.5 Année de thèse des répondants :

Les dernières réponses au questionnaire ont été enregistrées le 31/12/2009. Un nombre important de répondants n'avait pas encore soutenu sa thèse au moment du questionnaire.

Thèse au moment du questionnaire



Ce pourcentage particulièrement élevé est inquiétant car les étudiants n'ayant pas soutenu leur thèse 3 ans après leur fin d'internat se verront dans l'interdiction d'exercer même en remplacement. En effet, le conseil de l'ordre délivre une licence de remplacement uniquement sur une durée de 3 ans sans

thèse. Ainsi, 63% des répondants doivent valider leur thèse sous 10 mois pour pouvoir continuer à exercer la médecine.

Dans la thèse de C.Vartanian (67), le délai entre le TCEM 1 et la soutenance était de 4 ans et 5 mois pour des étudiants de Xavier Bichat ayant soutenu leur thèse entre 1995 et 1998. Dans notre étude, ce délai apparaît plus long (au moins 6 ans) pour la majorité des répondants. Cet allongement du délai entre l'entrée en TCEM1 et la soutenance est probablement dû à la réforme de l'internat (1).

En effet, cette réforme s'est accompagnée d'une surcharge de travail pour les étudiants puisqu'ils doivent valider le DES au moyen d'un port folio (contenant un enseignement obligatoire, des traces d'apprentissage..) ou d'un mémoire.

Il est évident que ce chiffre particulièrement élevé ne relève pas de quelques étudiants dilettantes mais bien d'une réelle difficulté à conjuguer les obligations de l'internat (c'est-à-dire le travail hospitalier, les gardes), et le travail universitaire qui comprend les cours et toutes les formalités obligatoires du DES.

50% des personnes ayant soutenu leur thèse sont déjà installées et n'effectuent plus de remplacements. Il paraît donc évident que la non-obtention de la thèse est un frein à l'installation.

(1) La réforme a été engagée avec la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (article 60 et 63) et définie par le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

77% des répondants faisant des remplacements n'ont pas soutenu leur thèse.

Ce délai important pour la réalisation de la thèse nous a donné envie de connaître la situation dans les autres facultés de France afin de savoir si cette situation était générale ou propre à notre Faculté. Nous avons contacté par téléphone puis par mail toutes les facultés de médecine en France. Nous fournissons ci-après les données que nous avons reçues des services de scolarité dans leur intégralité ; les autres services de scolarité ne nous ont pas donné de réponses.

Sur l'ensemble des étudiants inscrits à Paris 7 en TCEM1 en 2004, le service de scolarité nous a fourni les chiffres suivants :

Avant 2010: 69% ont soutenu leur DES et 46% ont soutenu leur thèse (37% parmi les répondants à l'étude).

Dans la faculté de Montpellier, 90% ont soutenu le DES. 67% leur thèse.

A Toulouse, 91% ont soutenu leur DES et 73% leur thèse.

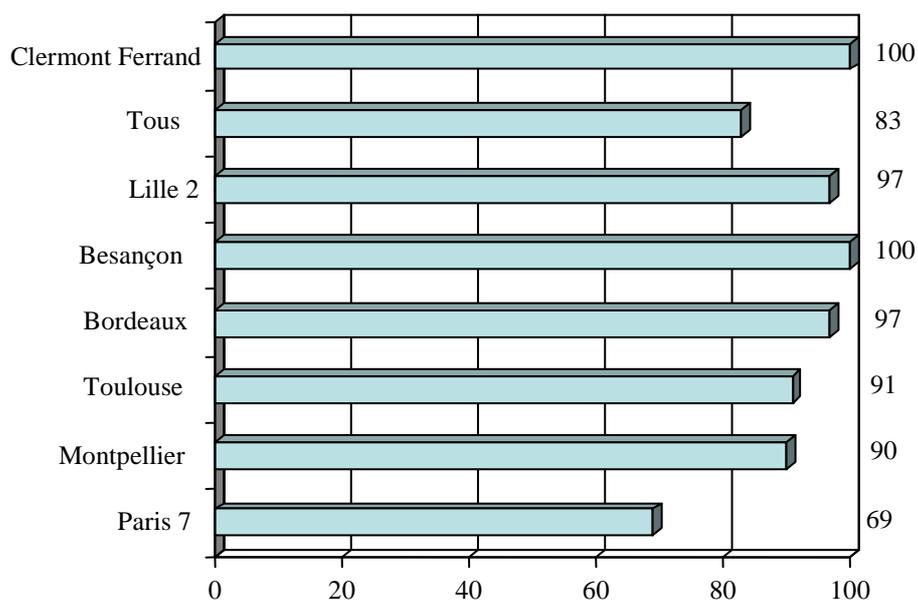
A Bordeaux, 97% leur DES et 63% ont soutenu leur thèse.

A Besançon, 100% leur DES et 65% leur thèse.

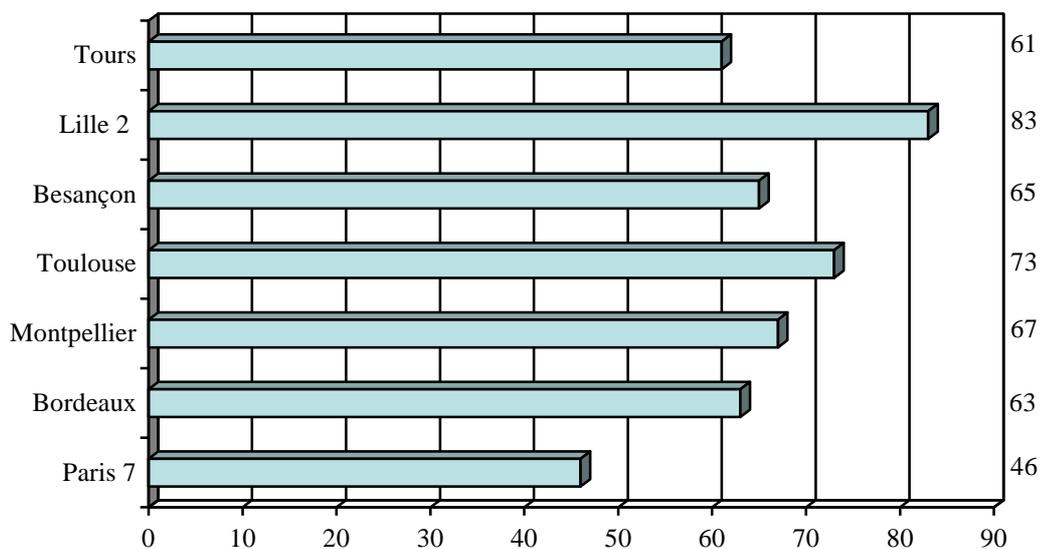
A Lille 2, 97% leur DES, 83% leur thèse.

A Tours, 83% leur DES et 61% leur thèse.

Pourcentage d'étudiants ayant validé leur DES avant 2010



Pourcentage d'étudiants à avoir soutenu leur thèse avant 2010



Il apparaît donc que les étudiants de Paris 7 sont en retard par rapport à toutes les autres facultés qui ont bien voulu nous répondre. Est-ce parce que la Faculté Paris 7 est plus exigeante ?

3. Analyse des résultats pour les questions

administratives et comptables :

Dans notre étude, près de 2 remplaçants sur 3 déclarent avoir des difficultés avec la comptabilité et les formalités administratives. Les généralistes ont entre 4,5 et 6,5 heures de travail administratif par semaine selon Le Fur (10). De plus, Bournot (31) déclare que près de 9 généralistes sur 10 considèrent que leur charge administrative a augmenté depuis la mise en place de la réforme relative au médecin traitant.

Nous constatons donc que c'est une partie importante du travail de médecin, qui est peu abordée lors des enseignements et qui pose des problèmes aux remplaçants.

3.1 Le contrat de remplacement :

La signature d'un contrat de remplacement est obligatoire. En effet, un remplacement n'est légal qu'après avoir reçu une autorisation de remplacement qui est délivrée par le préfet sur avis du président du conseil départemental de l'ordre des médecins. La pratique d'un remplacement de médecin par un étudiant en médecine sans autorisation préfectorale constitue un délit d'exercice illégal de la médecine (art. L. 4161-1 du Code de la santé publique). Le médecin et/ou l'établissement qui a suscité ce remplacement peut être considéré comme complice de l'exercice illégal. Il est à ce titre susceptible d'être poursuivi, ainsi

que son remplaçant, devant un tribunal correctionnel, et passible d'une amende de 15 000 € et d'un emprisonnement d'1 an, ou de l'une de ces 2 peines seulement (art. L. 4161-5 du Code de la santé publique).

Dans notre étude, près d'un répondant sur 2 ne fait pas de contrat de remplacement systématiquement. Dans la thèse de P.Bouché (11), seul 5% des personnes avaient réalisé un contrat pour leur premier remplacement. Nous pensons que cette absence de contrat ne provient que de l'ignorance de la loi. La population française devenant de plus en plus procédurière; il nous paraît très important de sensibiliser les futurs remplaçants à ce problème.

Le conseil national de l'ordre des médecins que nous avons joint à ce sujet ne dispose pas de données sur la proportion de remplacement hors contrat.

3.2 Les différentes taxes (impôts, Carmf, Urssaf, taxe professionnelle, AGA) :

Audric (19) explique que les charges des médecins sont composées pour leur plus grande partie des cotisations sociales personnelles, des frais de personnel, des loyers, des travaux, fournitures et services extérieurs, des frais de gestion, des frais de déplacement, des impôts et taxes sur l'activité.

42% des répondants déclarent avoir des difficultés à remplir leur déclaration d'impôts. L'analyse qualitative des réponses à la question ouverte visant à connaître la nature de ces difficultés a montré que les remplaçants se

plaignent d'une incompréhension et d'un sentiment de solitude face à la complexité de la déclaration des revenus. Ils insistent en particulier sur le problème de la déduction des frais.

2 éléments fiscaux importants sont souvent ignorés des « débutants » en médecine libérale, et des cabinets de comptabilité généralistes.

Tout d'abord, 1/3 des répondants n'est pas affilié à une association de gestion agréée (AGA). À défaut d'avoir été adhérent d'une AGA au titre de l'année N-1 et dans le cadre d'une déclaration contrôlée (recettes annuelles > 32 000€), le revenu libéral imposable, soit le bénéfice non commercial (BNC) sera multiplié par 1,25 par l'administration fiscale selon Lamperti (71). Ce BNC servant de référence de calcul à l'impôt final, le montant en sera donc majoré. Il n'est pas ici question de chercher à frauder, mais simplement de chercher à s'acquitter du règlement du montant d'impôts prévu par la loi et pas plus.

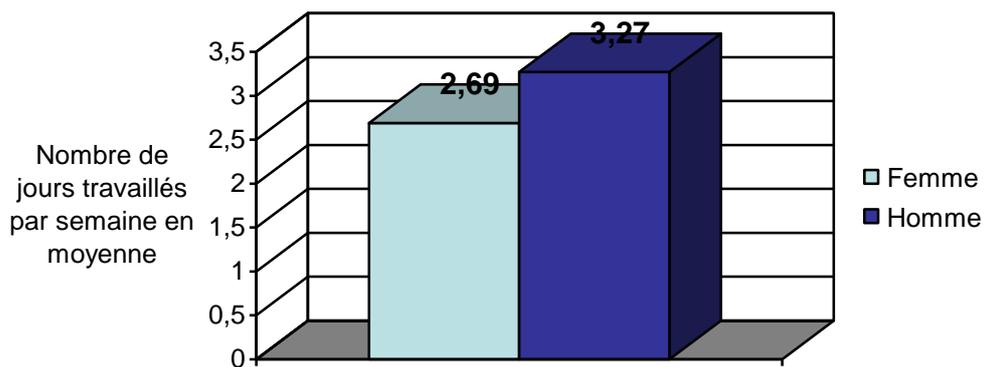
Ensuite, l'organisme de conseil « Média Santé » (71) parle du paradis fiscal du jeune remplaçant s'il utilise le régime Micro-BNC. En effet, le taux de charge pour le même chiffre d'affaire peut varier de 9% à 28% selon le régime de déclaration choisi (72) Si le remplaçant enregistre un BNC inférieur à 32 000€ lors de la 1ère année d'exercice (ce qui est probable puisque la 1ère année après l'internat ne compte que les mois de novembre et décembre), ce dernier peut bénéficier du régime Micro-BNC, qui permet un abattement de 30% sur le montant de son BNC. Le montant de son impôt final sera donc moindre. De plus, ayant déclaré ses revenus la première année en micro-BNC, il peut

bénéficiaire de 2 années supplémentaires de dépassement des 32 000€ en régime micro-BNC et de profiter ainsi de l'abattement. Cette dérogation est très peu connue des comptables et des salariés de l'administration fiscale eux-mêmes, mais également très peu communiquée auprès des professionnels de la santé. La plupart d'entre eux déclare ainsi leurs revenus en régime de déclaration contrôlée dès le dépassement des 32 000€ de BNC, ce qui ne permet pas d'abattement, mais qui produit au contraire une majoration de 25% en cas d'absence d'adhésion à une AGA. Cette méconnaissance a, au final, des conséquences financières importantes.

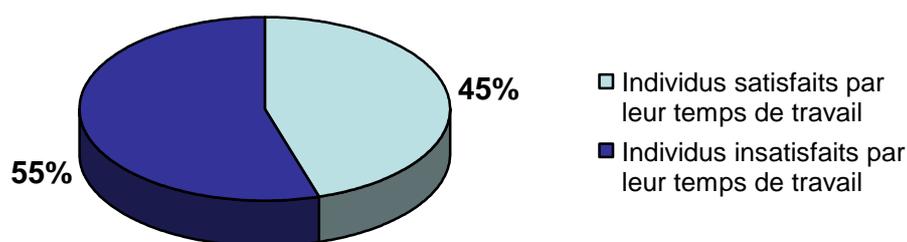
En général, les jeunes remplaçants n'ont pas de grosses réserves d'argent après l'internat et ce moment de la vie correspond souvent à la construction du foyer engendrant de nouvelles dépenses (accueil des premiers enfants par exemple). C'est évidemment par manque d'information que tous ces remplaçants paient plus d'impôts qu'ils ne le devraient.

3.3 Le temps de travail des remplaçants :

Une journée moyenne est de 10 heures de travail. Dans notre étude, les remplaçants travaillent en moyenne 29 heures par semaine (27 pour les femmes et 33 pour les hommes).



Ce temps de travail est très nettement inférieur à la durée moyenne de travail d'un généraliste en France - entre 55 et 59 heures par semaine selon Aulagnier (20). En revanche, au niveau national, nous retrouvons la tendance constatée ici, les femmes travaillent moins que les hommes: 6 heures de moins par semaine selon Niel (14).

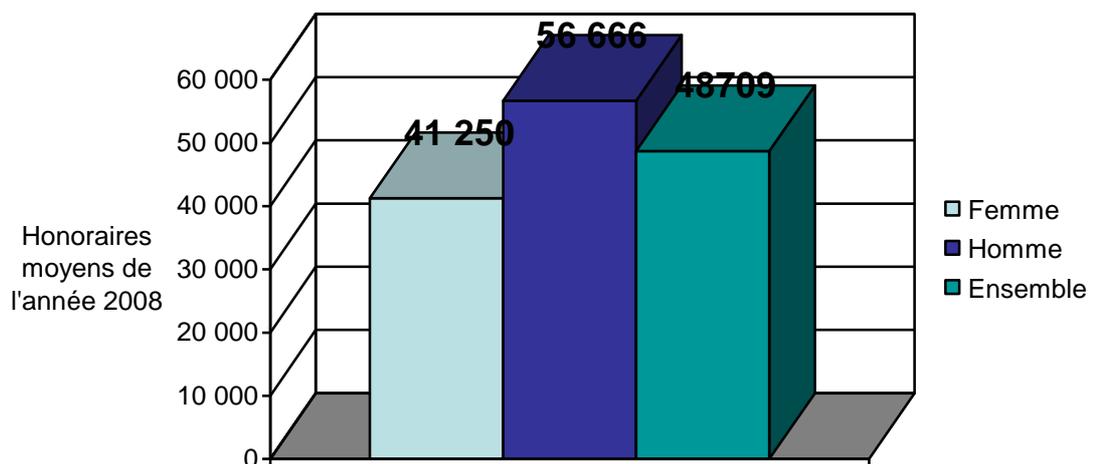


Plus de la moitié des répondants aimerait travailler plus, principalement ceux qui ne travaillent que 20 ou 30 heures par semaine. Les hommes aimeraient travailler 40 heures par semaine (contre 33 réellement travaillées lors de l'étude), les femmes 32 heures (contre 27).

Cependant, à la question sur la difficulté à trouver des remplacements, seul 13% répondent par l'affirmative. Nous en déduisons qu'une majorité travaille trop peu à leur goût, elle pourrait travailler plus mais ne le fait pas. La raison peut résider dans les obligations universitaires qui empêchent les étudiants d'effectuer des remplacements (rédaction d'une thèse, validation du DES). Notons que, pour l'ensemble des médecins au niveau national (20), c'est la volonté inverse: un praticien sur 2 se déclare désireux de réduire sa durée de travail hebdomadaire, d'un volume de 12 heures environ.

3.4 Les revenus des remplaçants :

Les honoraires annuels moyens (équivalent d'un chiffre d'affaire brut) sont de 48 709 € en moyenne avec une différence marquée selon le sexe.



Dans notre étude, les femmes ont des honoraires inférieurs de 28% à ceux des hommes. Ce niveau est proche des chiffres nationaux - 35% en 2004 d'après

Samson (16). Cette différence s'explique principalement par le temps de travail (et donc le nombre d'actes) plus élevé des hommes.

Pour l'ensemble des omnipraticiens, la moyenne des honoraires bruts pour l'année 2004 était de 120 188€ (16).

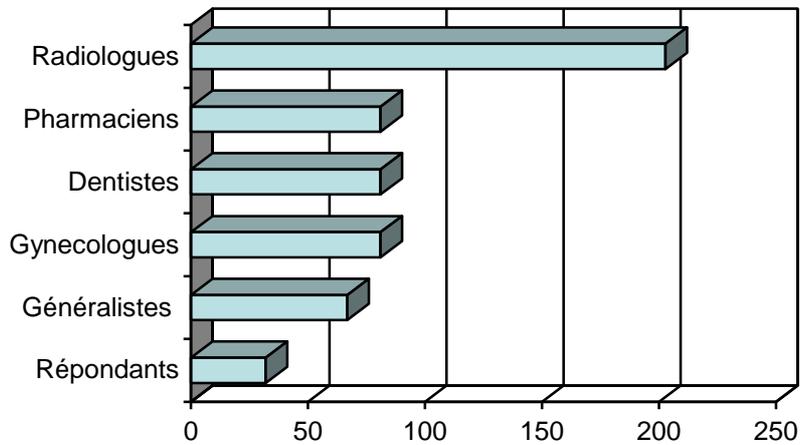
Nous avons fait une estimation du revenu net qui découle de notre étude afin de pouvoir le comparer aux données nationales disponibles. Cette estimation est faite pour un célibataire n'ayant pas soutenu sa thèse (donc exempté de CARMF) sans enfant né en 1978 utilisant le régime de la déclaration contrôle avec AGA. Le revenu net ainsi calculé est de 32 000€.

En 2007, le revenu moyen net des omnipraticiens, c'est-à-dire, les honoraires dont on a déduit les charges professionnelles et leurs cotisations sociales (46%) était de 66 800€ d'après Fréchou (24). Par conséquent, l'écart des revenus des jeunes remplaçants par rapport à l'ensemble des médecins généralistes en France est très important.

Si l'on compare ces revenus aux spécialistes (en 2007), l'écart est encore plus conséquent: les radiologues ont en moyenne un revenu net de 202 800 €, les cardiologues de 108 600 €, et les gynécologues de 81 000 €.

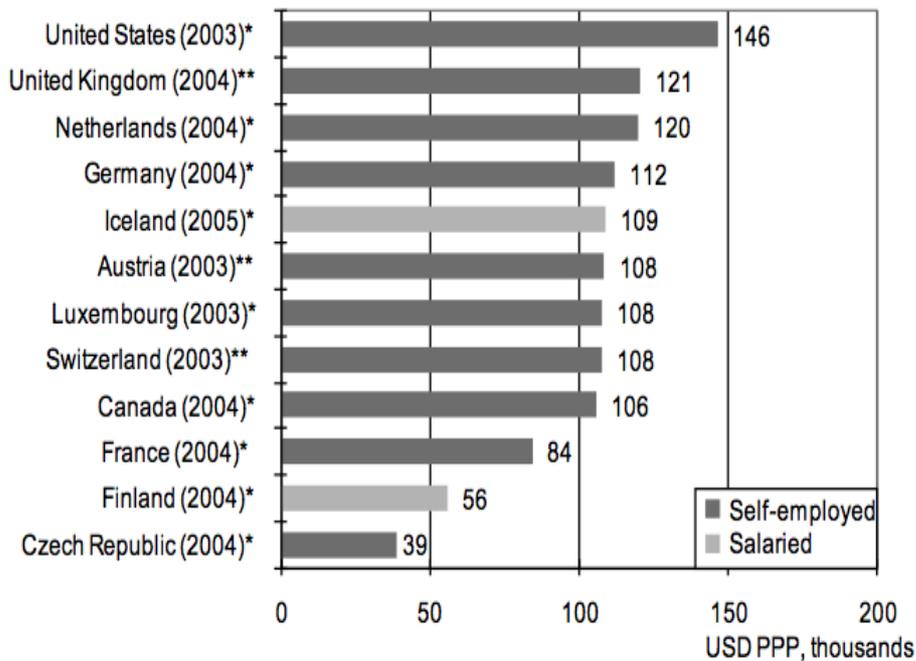
Si l'on compare ces revenus avec d'autres professions de santé, les chirurgiens dentiste et les pharmaciens en 2007 enregistrent plus de 81 000 € de revenus annuels nets.

Comparaison de revenus entre professions libérales



Enfin, si l'on compare les revenus des médecins généralistes avec d'autres pays développés, la France se situe dans le bas du tableau...

Figure 1. Remuneration of GPs in USD PPP, selected OECD countries, 2004 (or closest year available)



Source OCDE (The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD Countries : what are the factors influencing variations across countries ? OECD Health working Paper; 41 Paris : OCDE 2008/12).

Bien que leurs revenus soient les plus faibles par rapport aux autres professions et pays équivalents, l'immense majorité des répondants (87%) se déclarent satisfaits de leur rémunération. Dans la thèse de P. Bouché (11), ils étaient 83% à se déclarer satisfaits par la rémunération du premier remplacement. En revanche, 45% des répondants déplorent d'avoir à attendre leur rétrocession.

Cette satisfaction peut s'expliquer par le fait que leurs revenus (même très modestes comparés à leurs confrères) sont proches du double de leurs précédents salaires d'internes. Leur niveau de vie a fait un bond qu'ils ne connaîtront plus ensuite car l'évolution des revenus sera progressive.

4. Analyse des résultats pour les difficultés

médicales :

4.1 La dermatologie :

Nous avons été surpris de constater que plus de 50% des répondants avouaient que le domaine où ils éprouvaient le plus de difficultés diagnostiques était la dermatologie. Pourtant, un problème dermatologique ne représente que 2,5% des motifs de consultation en médecine générale d'après Labarthe (34).

Ce résultat est probablement la conséquence de l'existence d'un grand polymorphisme des lésions cutanées et que, pour ces diagnostics, l'expérience est décisive. Dans la thèse de P.Bouché (11) (pourtant d'une autre époque et

d'une autre Faculté), la dermatologie était déjà la spécialité où dominaient « de façon écrasante les erreurs de diagnostic ».

Cette difficulté est largement majoritaire alors que notre Faculté a mis à notre disposition un test de photographie en ligne pour s'exercer : <http://www.bichat-larib.com/peau/peau.test.php>, dont l'usage est recommandé par d'autres Facultés (Tours par exemple).

Par ailleurs, la Faculté de Paris 7 possède 3 services de dermatologie ouverts aux externes (2 à l'hôpital Saint Louis et 1 à l'hôpital Bichat) sur les 5 services de dermatologie adulte que compte Paris.

On aurait pu s'attendre à ce que la pédiatrie (ou un semestre d'internat n'est pas obligatoire) pose plus de problèmes en raison de la fréquence importante des consultations pédiatriques. En effet, Labarthe (34) déclare que 20% des patients des médecins âgés de 30 à 39 ans ont entre 0 et 12 ans. De plus, Franc (27) précise que les enfants de moins de 16 ans représentent 13% des consultations des médecins généralistes.

Pourtant, la pédiatrie n'est jamais citée comme posant des difficultés diagnostiques.

La première explication demeure dans la formation en pédiatrie, qui est probablement meilleure. La plupart des étudiants ont, en effet, fait un ou plusieurs stages de pédiatrie, ce qui nous est fortement recommandé au cours de notre cursus. La formation en pédiatrie est aussi forcément revue pendant le stage chez le praticien (du fait même de sa fréquence).

La seconde explication réside dans le fait que 70% des consultations de pédiatrie (en médecine générale) relèvent de la prévention (vaccination) et de l'affection des voies respiratoires hautes a priori bénignes d'après Franc (27).

4.2 Les modes d'exercices particuliers :

Aulagnier (20) constate que 20% environ des omnipraticiens ont un mode d'exercice particulier (MEP) comme l'homéopathie (38% des MEP), la mésothérapie (27% des MEP), l'acupuncture (21% des MEP) ou l'ostéopathie (18% des MEP). Pour autant, les remplaçants ne se plaignent pas d'un déficit d'enseignement à la Faculté sur ces modes d'exercice, aucun des répondants ne rapportant avoir eu des difficultés avec ces pratiques. Il est à noter qu'un seul répondant réclame une formation en phytothérapie dans les commentaires.

Ce cas peut être expliqué par 3 facteurs : soit les étudiants se sont formés (ce qui est peu probable au vu du retard dans leur formation universitaire), soit ils ne remplacent pas ces médecins, soit, plus vraisemblablement, ils n'éprouvent pas de difficultés à dire au patient qu'ils n'exercent « que » de façon traditionnelle.

4.3 Les connaissances au terme de l'internat :

2/3 des répondants estiment leurs connaissances insuffisantes au terme de leur internat. Cette majorité est plutôt rassurante. En effet, il serait bien présomptueux de penser tout connaître de la médecine générale avant de s'y être

vraiment confronté. L'analyse qualitative des réponses à la question ouverte concernant les compétences nécessaires non enseignées à la Faculté fait ressortir 3 grands thèmes, qui sont par ordre de fréquence :

1/ Le manque de formation spécifique à la médecine générale : « les petites pathologies, les traitements symptomatiques... » .

Ce thème a suscité des critiques de la part des répondants. En effet, nombres de reproches sont formulés à l'encontre d'une formation trop orientée vers les spécialités et les questions d'internat.

2/ Le manque de formation aidant à faire face aux contraintes administratives (Urssaf, impôts...).

3/Le manque de formation sur la relation médecin - malade.

5. La modification des comportements liée au paiement à l'acte :

Entre 1/3 et la moitié des répondants estiment que le paiement à l'acte engendre des entorses à l'éthique. En effet, 55% admettent que leur comportement est modifié par le paiement à l'acte, 32% estiment qu'ils feraient moins d'entorses en étant salarié, 45% pensent que la qualité des soins pâtit du paiement à l'acte.

Les effets pervers du paiement à l'acte sont facilement identifiables : plus le médecin fait de consultations, plus son salaire augmente, et par conséquent sa satisfaction. « Un médecin effectuant plus de 120 actes par semaine a une

opinion nettement plus favorable de son activité professionnelle qu'un médecin réalisant moins de 80 actes par semaine » déclare Aulagnier (20). Cette idée est bien illustrée par ce commentaire qu'un répondant a laissé en toute franchise: « je n'aimais pas voir ma salle d'attente pleine à l'hôpital, j'aime la voir pleine en libéral ! ». Cette recherche du profit, exposée par Rimbart (55), dont on voit les dérives avec le refus par certains praticiens de recevoir les bénéficiaires de la CMU nous paraît incompatible avec une démarche éthique.

Un médecin, qui souhaite faire le plus grand nombre d'actes, est incité à fidéliser la « clientèle » c'est-à-dire à ne pas la décevoir.

5.1 Les explications aux entorses à l'éthique :

Comment expliquer ces entorses à l'éthique ? Nous avons fourni 3 suggestions d'après les réponses au pré-test que nous avons reçues.

1/ Plus de la moitié des répondants admettant faire des entorses à l'éthique imputent ces entorses aux pratiques du médecin remplacé. Ils se sentent obligés de faire comme lui. A cela on peut trouver plusieurs explications : soit ils ne veulent pas désavouer les pratiques du confrère remplacé, soit ils ont peur d'un mauvais retour des patients à ce confrère remplacé et ainsi ne plus être rappelé par ce médecin. Les remplaçants doivent aussi « fidéliser » leur clientèle de médecins à remplacer. Il faut pourtant que le remplaçant ait bien à l'esprit que seules ses responsabilités civiles et pénales sont engagées et qu'il n'y a pas de lien de subordination entre le remplaçant et le remplacé (indépendance

confirmée par le Code du travail, article L. 120-3 résultant de la loi du 11 février 1994 - loi Madelin).

2/ On aurait pu penser que la durée limitée d'une consultation libérale - 15 min en cabinet - d'après Breuil-Grenier (36) soit une explication à la modification de comportement. En effet, les consultations dans les services hospitaliers de médecine où exercent les internes, peuvent être plus longues ou faire l'objet d'un examen clinique à plusieurs. Cet argument de temps est très peu choisi parmi les 3 suggestions; en revanche, il est abondamment développé dans les réponses à la question ouverte sur les modifications de comportement.

3/ Enfin, une petite proportion reconnaît que ces entorses sont directement liées au fait de vouloir « fidéliser » le patient.

5.2 La nature des entorses à l'éthique :

L'analyse qualitative des réponses à la question ouverte sur le changement de comportement induit par le paiement à l'acte permet d'isoler 3 thèmes, qui sont par ordre de fréquence:

1/ Le premier thème concerne le problème du paiement lui-même. Nous constatons que certains répondants sont incités à faire revenir des patients plus que nécessaire et par exemple, à faire des dépassements d'honoraire. Ils insistent particulièrement sur le fait que ce rapport « commercial » les freine dans le refus qu'ils voudraient opposer à des demandes injustifiées.

2/ Le deuxième thème traite du manque de temps qui entraîne des prescriptions de placebos, d'examens complémentaires ou de traitements non justifiés (comme des séances de kinésithérapie).

3/ Enfin, le troisième thème, avec seulement 2 occurrences, met en exergue le mimétisme avec le médecin remplacé, qui vise à ne pas le discréditer.

Les jeunes remplaçants ne sont pas préparés à bon nombre de demandes qui seront faites lors des remplacements. Voici quelques exemples de ces demandes (dont la majeure partie vient des réponses au pré-test) :

- Certificats médicaux pour annulation de voyage.
- Arrêts de travail.
- Prescriptions des traitements sur le nom d'un bénéficiaire de la CMU pour une personne non assurée.
- Prescriptions de traitements ou soins n'ayant pas de justifications médicales (crème hydratante, kinésithérapie...).

Les répondants reconnaissent qu'il est plus difficile de refuser une demande injustifiée en raison du caractère commercial de la médecine libérale. Selon nous, le fait d'être préparé à ces demandes permettrait d'en refuser certaines à l'aide d'une bonne argumentation et permettrait ainsi de préserver la confiance nécessaire à la relation médecin - malade. Dans les réponses ouvertes sur la question de la formation à la Faculté, certains reprochaient aux enseignants de trop parler de leur expérience; mais c'est probablement lors de

ces moments que l'on peut saisir la chance de se préparer aux difficultés réelles de la pratique en médecine libérale.

Les répondants se plaignent également du manque de temps, nous pensons qu'il s'agit là d'un manque d'expérience. En effet, les médecins installés qui disposent du même temps de consultation ne rapportent pas ce genre de difficultés. La gestion du temps de consultation en ville s'apprend. Par ailleurs, les patients eux-mêmes sont satisfaits par le temps de consultation chez leur médecin traitant : Collet (30) souligne que 96% jugent la durée de la séance adaptée. Il se peut également que le remplaçant dont le travail ne s'inscrit pas dans le long terme cherche à régler tous les problèmes du patient en une consultation alors que le médecin installé a le loisir de hiérarchiser les problèmes et de les traiter en plusieurs consultations.

5.3 Les commentaires :

L'analyse qualitative des commentaires nous a permis de relever 3 grands thèmes :

1/ Un thème concerne les avantages du salariat et ceux de l'activité libérale. Parmi les avantages du salariat, beaucoup soulignent la sécurité de l'emploi, les avantages en cas de maladies et grossesses, la simplicité comptable et fiscale. La presse grand public s'est fait écho dernièrement (70) d'une tendance parmi les médecins à quitter leur activité libérale pour devenir salarié au nom d'un salaire horaire plus important et surtout d'une charge de

travail moindre. Parmi les avantages de l'activité libérale, les répondants avancent principalement les revenus plus élevés et la liberté de l'emploi du temps.

2/ Un deuxième thème soutient que la qualité des soins pâtit du paiement à l'acte. Cet argument est notamment lié au temps limité de consultation, qui est motivé par la réalisation du plus grand nombre de consultations possibles.

3/ Au contraire, un troisième thème soutient que la qualité des soins ne pâtit pas du paiement à l'acte avec comme argument que la concurrence entre les médecins incite les praticiens à l'excellence. Cette vision très libérale (la concurrence sélectionne les meilleurs) ne nous paraît pas justifiée. Tout d'abord il est très difficile d'évaluer la « qualité » d'un médecin, surtout pour le patient. Tout le monde connaît l'exemple d'un confrère dont le cabinet ne désemplit pas et qui est connu pour être « compréhensif » sur les arrêts de travail. Ensuite, si l'on se place dans cette « conception économiste », l'offre n'est pas en rapport avec la demande (on peut le mesurer sur le fait que les rachats de clientèles sont devenus quasiment symboliques).

6. Propositions :

Les difficultés rencontrées par les répondants nous ont amenés à réfléchir à des propositions concrètes qui pourraient aider les jeunes médecins à mieux se préparer à leur futur exercice de la médecine.

6.1 Le problème de la thèse :

Les étudiants de Paris 7 éprouvent des difficultés à réaliser leur thèse. Nous pensons que cela vient du fait qu'ils sont trop occupés pendant leur internat à la réalisation de leur travail hospitalier et universitaire. C'est pourquoi, des échéances obligatoires (imposées par le DMG) les aideraient à soutenir leur thèse dans de meilleures conditions. En effet, la réalisation dans « l'urgence » de cette thèse pour plus de la moitié des étudiants n'est pas une situation confortable. Ceci entraîne un stress chez l'étudiant et probablement une moindre qualité des thèses.

Nous proposons par exemple, qu'à la fin du semestre chez le praticien (c'est-à-dire en 3^o ou 4^o semestre), l'étudiant ait choisi son sujet et que ce sujet soit approuvé par la commission des thèses. Le fait de choisir son sujet pendant ce semestre pourrait inciter les étudiants à se concentrer sur la recherche en médecine générale (où il y a tant à faire). Le fait d'avoir choisi son sujet en milieu d'internat laisse à la fois le bénéfice de l'expérience d'interne et du temps pour la réalisation du projet.

6.2 Le problème du statut libéral :

Les répondants à l'enquête ont particulièrement insisté sur le sentiment d'être démunis dans la « jungle » fiscale et administrative qu'ils découvrent brutalement.

Nous proposons que des enseignements obligatoires en fin de 6^o semestre traitent du cas spécifique du remplacement.

Il faut en particulier insister sur les obligations légales (contrat de remplacement et certificat médical). Cet enseignement pourrait être réalisé par un intervenant extérieur (avocat, juriste ou membre du conseil de l'ordre). Une revue de la jurisprudence pourrait être riche de sens.

Il nous paraît également important d'insister sur le volet fiscal et administratif. Il faut présenter les avantages des différents types de déclaration de revenus; ceci étant très spécifique pour les jeunes médecins remplaçants. Même avec toute la bonne volonté dont ils font preuve habituellement, les maîtres de stage ne sont plus dans la même situation fiscale et ne peuvent donc être au courant des finesses du statut particulier réservé aux jeunes médecins. Cet enseignement pourrait être réalisé par un fiscaliste spécialiste ou par un jeune médecin issu de la Faculté peu de temps auparavant et qui pourrait ainsi faire profiter ses jeunes confrères de sa récente expérience en la matière.

Au niveau fiscal, les répondants ont exprimé des difficultés avec la déduction des frais. Proposer un cours de comptabilité, spécifique à la situation des médecins, avec la méthode d'enregistrement des détails des recettes et dépenses pourrait s'avérer utile. Cette formation serait plus spécifiquement liée aux médecins pratiquant la médecine depuis au moins 3 ans (s'ils ont utilisé les bénéfices d'une déclaration en micro BNC préalablement) et utilisant la déclaration contrôlée des revenus. En effet, cette déclaration exige la tenue d'une comptabilité stricte et permet la déduction des frais réels. Le problème des

frais déductibles pourrait être analysé au cours de cette formation, afin de connaître les possibilités de déduction fiscale liée aux dépenses de l'installation.

Au niveau administratif, il est également important d'expliquer le type, les modalités et délais d'inscriptions administratives obligatoires (Carmf, Urssaf, conseil de l'ordre, AGA, centre des impôts, assurance, prévoyance). Toutes ces formalités sont indispensables au bon démarrage de toute activité libérale et sont compliquées pour un novice.

6.3 Le manque d'expérience :

Nombreux sont les répondants à se plaindre du manque d'expérience et d'une formation trop hospitalière.

Nous proposons la réalisation systématique de 2 semestres en médecine générale et non plus d'un Saspas facultatif. En effet, le Saspas repose sur le volontariat et demande un effort de préparation à l'étudiant. Il est plus simple pour les étudiants déjà très occupés par ailleurs de choisir un semestre en centre hospitalier.

Par ailleurs, on parle beaucoup du problème de la répartition de l'offre de soins sur le territoire, qui est très inégale. Régulièrement, la presse se fait écho de mesures incitatives ou coercitives (celles-ci n'ont jusqu'alors jamais abouti en raison des pressions exercées par les syndicats de médecins). On peut citer l'exemple du département de l'Allier (03) déficitaire en médecins généralistes

qui offre une bourse de 38 400 euros pendant les 3 années d'internat en échange d'une installation de 6 ans dans le département une fois le diplôme obtenu. Il nous paraît plus judicieux d'offrir cette bourse en deuxième cycle où le salaire de l'externe ne lui permet pas d'être autonome, plutôt que pendant l'internat où les émoluments d'interne sont suffisants pour vivre (comme le fait le département de La Manche qui offre, depuis 5 ans, 300 euros mensuels de la deuxième à la quatrième année d'études, puis 1 000 les 2 suivantes contre 10 ans d'exercice comme généraliste en zone sous-dotée). Si l'étudiant choisit une spécialité qui n'entre pas dans les besoins du département, il pourrait ensuite rembourser le montant du prêt.

A la rentrée 2010, les étudiants en médecine se verront proposer un "contrat d'engagement de service public". Soit quelque 1 200 euros par mois pendant la durée de leur formation. Les décrets d'application de cette mesure inscrite dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), votée en 2009, sont actuellement discutés, dont le montant de l'allocation. Pour en bénéficier, les futurs généralistes, principaux visés, mais aussi les spécialistes, devront s'engager à exercer dans une zone désertée par les médecins pendant autant d'années qu'ils ont touché la bourse.

Les groupes privés comme le groupe de cliniques Vitalia essaient aussi d'attirer les futurs médecins au moyen de bourses. Vitalia propose déjà de 1 500 à 1 800 euros par mois aux internes et chefs de clinique durant leur dernière année de formation, contre l'engagement de rester 2 ans dans l'un de ses

établissements. Le montant de la bourse dépend de la zone géographique et de la spécialité. Chaque année, les besoins sont réévalués. Le groupe affirme cependant que l'argent n'est pas seul en jeu. Clavreul (60) cite : "C'est un véritable accompagnement à l'installation que nous proposons, explique le PDG Christian Le Dorze, car jamais l'université n'aborde la problématique de l'exercice en libéral".

Considérons le point de vue du Dr le Faou (22) : « Dans notre pays, les professions de santé bénéficient d'un mode de formation relativement peu coûteux pour les étudiants mais financé par chaque Français. Dans ces conditions, la liberté d'installation est une question politique et pas seulement individuelle ». A ce titre, pourquoi ne pas coupler ce deuxième semestre obligatoire avec la découverte d'un territoire déficitaire en soins. Sachant qu'« une large majorité des médecins (75,8%) se déclare satisfaite (plutôt satisfait à très satisfait) de son activité professionnelle. La satisfaction ne semble dépendre ni de la région ni du genre » (20), les étudiants pourraient être séduits par la région qui les accueillerait pendant 6 mois. En effet, si les médecins ont une faible mobilité géographique, c'est peut être car ils ne connaissent pas les attraits d'une région déficitaire en médecin. Il reviendrait au département de loger les internes dans de bonnes conditions. Les étudiants parisiens n'ayant que très peu de logement d'internat y trouveraient un avantage en nature. Le principal problème étant pour la Faculté d'origine d'agrément des maîtres de stages éloignés géographiquement.

6.4 Les difficultés diagnostiques en dermatologie :

Pour faire progresser les étudiants, nous proposons la rédaction de traces d'apprentissage orientées spécifiquement sur le domaine dermatologique. Nous pourrions inciter aussi les étudiants à être plus sensibles aux symptômes dermatologiques en les obligeant à photographier au moins une fois par semestre une lésion dont ils ignorent l'étiologie. Ceci peut se faire lors d'examens cliniques pour d'autres plaintes somatiques. Cette méthode aurait l'intérêt de rendre curieux l'étudiant. Ces photos pourraient être décrites lors d'un cours par un dermatologue de la Faculté.

6.5 Les difficultés liées « aux petites pathologies » rencontrées en médecine générale :

Il existe déjà un enseignement sur ce thème. Peut-être serait-il judicieux là encore qu'un jeune médecin fraîchement issu de la Faculté fasse part de son expérience. Il pourrait partager ces connaissances notamment en ce qui concerne les traitements symptomatiques qui ne sont jamais abordés dans les services hospitaliers et que les enseignants du DMG ne connaissent que trop bien pour penser à les aborder pendant les cours.

6.6 Les difficultés de la relation médecin - malade :

La majorité des répondants s'accorde sur le fait que la relation médecin - malade est très différente en médecine libérale de ce qu'ils ont connu à l'hôpital. Il existe déjà un enseignement spécifique qui lui est dédié. Peut-être que les étudiants pourraient tirer un bénéfice d'une intervention extérieure, un enseignant en communication ou en psychologie par exemple, qui pourrait donner de judicieux conseils : la gestion de l'agressivité et des revendications, apprendre à refuser tout en faisant preuve d'empathie (comme la technique du disque rayé progressif décrite par le Docteur Dominique Dupagne, chargé d'enseignement de la médecine générale à Paris VI sur son blog (54).

La relation médecin - malade est à notre avis le cœur et la richesse de la médecine générale, il est illusoire de vouloir l'enseigner en quelques heures quand toute une vie consacrée à l'Art ne fait qu'ébaucher sa compréhension ; néanmoins il nous semble que l'aborder aussi sous cet angle pourrait faire progresser les étudiants.

V. CONCLUSION

Conclusion

L'échantillon des étudiants de Paris 7 interrogé est assez représentatif en termes d'âge, de sexe, et de mode d'exercice de la population ciblée par l'étude.

Les réponses ont permis de mettre en évidence certaines difficultés rencontrées par un nombre important de remplaçants. Il s'agit surtout d'embarras comptables, administratifs et fiscaux. L'origine de cette gêne est, selon nous, un manque de préparation. Les répondants ont aussi majoritairement exprimé avoir eu des doutes diagnostiques en dermatologie et des difficultés dans la relation médecin - malade.

Les répondants ont des revenus inférieurs à leurs homologues installés depuis plusieurs années, à leurs confrères spécialistes et aux médecins généralistes européens. Néanmoins, ils sont satisfaits de leurs revenus.

On retiendra que l'immense majorité (74%) des répondants préférerait avoir la même activité mais en étant salarié. Ce pourcentage serait sans doute très différent si l'on posait la même question aux médecins installés depuis plusieurs années. Ce chiffre élevé reflète la difficulté du passage du salariat au paiement à l'acte. Il rend compte des doutes émis par les répondants quant à leur capacité à rester objectif en subissant cette contrainte du rapport à l'argent.

Nous pensons que des modifications dans la formation des internes pourraient les préparer à mieux affronter ce changement de statut. Nous avons énuméré quelques pistes qui nous paraissaient intéressantes. Beaucoup de ces

propositions paraîtront pour le moins coercitives au lecteur qui pourra s'étonner d'un tel dirigisme. Certes, beaucoup de solutions que nous avons imaginées passent par des obligations universitaires mais d'après notre propre expérience, c'est la seule manière de « motiver » les étudiants pour les réaliser. En effet, pour l'interne qui a une masse de travail importante, il est difficile dans ce contexte d'avoir la maturité de s'astreindre volontairement une surcharge de tâches qui serait facultative. En revanche, toujours d'après notre expérience, les exigences de la Faculté (qui sont souvent riches d'enseignement) sont bien vécues rétrospectivement.

VI. BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- 1- Attal-Toubert K. et Vanderschelden M. - La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales- DREES, février 2009, N° 679.
- 2- INSEE – [en ligne]. Médecins suivant le statut et la spécialité au premier janvier 2009. Disponible sur (http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102) consulté le 9 mai 2010.
- 3 - Labarthe G. et Hérault D. - Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 - DREES, juin 2003, N° 244.
- 4- Billaut A. - Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) - DREES, septembre 2005, N° 429.
- 5- Vanderschelden M. - Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006- DREES, avril 2007, N° 571.
- 6- Vanderschelden M - Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009 - DREES, février 2010, N°720.
- 7- Vanderschelden M. - Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007 - DREES, décembre 2007, N° 616.
- 8- Kervasdoué (de) J., Lehmann C., Bronner C.- Le médecin généraliste, une espèce menacée - Le Monde, 7 Juin 2008.
- 9- Vilain A., Niel X. - Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80 - DREES, novembre 2001, N° 145.
- 10- Le Fur P., Bourgueil Y., Cases C. - Le temps de travail des médecins généralistes ,une synthèse des données disponibles - IRDES - Questions d'économie de la santé, juillet 2009, N°144.
- 11- Bouché P. - Les difficultés du premier remplacement en médecine générale, enquête auprès de 300 remplaçants - Thèse méd, Nancy 1, 1989.
- 12- Descouturelle F. - Les difficultés du premier remplacement en médecine générale, exploitation statistique - Thèse méd, Nancy 1, 1989.

- 13 - Jean D. - Le remplacement en médecine générale - Thèse méd, Nancy 1, 1987.
- 14 - Niel X., Vilain A. - Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques - DREES, mai 2001, N°114.
- 15 - Legendre N. - L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins 1993-2003 - DREES, juillet 2005, N° 412.
- 16 - Samson A-L. - La dispersion des honoraires des omnipraticiens, analyse sur la période 1983-2004 - DREES, avril 2006, N° 482.
- 17 - Attal-Toubert K., Legendre N. - Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres - DREES, juin 2007, N° 578.
- 18 - Labarthe G., Hérault D. - Les étudiants inscrits en médecine en janvier, DREES, juin 2003, N° 244.
- 19 - Audric S. - Les disparités de revenus et de charges des médecins libéraux - DREES, novembre 2001, N° 146.
- 20 - Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., et al. - L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises et les membres du comité de pilotage - DREES, novembre 2007, N° 610.
- 21 - Palier B. - Nous sommes déjà dans une médecine à deux vitesses - Le Monde, 23 novembre 2009.
- 22 - Le Faou A-L. - Les professions de santé vivent sur les principes de la médecine libérale édictés en 1927 - Le monde, 15 novembre 2007.
- 23 - Fréchou H., Guillaumat-Tailliet F. - Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006 - DREES, juin 2008, N° 643.
- 24 - Fréchou H. et Guillaumat-Tailliet F. - Les revenus libéraux des médecins en 2006 et 2007 - DREES, avril 2009, N° 686.
- 25 - Fujisawa E., Lafortune G. - The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD Countries : what are the factors influencing variations across countries ? - OECD Health Working Paper, décembre 2008, 41.
- 26 - Kroneman M.D., Van Der Zee J., Groot W. - Income development of General Practitioners in eight European countries from 1975 to 2005 - BMC

Health Services Research, février 2002.

27 - Franc C., Le Vaillant M., Rosman S. et al. - La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites - DREES, août 2007, N° 588.

28 - Darriné S., NIEL X. - Les médecins omnipraticiens au 1er janvier 2000 - DREES, janvier 2001, N°99.

29 - Collet M., Gouyon M. - Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles - DREES, février 2008, N° 625.

30 - Amar E., Pereira C., Delbosc A. - La prescription des médecins généralistes et leurs déterminants - DREES, novembre 2005, N° 440.

31 - Bournot M.C., Goupil M.C., Tuffreau F. - Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié - DREES, août 2008, N° 649.

32 - Or Z., Jusot F., Yilmaz E. - Inégalités de recours aux soins en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? - Revue économique, mars 2009, vol. 60 N° 2: 521-543.

33 - Grignon M. - Pourquoi les systèmes de santé sont-ils organisés différemment ? Revue économique, mars 2009, vol. 60, n° 2, 545.

34 - Labarthe G. - Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie - DREES, juin 2004, N° 315.

35 - Goffette C., Breuil-Genier P. - La durée des séances des médecins généralistes - DREES, avril 2006, N° 481.

36 - Breuil-Genier P. Sicart D. - L'origine sociale des professionnels de santé - DREES, juin 2006, N° 496.

37 - Fenina A., Le Garrec M.A., Duée M. - Les comptes nationaux de la santé en 2008 - DREES, septembre 2009, N° 701.

38 - Fenina A. - Cinquante-cinq années de dépenses de santé, une rétopolation de 1950 à 2005 - DREES, mai 2007, N° 572.

39 - Amar E., Pereira C., Delbosc A. - La prescription des médecins généralistes et leurs déterminants - DREES, novembre 2005, N° 440.

40 - Evanx T. et al.- Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires maintenant plus que jamais - Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Genève, 2008.

41 - De Maeseneer J., Willems S., De Sutter A., et al. - Primary health care as a strategy for achieving equitable care : a literature review commissioned by the Health System Knowledge Network -Johannesburg : Centre for Health Policy, 2007.

42 - Saltman R. et al.- Primary care in the driver's seat ? organizational reform in European primary care - OMS, Open University Press, Buckingham, 2005.

43 - Lamarche P.A., Beaulieu M.D, Pineault R., et al. - Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada - Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé (FCRSS), Ottawa, Canada, mars 2010.

44 - Kuhn M. - Qualité en soins primaires : approches économiques pour analyser la qualité liée au comportement du médecin - Office of Health Economics (OHE), Londres, août 2003.

45 - Cohu S., Lequet-Slama D., Volovitch P. - Réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence - DREES, Paris, novembre 2005, N°445, page 12.

46 - Vasselle A., Cazeau B. - Rapport sur les évolutions du financement de la protection sociale et la réforme du système de santé en Allemagne – Sénat: Commission des Affaires Sociales, Paris, juin 2006.

47 - Bourgueil Y., Marek A., Mousques J. - Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France? - Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Paris, novembre 2007, N°127.

48 - Johanne A. - L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2006 et 2007 - DREES, octobre 2009, N° 707.

49 - Yilmaz E. - En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse - DREES, octobre 2009, N° 706.

50 - Boisguérin B. - Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006? - DREES, janvier 2009, N° 675.

51 - Boisguérin B., Haury B. - Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le

système de soins - DREES, juillet 2008, N° 645.

52 - Guerville M.A, Paraponaris A., Régi J.C., et al. - Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique - DREES, octobre 2009, N° 708.

53 - Clerc M.E. - Les dépenses de médicaments remboursables en 2007 - DREES, mai 2008, N° 634.

54 - Dr Dupagne D. - La technique du disque rayé progressif 2008 – [en ligne]. Disponible sur <http://www.atoute.org/n/article112.html> consulté le 9 mai 2010.

55 - Rimbert P. - Quand des médecins refusent de soigner - Le monde diplomatique - septembre 2009, page 28.

56 - Cusset F. - « Votre capital santé m'intéresse... » - Le monde diplomatique, janvier 2008, page 28.

57 - Shah S. - La « plaisanterie » du consentement éclairé - Le monde diplomatique, mai 2007, page 18.

58 - Grimaldi A, Papo T., Vernant J.P. - Traitement de choc pour tuer l'hôpital public - Le monde diplomatique, février 2008, pages 4 et 5.

59 - Froguel P., Smadja C. - Quand l'Angleterre veut imiter la France - Le monde diplomatique, février 2008, pages 4 et 5.

60 - Clavreul L. - Le coût de la santé s'envole dans le budget des ménages - Le Monde, 25 novembre 2009.

61 - Allonier C., Debrand T., Lucas-Gabrielli V., et al. - Repères Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles - Questions d'économie de la santé IRDES, janvier 2007, N° 117.

62 - Stroobants J.P. - Petits soins et grande misère en Belgique - Le Monde, 16 janvier 2009.

63 - Palier B. - Nous sommes déjà dans une médecine à deux vitesses - Le Monde, 23 novembre 2009.

64 - Gribeauval J.P. - Morale, éthique, déontologie, droit, etc - La Revue prescrire - Avril 2000, tome 20, n°205, pages 304-307.

65 - Bardelay D, Bécél B. - Visite médicale beaux principes et médiocre réalité - La Revue prescrire, mars 1995, tome 15, n° 149, pages 212-217.

66 - Rollot C. - Trois femmes pour lesquelles la facture s'alourdit chaque année - Le Monde, 24 novembre 2009.

67 - Vartanian C. - Profil, Formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la faculté de médecine Xavier Bichat inscrits en TCEM1 entre 1995 et 1998, thèse méd. Paris 7, 2003.

68 - Bardin L. - L'analyse du contenu - PUF, Paris, 2009.

69 - Clavreul L.- Surenchère de bourses pour attirer les carabins - Le Monde, 30 mars 2010.

70 - Clavreul L.- Des praticiens dévissent leur plaque et quittent l'exercice libéral - Le Monde, 9 avril 2010.

71 - Lamperti - Le mode de déclaration de vos revenus libéraux 2009 dépend de vos recettes - Média Santé, 29/01/2010, N°803.

72 - Lamperti - Combien mettre de côté pour les cotisations sociales à payer sur vos recettes libérales de 2009 ? - Média Santé, 04 septembre 2009, N°781.

VII. ANNEXES

Annexes

Annexe 1 : lettre d'introduction au questionnaire

Cher(e) ami(e)

Tu es étudiant(e) au DMG de PARIS 7, et tu as commencé ton TCEM en novembre 2004.

A ce titre, tu fais partie des quelques étudiants de cette faculté que je cible pour mon travail de thèse. Je cherche à connaître les difficultés que rencontrent les jeunes médecins dans la phase de leur vie professionnelle où ils effectuent des remplacements.

Il est donc particulièrement important pour moi que tu acceptes de répondre au questionnaire suivant. Rien de plus simple puisqu'il est en ligne (grâce à l'aide du département de médecine générale), et qu'il ne te prendra pas plus de quelques minutes

Il te faudra entrer les codes suivants:

nom d'utilisateur (attention en majuscules): REMPLAMED

mot de passe (attention en majuscules): REMPLAMED

Le lien vers l'étude est donné ci-dessous. Tu peux t'y connecter dès maintenant, et le plus tôt sera le mieux... car sinon tu risques d'oublier de le faire.

<http://www.bichat-larib.com/recherche.projets/recherche.projets.recueil.donnees.remplamed.php?>

Très amicalement

Julien DESCHAUME

Annexe 2 : le questionnaire



Projets de recherche

Le DMG

Accueil
Projets Recherche

Projets en cours

Projets terminés

© JP AUBERT, A EDDI

XiTi

DMG PARIS VII: Les projets de recherche (page de recueil de données)

QUESTIONNAIRE REMPLAMÉ

Recueil des données

quel est votre sexe?	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin
quel est votre année de naissance?	<input type="text"/>
Quel est votre département de domicile	<input type="text"/>
Quel est le département où vous travaillez principalement?	<input type="text"/>
Etes-vous remplaçant?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Etes-vous salarié?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Etes-vous libéral?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Quelle est votre année de thèse?	<input type="text"/>
cliquer pour poursuivre	



Projets de recherche

Le DMG

Accueil
Projets Recherche

Projets en cours

Projets terminés

© JP AUBERT, A EDDI

XiTi

DMG PARIS VII: Les projets de recherche (page de recueil de données)

QUESTIONNAIRE REMPLAMÉ

Recueil des données

Signez vous un contrat de remplacement systématiquement ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si vous avez répondu non à la question précédente, donner un pourcentage de journées travaillées hors contrat	<input type="text"/>
Vous faut-il attendre pour obtenir votre rétrocession d'honoraires ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous eu des difficultés avec la comptabilité et les formalités administratives ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Êtes-vous affilié à une association de gestion agréée pour l'année 2008 ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous eu des difficultés pour remplir votre déclaration d'impôts 2008 ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, précisez lesquelles	<input type="text"/>

Annexe 2



Projets de recherche

Le DMG

Accueil
Projets Recherche

Projets en cours

Projets terminés

© JP AUBERT, A EDDI



Combien de journées travaillez vous par semaine en moyenne?	<input type="checkbox"/>
Combien de journées souhaiteriez vous travailler par semaine?	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des difficultés à trouver du travail?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Quel a été votre chiffre d'affaires pour l'année 2008?	<input type="text"/>
Pour le travail que vous avez effectué, estimez vous votre revenu suffisant ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

cliquer pour poursuivre

DMG PARIS VII: Les projets de recherche (page de recueil de données)

QUESTIONNAIRE REMPLI Recueil des données

Quel est le domaine dans lequel vous rencontrez le plus de difficultés diagnostiques?	<input type="text"/>
Quel est le domaine dans lequel vous rencontrez le plus de difficultés thérapeutiques?	<input type="text"/>
Estimez vous suffisantes vos connaissances au terme de votre internat ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Quelle compétence, non enseignée à la Faculté, vous a fait le plus défaut ?	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>

cliquer pour poursuivre

Annexe 2



Projets de recherche

Le DMG

Accueil
Projets Recherche

Projets en cours

Projets terminés

© JP AUBERT, A EDDI

Xiti

DMG PARIS VII: Les projets de recherche (page de recueil de données)

QUESTIONNAIRE REMPLACED Recueil des données

Le fait de passer à une activité payée à l'acte modifie t il votre comportement ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si vous avez répondu oui à la question précédente, indiquez en quoi votre comportement est modifié (arrêt de travail ou certificat de complaisance, prescriptions non justifiées...)	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
Si vous faites une entorse à l'éthique, vous la faites (plusieurs réponses possibles):	<input type="checkbox"/> Car vous n'avez pas le temps d'argumenter avec le patient <input type="checkbox"/> Car le médecin remplacé fait habituellement comme cela <input type="checkbox"/> Car vous avez peur de « perdre » le patient <input type="checkbox"/> Autres motifs <input type="checkbox"/> Sans objet: je n'ai pas l'impression de faire d'entorse à l'éthique
Feriez-vous moins d'entorse à l'éthique si vous étiez salarié ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Pensez vous que la qualité des soins pâtit du paiement à l'acte ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
À salaire égal, dans les mêmes conditions de travail préféreriez vous être salarié (e) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Commentaire libre	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>

[cliquer pour poursuivre](#)