

UNIVERSITE PARIS DIDEROT-PARIS7
FACULTE DE MEDECINE

Année 2010-N°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
PAR

BRAKA-COHEN Vanessa Huguette
Née le 9 septembre 1978 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 6 juillet 2010

**LES MEDECINS
REMPLAÇANTS
GENERALISTES
D'ILE DE FRANCE**

Profil, cursus étudiant, projet professionnel, prise en
charge de leur santé et satisfaction

Résident Médecine Générale

Président : Professeur Enrique CASALINO
Directeur : Docteur Eric GALAM

A Monsieur le Professeur Casalino.,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse,
Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Eric Galam

Vous avez accepté de diriger ce travail et m'avez apporté soutien et conseils.
Je vous remercie de votre disponibilité, de votre patience et de votre gentillesse.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Nougairède et à Monsieur le Professeur Réach

Vous avez accepté d'être membre de mon jury.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

.

A mes parents,

Soyez fiers de ce que vous avez accompli. Vous nous avez tout donné.

Votre présence à nos cotés est notre plus grande richesse.

Merci pour tout.

Papa,

La rigueur et la persévérance que tu m'as enseignée me pousse toujours plus haut.

Maman,

Tu es mon modèle depuis toujours et pour toujours.

Yohann, Sabine et Olivier,

Merci d'être les meilleurs frères et sœurs

Les actes, bien meilleurs que les mots...

Jeremy, Vanessa et Jennifer

Bienvenue chez nous et merci d'être là

Mamy, Mémé et Pépé

Merci pour vos encouragements et tous nos souvenirs d'enfance.

A toute ma belle famille,

Merci pour son soutien et particulièrement à Mamy Myriam qui m'a si bien secondée avec mes poupées.

A Muriel,

Pas uniquement belle-sœur...

Merci pour tout ce que tu représentes et toutes ces valeurs que tu défends

A mes sœurs de cœur,

Séverine et Rachel : il faut créer un nouveau forfait, l'illimité ne suffit plus pour nos conversations interminables !

Jerem',

Sans ton aide, ce travail aurait été bien plat

Merci 100 fois, tu es EXCELlent !!

A Nicole et Ilan,

Merci pour leur aide précieuse dans l'élaboration de ce travail.

Aux Docteurs Marc Djébali et Dov Lellouche,

Merci de m'avoir fait confiance...

A mes deux trésors, Romy et Anaël

Et à ceux qui viendront...

Vous êtes mes rayons de soleil !

Et enfin,

A l'amour de ma vie, Jacques

Qui depuis 15 ans me surprend tous les jours...

Tu peints ma vie en rose et je t'en remercie.

A Rita,

Partie trop tôt,

Ton sourire et ta joie de vivre sont gravés à toujours dans notre coeur

PLAN

INTRODUCTION.....	8
I. LA DEMOGRAPHIE MEDICALE	10
A. A l'échelle nationale :.....	11
B. Le solde des entrées et sorties	14
C. Profil démographique :.....	18
1. Le vieillissement :	18
2. La féminisation :	21
D. L'Examen Classant National et les Postes à pourvoir :.....	22
II. DEVENIR MEDECIN GENERALISTE REMPLACANT ..	24
A. LES ETUDES.....	25
1. La « fameuse première année »	25
2. Une fois ce portail sélectif passé : c'est l'externat.....	26
3. C'est le concours de l'internat	27
4. Le TCEM ou le bout du tunnel	28
B. ETRE DOCTEUR EN MEDECINE	29
C. ETRE MEDECIN REMPLACANT :	30
1. Qui peut remplacer ?	30
2. Quelles sont les formalités ?	31
3. Les cotisations sociales :	31
4. La CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France.....	32
5. La taxe professionnelle :	32
6. Les assurances :	32
7. L'AGA : Association de Gestion Agréée.	33
8. La Fiscalité du remplaçant :.....	33
D. QUEL MATERIEL POUR LE REMPLAÇANT :.....	34
III. LA METHODOLOGIE	35
IV. LES RESULTATS.....	38
A. ETAT CIVIL DU REMPLACANT :	39
B. VOS ETUDES	41
C. VOS REMPLACEMENTS	46
D. VOTRE PROJET PROFESSIONNEL.....	56

E.	VOTRE SANTE	60
F.	VOTRE QUALITE DE VIE ET SATISFACTION	69
V.	LA DISCUSSION	75
A.	TAUX DE REPONSES DE MON ENQUETE.....	76
B.	SITUATION PERSONNELLE :.....	77
	1. L'âge :	77
	2. La situation maritale :	78
	3. Les enfants :	79
	4. La profession des parents :.....	79
	5. La profession du conjoint :	79
C.	LES ETUDES :.....	80
	1. Faculté d'origine :	80
	2. Etudes de médecine :	80
	3. Le concours : Internat ou E.C.N.	81
	4. La médecine générale :	81
	5. Le stage chez le praticien :.....	82
	6. Préparation à la pratique de la médecine générale :.....	83
	7. Diplômes complémentaires ou projet d'en acquérir un ?	83
	8. La thèse	84
D.	LES REMPLACEMENTS.....	86
	1. Qui remplace encore ?	86
	2. Nombres de jours travaillés	87
	3. Les modes de remplacement.....	87
	4. Remplacer différents médecins au sein d'un même cabinet.....	88
	5. Distance acceptée pour remplacer	89
	6. Une autre activité professionnelle ?.....	89
	7. Comment trouver les remplacements ?.....	90
	8. Les contrats de remplacements	90
	9. Nombre minimum de consultations assurées.....	91
	10. La rétrocession	91
	11. Les relations avec les médecins remplacés	92
	12. L'AGA	93
	13. La Responsabilité Civile Professionnelle	93
	14. L'assurance Prévoyance Invalidité Décès	93
	15. La comptabilité	94
	16. Les revenus	94
	17. Satisfaction des revenus.....	95
	18. Clubs et associations de remplaçants.....	95
E.	PROJET PROFESSIONNEL	97
	1. Le remplacement : encore combien de temps ?	97
	2. Apports des remplacements	97
	3. S'installer ou pas ?.....	98
	4. Les obstacles à l'installation	99
	5. La réforme du médecin traitant MT.....	100

6. Les aides à l'installation.....	101
F. LA SANTE DES REMPLACANTS	103
1. Poids et Indice de Masse Corporelle IMC	103
2. Le tabagisme	104
3. La consommation d'alcool.....	105
4. L'état vaccinal.....	106
5. Dépistage du VIH	110
6. L'activité sportive	111
7. Une maladie chronique ?	112
8. Surveillance glycémique et lipidique.....	112
9. Surveillance de la tension artérielle	113
10. Dépistage des cancers	113
11. Suivi de santé et médecin traitant MT.	117
12. Santé mentale des médecins.....	120
13. Ressenti global sur leur santé.....	123
G. QUALITE DE VIE ET SATISFACTION	125
1. Organisation professionnelle	125
2. L'exercice du remplacement en médecine générale	125
3. La disponibilité	126
4. Motifs de satisfaction	128
5. Les contraintes du remplacement.....	129
6. Temps de travail hebdomadaire	130
7. Les revenus	130
8. Stress lié à l'activité médicale.....	131
9. Désir de maternité	131
VI. CONCLUSION.....	134
VII. BIBLIOGRAPHIE	138
VIII. ANNEXES.....	145

INTRODUCTION

Qui est ce médecin qui remplace notre médecin généraliste habituel lorsqu'il est absent ?

C'est la question que se pose chaque patient lors de sa première consultation avec un remplaçant.

Ces professionnels de santé sont mal connus mais font pourtant partie de la démographie médicale et y jouent un rôle : la permanence des soins.

Ils ne sont pas fixés et sont des intermittents de la santé.

C'est à travers mes 2 années de remplacement et des questions de patients, que plusieurs interrogations se sont posées à moi.

Des travaux ont déjà été publiés sur ce sujet mais quelques questions subsistaient :

- Pourrait-on établir un profil de ces médecins ?
- Comment se passent leurs remplacements et quelles sont les difficultés rencontrées ?
- Comment se prennent-ils en charge sur le plan de la santé ?
- Sont-ils satisfaits de leur statut et de leur activité professionnelle ?

Mon travail de thèse va tenter d'y répondre.

Dans un premier temps, nous allons refaire le point sur les données démographiques.

Dans un second temps il s'agira de retracer le parcours pour devenir médecin généraliste remplaçant, avec toutes les formalités que cela comporte

La troisième partie consistera en l'analyse de l'enquête effectuée auprès de remplaçants d'Ile-de-France à partir d'un questionnaire.

La dernière partie aura comme but de discuter et comparer mes résultats aux travaux déjà effectués.

I. LA
DEMOGRAPHIE
MEDICALE
ACTUELLE

On entend parler depuis plusieurs années de **pénurie médicale** et de **zones sous-médicalisées**. Il en est de même pour les médecins remplaçants. En effet, il suffit juste de consulter les petites annonces sur Internet et voir les propositions d'offres des médecins installés pour s'en rendre compte.

Alors qu'en est-il vraiment ? Chiffres à l'appui.

Le Conseil National de l'Ordre publie depuis 3 ans, un atlas de la démographie médicale qui fait un état des lieux des médecins français (3) (4).

A. A l'échelle nationale :

Au 1^{er} janvier 2009, on dénombrait 258.153 médecins inscrits au tableau de l'Ordre, soit une augmentation de 1,2 % par rapport à 2008.

A noter que dans les années 80, l'accroissement était de 3,5 %. La croissance se poursuit donc, mais elle est biaisée par le **nombre de médecins retraités inscrits**.

	Effectifs au 1er janvier 2005	Effectifs au 1er janvier 2006	Effectifs au 1er janvier 2007	Effectifs au 1er janvier 2008	Effectifs au 1er janvier 2009
Actifs	208887	212972	213995	215028	216017
Retraités	35791	37433	38751	40070	42136
Total	244678	250405	252746	255098	258153

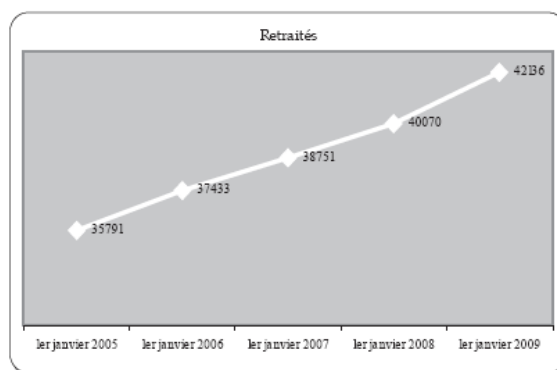
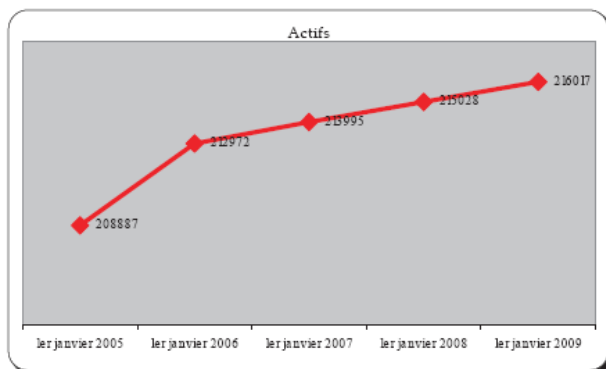
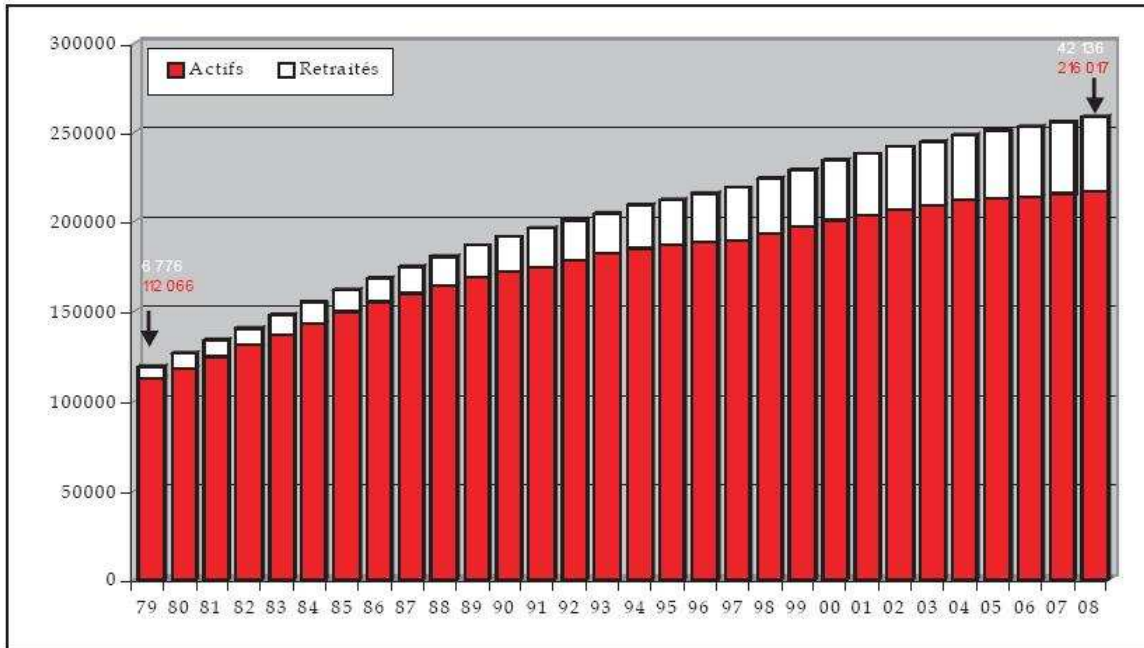


Tableau1 et Graphique1 : évolution des effectifs actifs/retraités entre 2005 et 2009



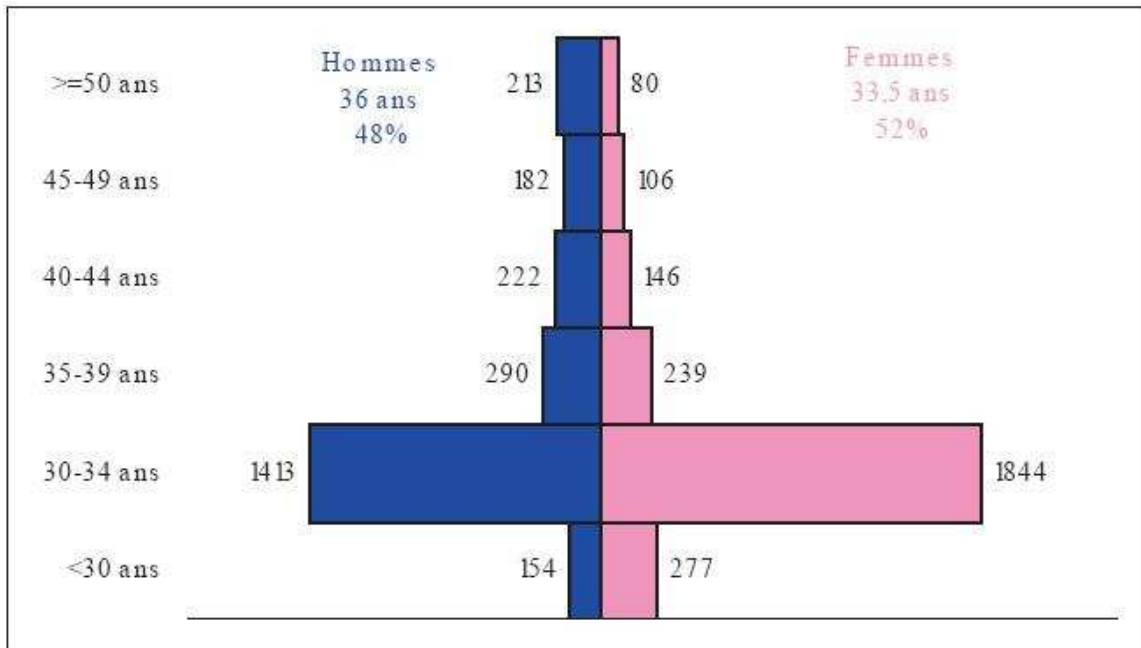
Graphique 2 : effectifs des médecins inscrits à l'ordre depuis 1979.

B. Le solde des entrées et des sorties :

✓ Les **entrées** sont représentées par les **nouvelles inscriptions** de médecins à l'Ordre.

Au 1^{er} janvier 2009, ils étaient 5166 soit une augmentation de 3,42 % par rapport à 2008. 52 % sont des femmes et 48 % sont des hommes.

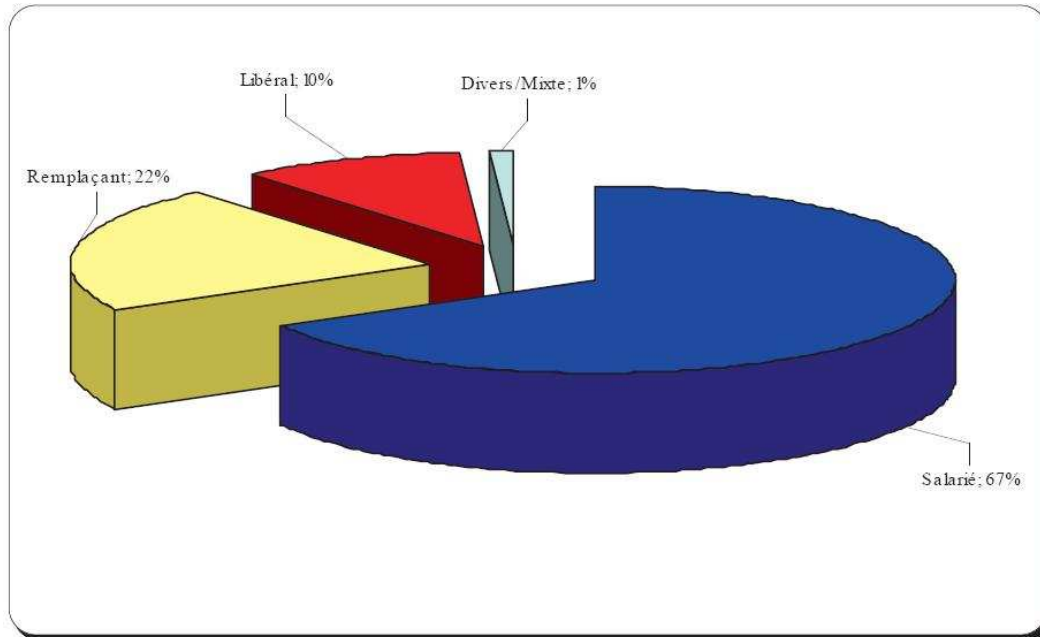
L'âge moyen des nouveaux inscrits était 34,7 ans (33,5 ans pour les femmes et 36 ans pour les hommes).



Graphique 3 : Pyramide des âges des nouveaux inscrits au 1^{er} janvier 2009

Parmi les nouveaux inscrits :

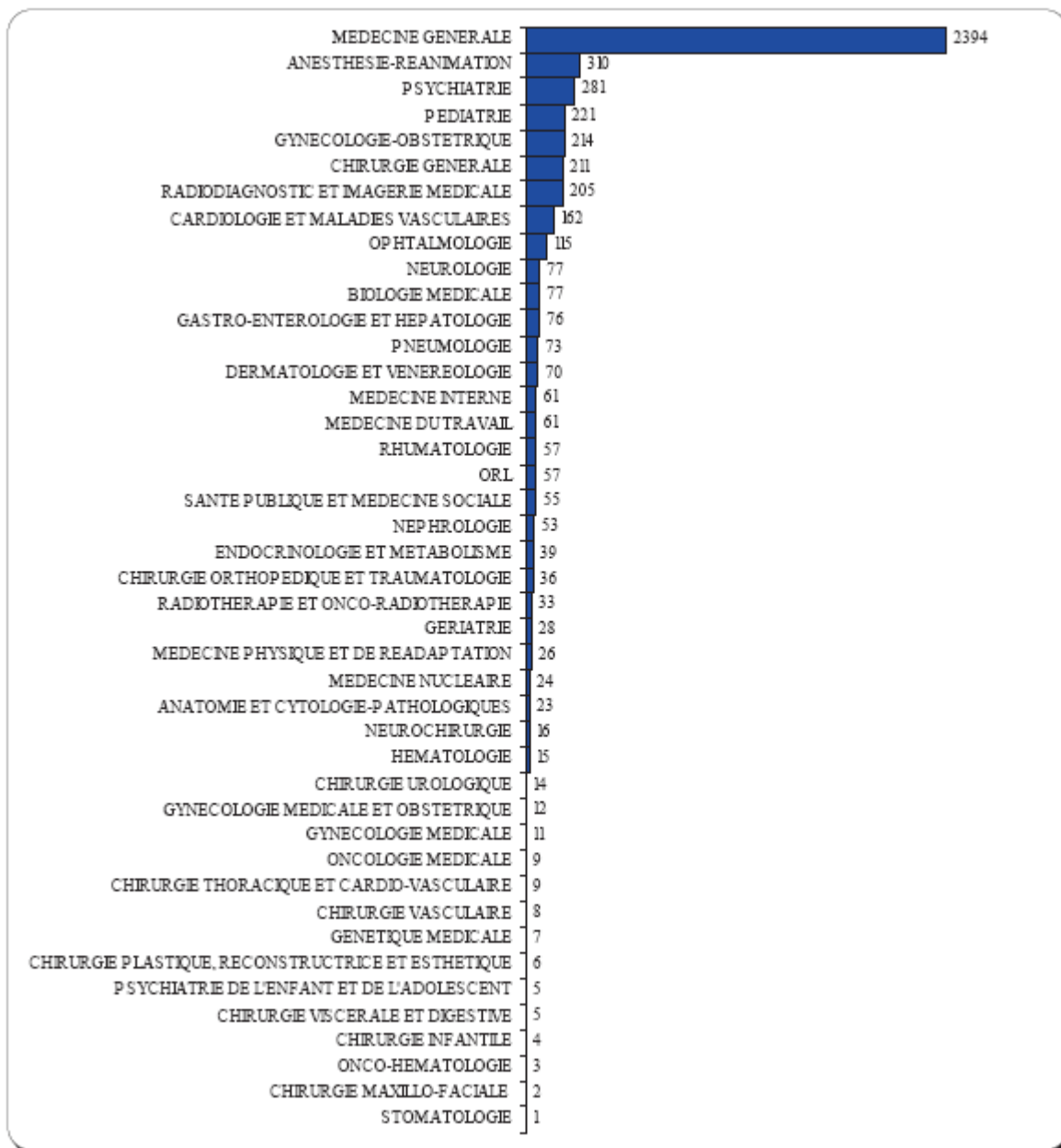
- 67% vont exercer en secteur salarié (surtout à l'hôpital)
- 10% s'installent en libéral
- 22% effectuent des remplacements.



Graphique 4 : le secteur d'activité des nouveaux inscrits.

B. Le solde des entrées et sorties

De même, parmi les nouveaux inscrits quasiment la moitié (47%) sont des médecins généralistes.



Graphique 5 : effectifs des nouveaux inscrits par spécialité

✓ Les **sorties** sont représentées par les médecins qui **partent en retraite**.

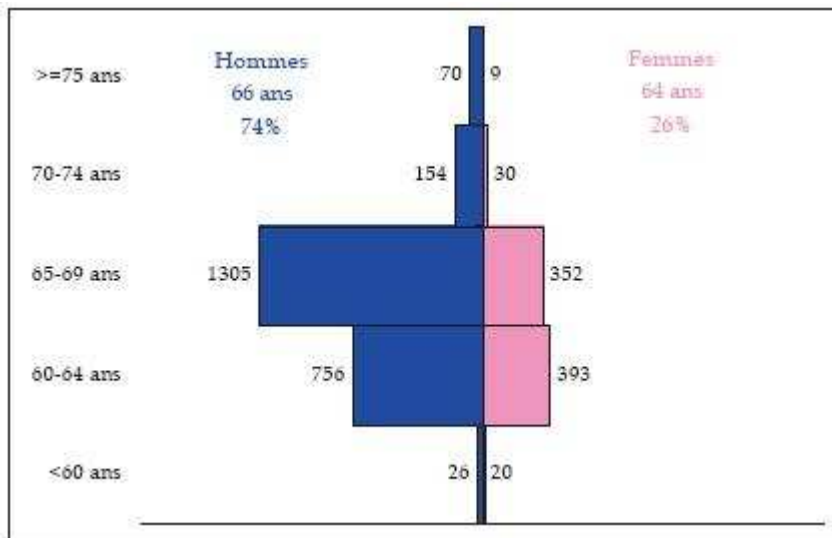
Au 1^{er} janvier 2009, ils sont 3115 soit une augmentation de 6,82%.

43% d'entre eux sont des généralistes.

	Hommes	Femmes	Total
Compétence exclusive	29	20	49
Généralistes	1066	272	1338
Spécialistes	1216	512	1728
Total	2311	804	3115

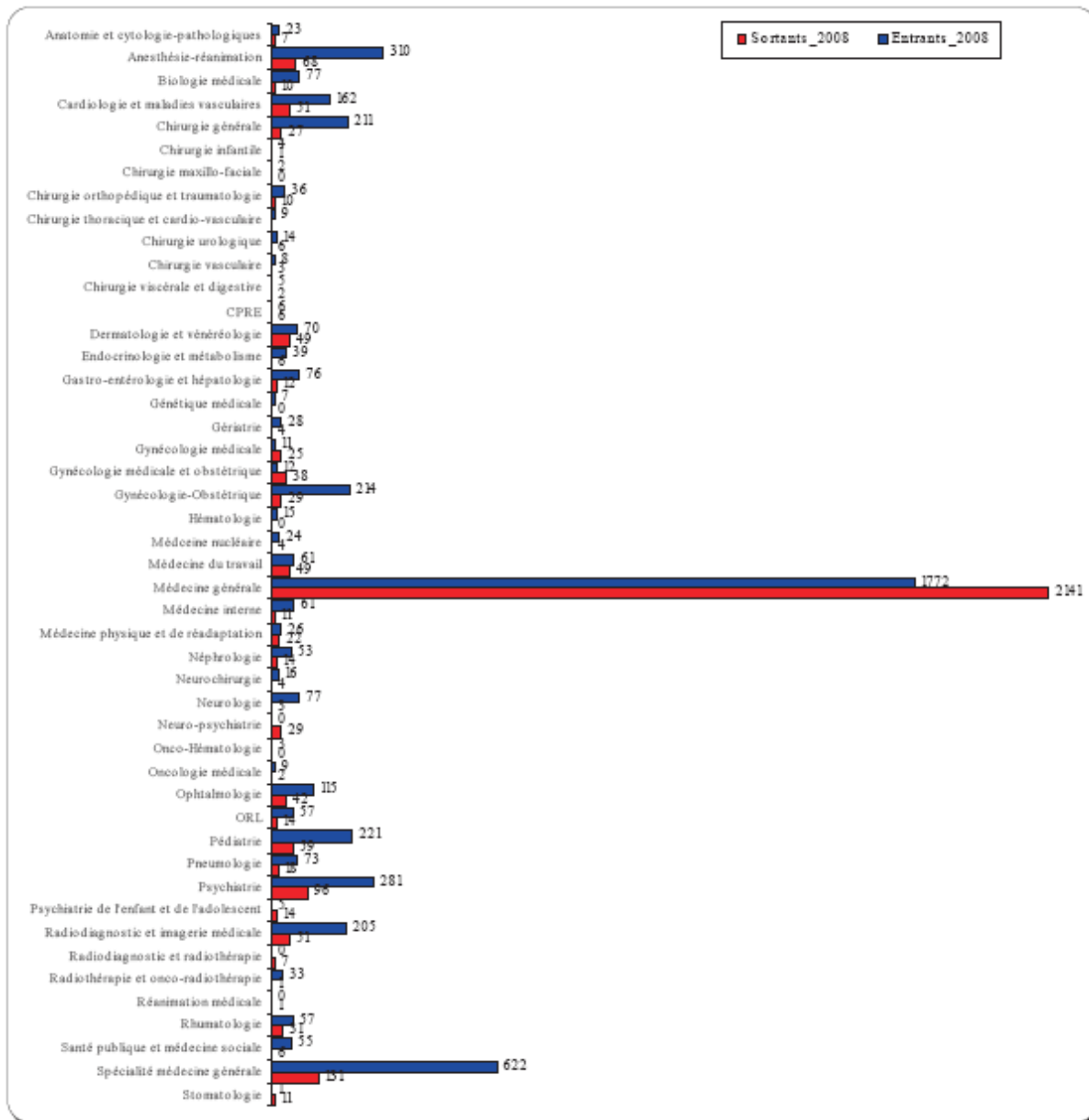
Tableau 2 : les départs à la retraite entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2008

L'âge moyen du départ en retraite est de 65,3 ans (les femmes 2 ans plus tôt que les hommes 64 ans contre 66).



Graphique 6 : pyramide des âges des départs en retraite

- ✓ Pour la médecine générale, on recense plus de médecins sortants que de médecins entrants entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2008.

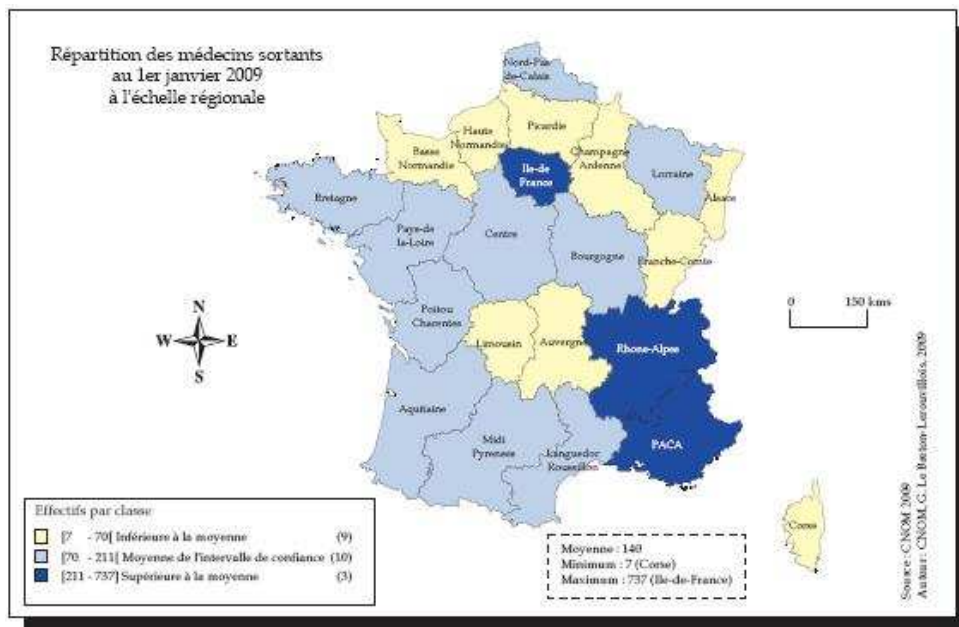


Graphique 7 : rapport entrants/sortants par spécialité.

Notons, que pour la **spécialité en médecine générale**, on compte **plus d'entrants que de sortants**. Cela s'explique par le fait que les médecins généralistes peuvent solliciter la qualification en médecin spécialiste par la voie de commission de qualification (règlement de qualification : décret du 19 mars 2004 – J.O. du 31 juillet 2004)

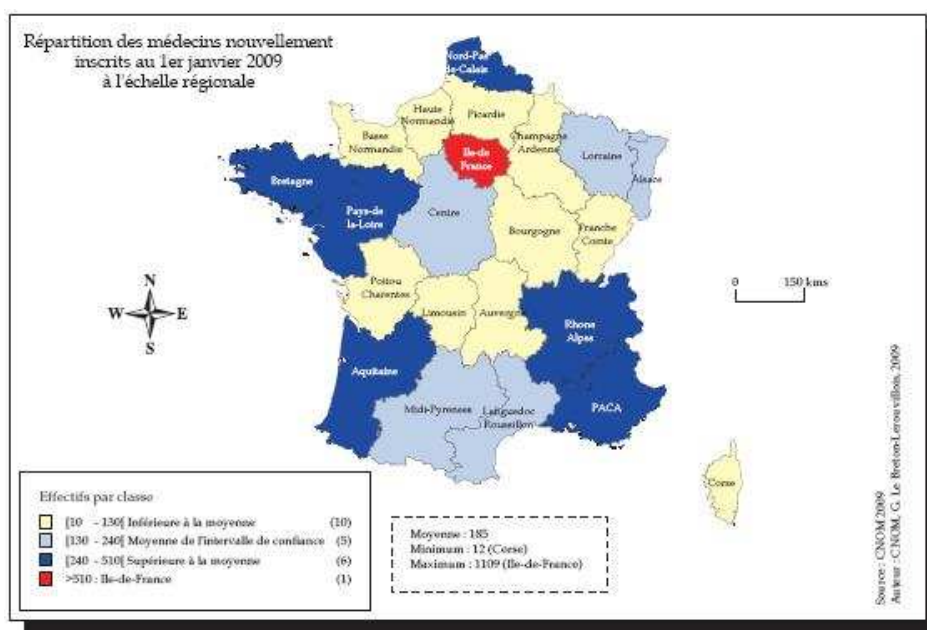
Les départements qui comptent **le plus de médecins sortants** sont :

- **L'Ile-de-France** (737, ce qui est le nombre maximal)
- Le département Rhône-Alpes
- La PACA (Provence Alpes Cote d'Azur)



Carte 1 : la répartition des médecins sortants au 1^{er} janvier 2009

A noter, que **l'Ile-de-France** est aussi le département qui compte **le nombre de nouveaux inscrits le plus important** (1109).



Carte 2 : la répartition des nouveaux inscrits au 1^{er} janvier 2009

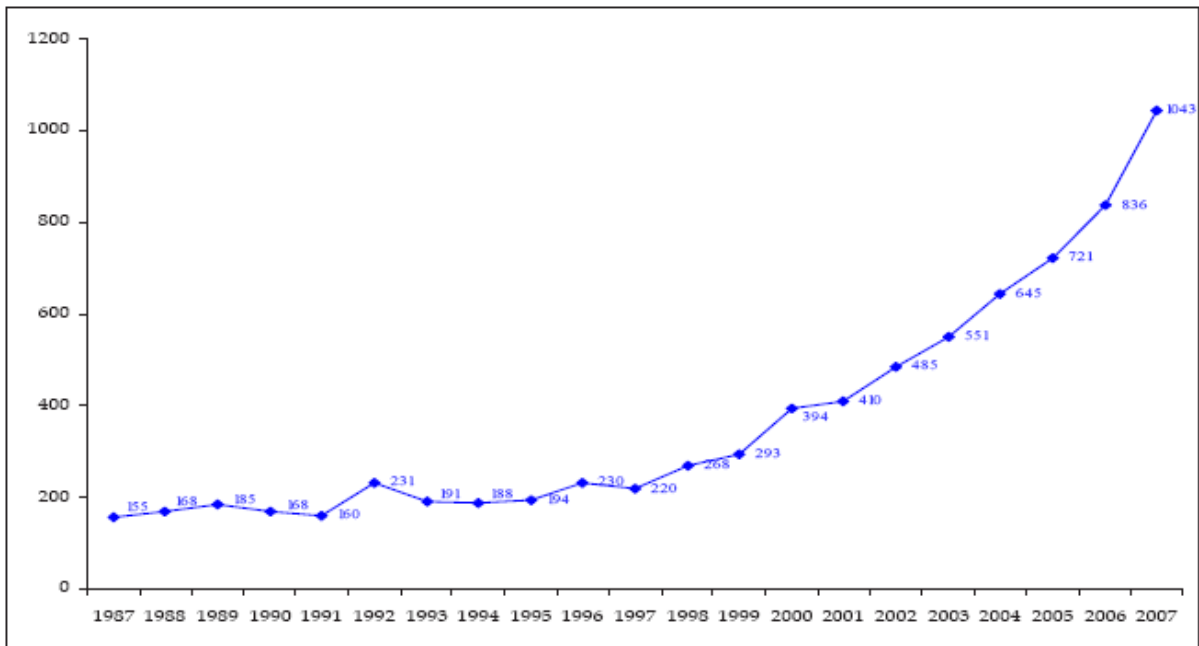
Les remplaçants sont au nombre de 9999 **soit 5,5% d'augmentation** (en 2008, ils étaient 9479).

C. Profil démographique :

1. Le vieillissement :

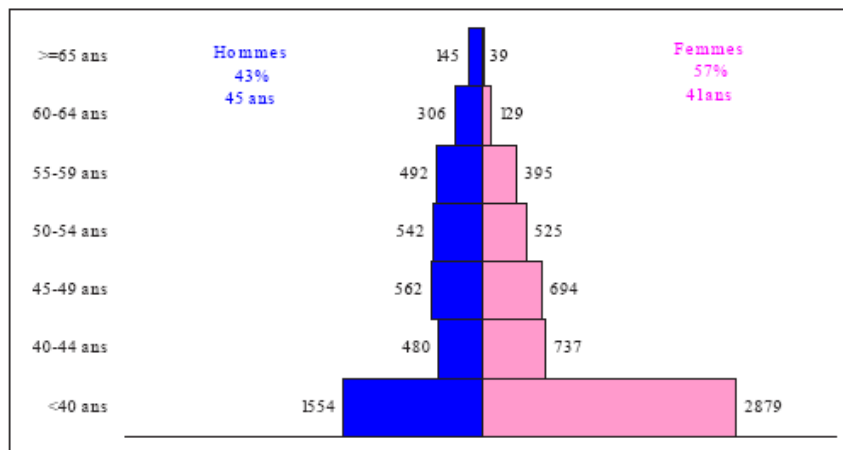
L'âge moyen des médecins en activité totale (ceux qui sont en activité régulière + les remplaçants + ceux qui sont temporairement sans activité) est de 51 ans (48 ans pour les femmes, 52 ans pour les hommes) ; avec un rétrécissement de la base de la pyramide qui traduit un vieillissement de la population médicale.

Comme, nous l'avons dit plus haut, les remplaçants sont 9999. **Le nombre de médecins qui ne s'installent pas et qui ne font que des remplacements, croît de manière significative chaque année.**

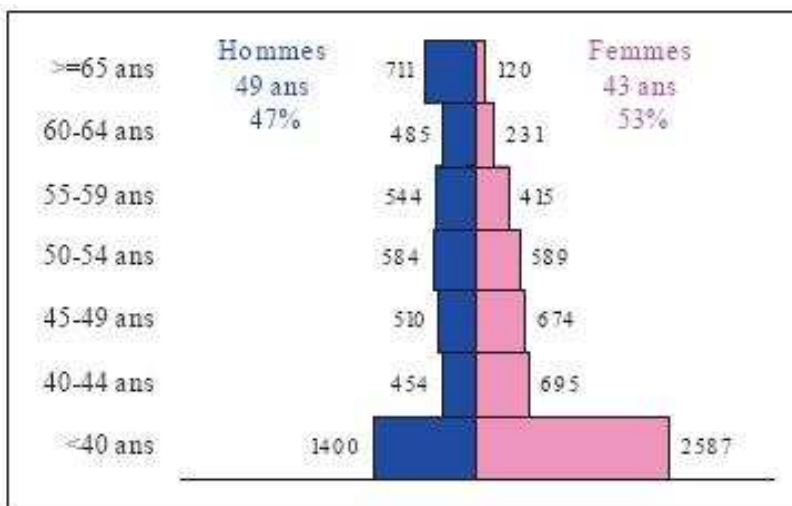


Graphique 8 : évolution des effectifs des remplaçants nouvellement inscrits entre 1987 et 2007

L'âge moyen des médecins remplaçants est de 46 ans.



Graphique 9 : pyramide des âges des 9479 médecins remplaçants au 31 décembre 2007



Graphique 10 : pyramide des ages des 9999 médecins remplaçants au 1^{er} janvier 2009

Il s'agit là aussi d'un **vieillissement de cette population**

	Femmes	hommes
2008	41 ans	45 ans
2009	43 ans	49 ans

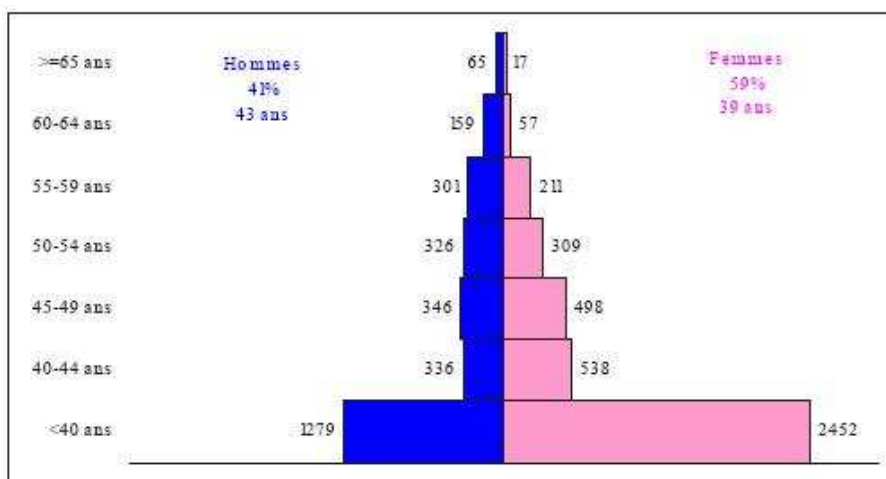
Tableau 3 : Age moyen des remplaçants en 2008 et 2009

Et d'une augmentation des effectifs masculins au détriment de leurs consoeurs.

	Femmes	hommes
2008	57 %	43 %
2009	53 %	47 %

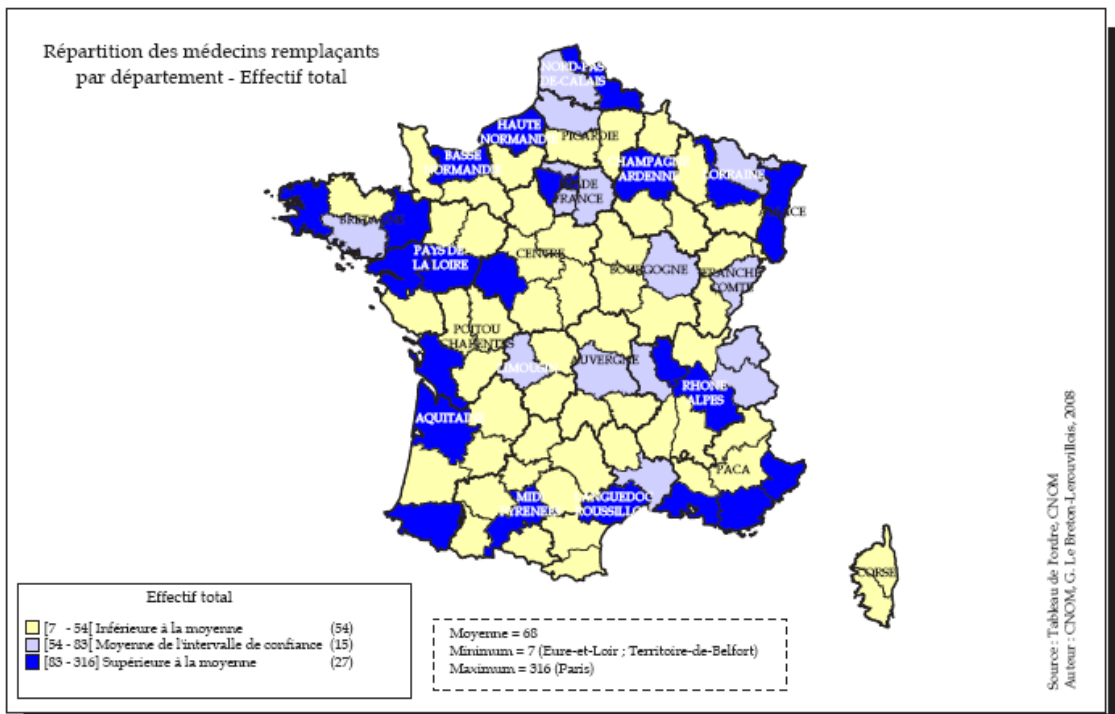
Tableau 4 : Répartition homme femme des remplaçants en 2008 et 2009

En 2008, 72,7% des remplaçants étaient des généralistes (pas de chiffre en 2009)



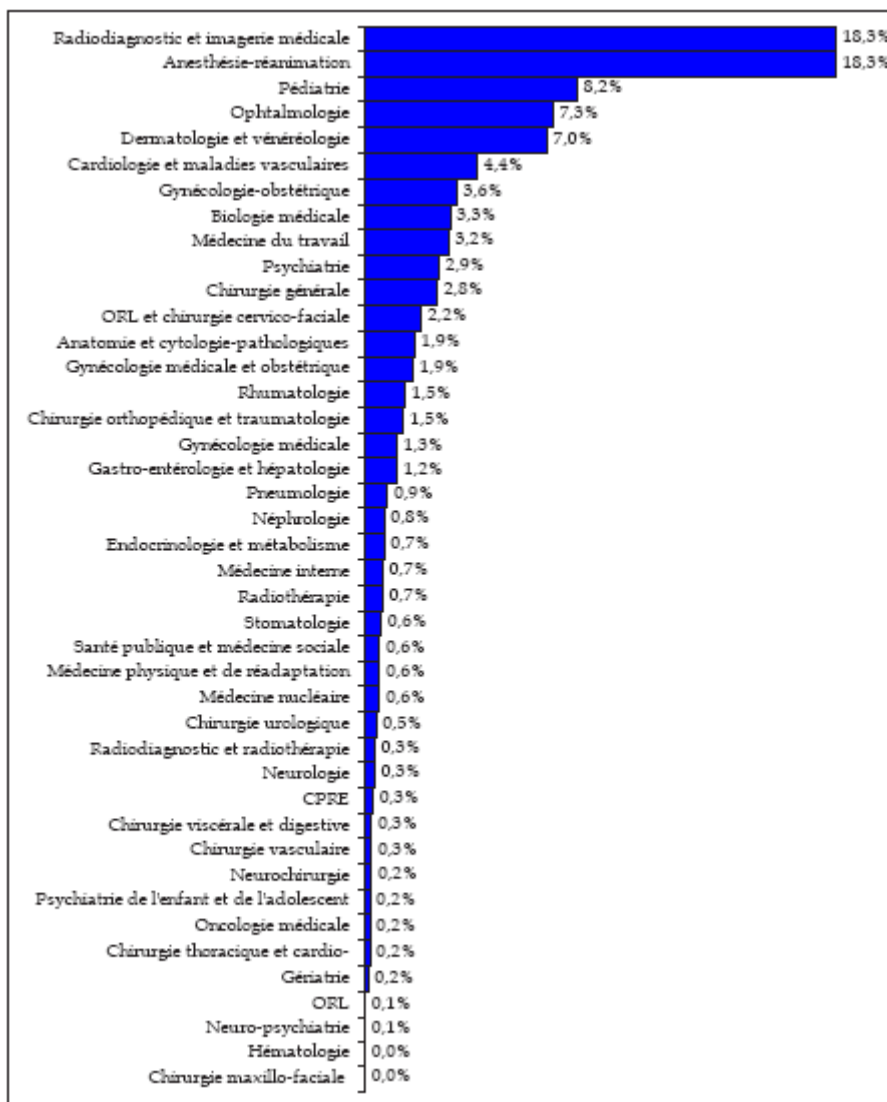
Graphique 11 : pyramide des ages des remplaçants généralistes au 31 décembre 2007

Leur répartition est inhomogène



Carte 3 : répartition des médecins remplaçants en médecine générale au 1^{er} janvier 2008

Les 27,3 % restants remplacent préférentiellement en radiologie, anesthésie-réanimation, pédiatrie, ophtalmologie, et dermatologie.



Graphique 12 : part des médecins remplaçants selon leur spécialité au 1^{er} janvier 2008

2. La féminisation :

38% des effectifs totaux inscrits au tableau de l'Ordre sont des femmes, soit 97.461 médecins. Elles exercent plutôt leur activité sur un **mode salarié**.

	Hommes	Femmes
Libéral	5%	4%
Salarié	30%	35%
Remplaçant	10%	14%

Tableau 5 : les modes d'exercice par genre

On constate qu'il existe des **spécialités à prédominance féminine** et d'autres où les femmes sont quasi absentes.

→ À dominante féminine (>50%) :

- Anatomie et cytologie-pathologiques : 61%
- Dermatologie et vénéréologie : 64%
- Endocrinologie et métabolisme : 71%
- Génétique médicale : 68%
- Gériatrie : 54%
- Gynécologie médicale : 85%
- Hématologie : 52%
- Médecine du travail : 70%
- Pédiatrie : 61%
- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : 52%
- Santé publique et médecine sociale : 58%

→ Quasi-absence féminine (<20%) :

- Réanimation médicale : 17%
- Cardiologie et maladies vasculaires : 19%
- Chirurgie générale : 9%
- Chirurgie orthopédique et traumatologie : 3%
- CPRE : 19%
- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire : 5%
- Chirurgie urologique : 3%
- Chirurgie vasculaire : 5%
- Chirurgie viscérale et digestive : 12%
- Neurochirurgie : 10%
- ORL : 17%
- Radiodiagnostic et radiothérapie : 9%
- Stomatologie : 16%

Parmi les 5166 **nouveaux inscrits** au 1^{er} janvier 2009, **52% étaient des femmes**. L'âge moyen de leur première inscription est de 35 ans (37 ans pour les hommes).

D. L'Examen Classant National et les Postes à pourvoir :

En 4 ans, de 2006 à 2009, le nombre de poste offert en médecine générale est passé de 2400 à 3200 (+800) avec un nombre total de postes passé de 4803 à 5704 (+901). **La grande majorité des postes ajoutés ont été attribués à la médecine générale pour inciter les étudiants dans cette voie.**

Le reste des postes a été réparti sur des spécialités médicales, l'anesthésie-réanimation, la gynéco-obstétrique, et la pédiatrie.

Les spécialités chirurgicales restent stables ainsi que la gynécologie médicale.

Les spécialités qui ont perdu des postes sont la biologie médicale, la médecine du travail, la psychiatrie, et la santé publique.

	Total 2005 - 2006	Total 2006 - 2007	Total 2007 - 2008	Total 2008 - 2009
Spécialités médicales	760	760	835	885
Spécialités chirurgicales	550	550	550	550
Médecine générale	2400	2353	2866	3200
Anesthésie réanimation	243	243	250	260
Biologie médicale	58	58	60	40
Gynécologie médicale	20	20	20	20
Gynécologie obstétrique	150	150	155	155
Médecine du travail	56	60	60	54
Pédiatrie	196	196	200	200
Psychiatrie	300	300	300	280
Santé Publique	70	70	70	60
Total	4803	4760	5366	5704

Source : JO

Tableau 6 : évolution du nombre de postes à l'ECN de 2005 à 2009

**II. DEVENIR
MEDECIN
GENERALISTE
REEMPLACANT**

A. LES ETUDES

Les études de médecine sont réparties en **3 cycles** : PCEM, DCEM et TCEM.

1. La « fameuse première année »

Elle est commune aux étudiants d'odontologie, de sage-femme et de kinésithérapie. Cette année est un filtre car le concours qui la clôture est très sélectif : il s'agit du **NUMERUS CLAUSUS** qui limite l'entrée des étudiants dans le cursus médical.

Il a été créé par la loi du 12 juillet 1971 afin **d'assurer la qualité de la formation** clinique et pratique dans les services hospitaliers.

Ce nombre est révisé chaque année par arrêté ministériel en fonction des besoins de professionnels de santé.

En 1971, le numerus clausus était alors de 8588. Il n'a cessé d'augmenter jusqu'en **1977**(8671), période pendant laquelle près de 100000 médecins sont formés : le *bourrelet démographique*.

A ce moment existait donc une **grande concurrence**.

D'autre part, le gouvernement a décidé de réduire **les dépenses de santé**.

Le contexte était donc favorable à la diminution de ce numerus clausus : diminuer le nombre de médecins formés pour diminuer le nombre de prescripteurs et ainsi limiter les coûts de santé publique.

De 1978 à 1993 : une forte diminution des effectifs : 3500 places pour l'année 1992-1993.

Mais ces mesures n'ont pas eu l'effet escompté : les dépenses de santé se sont tout de même accrues et la **pénurie de médecins** est donc apparue petit à petit.

Ce n'est donc **qu'à partir de 1993 que le numerus clausus a été ré augmenté** mais les effets de cette modification ne se font sentir que 10 ans plus tard , délai moyen de formation d'un médecin.

On est passé de 3500 places en 1993 à 7400 places à la rentrée 2009-2010 (chiffres stables par rapport à 2008-2009)

2. Une fois ce portail sélectif passé : c'est l'externat.

De la 2ème à la 6ème année de médecine, l'étudiant va découvrir la **médecine théorique** (cours magistraux, TD...=) et la **médecine pratique** (stages hospitaliers tous les matins). Il va ainsi apprendre **les bases** et les pathologies de chaque spécialité et acquérir la techniques de certains actes.

C'est pendant cette période qu'il va faire ses **premiers gardes** (au total 36 doivent être effectuées pendant l'externat).

Il est rémunéré de manière symbolique (de 120 à 160euros selon l'année d'études et 20 euros la garde), mais son statut de salarié le fait cotiser au régime salarié de la sécurité sociale et à la caisse de retraite .Il bénéficie ainsi de 5 semaines de congés payés.

A noter que depuis 1997, (arrêté du 4 mars 1997 concernant la 2e partie du second cycle des études médicales) un **stage de 15 jours dans un cabinet de médecine générale** a été mis en place afin de permettre aux étudiants de découvrir les caractéristiques de la médecine générale et des soins primaires .En effet, les stages d'externes sont exclusivement hospitaliers et les étudiants voient les patients dans les services à un stade avancé de la maladie ou le diagnostic est déjà établi. Cela ne permet donc pas d'appréhender les stades précoces des maladies et l'apprentissage du raisonnement médical.

En effet comment peut- on choisir de « faire médecine générale « si l'on n'a jamais été confronté à la réalité de sa pratique ?

En ce qui concerne la faculté Paris 7, ce stage existe toujours et depuis 2007(arrêté du 23 novembre 2006) et sous l'impulsion de l'ISNAR-IMG (Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale), un stage obligatoire chez un médecin généraliste, maître de stage agréé a été mis en place et l'instauration se fait progressivement depuis janvier 2009 avec des volontaires : 2 mois et demi de stage le matin avec cours l'après midi

A Paris 7, pendant l'externat, il n'y a qu'un séminaire obligatoire de médecine générale qui dure 6 heures .Sinon il y a un certificat de prévention de médecine générale mais qui reste optionnel : 9 séances de 2 h.

La place accordée à la Médecine Générale est restreinte certes, mais grandissante quand même, afin de motiver les étudiants à s'engager dans cette branche à l'issue du second cycle (fin de 6^{ème} année ou DCEM4).

3. C'est le concours de l'internat

Il clôture le second cycle. Il a été mis en place en 1982. Il permet l'accès aux **spécialités** et ainsi que le **lieu d'affectation** pour le 3^{ème} cycle. Le passer n'était pas obligatoire. Ceci crée un nouveau problème pour la médecine générale : ceux qui n'ont pas été classés correctement pour les spécialités se retrouvent *par défaut en médecine générale* (ils ont toutefois la possibilité de redoubler et de repasser le concours avec toujours ce risque en cas d'échec de s'orienter quand même vers la médecine générale).

Le concours de l'internat a été réformé (loi du 17 janvier 2002, dite de modernisation sociale) et en **2004 l'Examen Classant National (ECN)** voit le jour.

Son principal objectif était de fixer un nombre de place défini pour la médecine générale et pour les spécialités selon un *découpage territorial* lié aux facultés de médecine.

Ainsi, tous les étudiants doivent passer l'ECN et en fonction de leur classement, ils choisissent leur spécialité et le lieu (28 sub-divisions et 11 disciplines). De manière transitoire, les étudiants achevant leur cursus de médecine générale sous l'ancien régime (résidents) peuvent se présenter à l'ECN pour obtenir le D.E.S. de médecine générale.

De cette manière, la médecine générale est revalorisée (au moins aux yeux des étudiants de DCEM4) et accède au rang de spécialité et n'est plus choisie par défaut.

Théoriquement, le raisonnement tient la route, mais en 2004 et en 2005, première année des ECN et idem à l'issue de l'ECN de 2008, **la majorité des 620 postes restés vacants à l'issue des choix, sont des postes de médecine générale** (8 postes vacants en médecine du travail et 3 postes en santé publique). Pourtant le résultat de la procédure d'affectation est encore plus favorable à cette discipline que l'année dernière : 51 % des nouveaux internes ont été affectés en médecine générale contre 49 % en 2007 et 42 % en 2006. Les décisions vont dans le sens de la médecine générale : une augmentation du nombre de postes offerts notamment dans les régions où la densité médicale est inférieure à la moyenne nationale.

4. Le TCEM ou le bout du tunnel ...

Il s'agit là d'une période de **6 semestres** qui doit coller à une **maquette** bien précise :

- 4 stages obligatoires :
 - urgences
 - pôle mère enfant : gynécologie ou pédiatrie
 - médecine adulte : médecine interne ou spécialisée
 - stage chez le praticien de premier niveau.

- 2 stages libres choisis par l'interne afin de préciser ses connaissances dans un domaine qu'il estime nécessaire.

Les stages consistent en 11 demi-journées hebdomadaires avec des **gardes** (repos compensateur le lendemain), les internes sont sous la responsabilité de « chef » : les médecins du service.

Visites, contre-visites, comptes-rendus et staff font le quotidien de l'interne.

La faculté organise des **cours théoriques** par le biais du Département de Médecine Générale (DMG) : une série de cours sur des cas cliniques à valider tout au cours de l'internat avec anglais médical et groupe Balint facultatif.

Le **stage chez le praticien** s'effectue chez un maître de stage agréé par la faculté et le DMG.

Avant 2003, le résidanat de médecine générale ne durait que 5 semestres. Le **6^{ème} semestre** a été ajouté afin de **parfaire la pratique de la médecine générale**. Il donne le privilège de pouvoir participer à un **SASPAS** (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée). Le but est de se professionnaliser, d'acquérir une certaine autonomie et de pratiquer enfin ! (Toujours sous l'égide d'un maître de stage).

Mais les maquettes disponibles pour le SASPAS ne sont pas en nombre suffisant et pour la plupart, le 6^{ème} semestre se fait encore en milieu hospitalier, où la médecine générale est encore bien lointaine...

En 2007, l'ISNAR-IMG a réalisé une enquête auprès d'internes en médecine générale : 49 % se disent satisfaits de leur formation. Les critiques : manque de stage ambulatoire, enseignement concret sur l'installation, la fiscalité, la gestion d'un cabinet, les mesures sociales existantes...

Pendant cette période d'internat (ex résidanat) l'étudiant est rémunéré entre 16.000 et 25.000 euros annuels au 1^{er} janvier 2007. Il a la possibilité de prendre un ou deux semestres de disponibilité (après un congé de maternité trop court, médecine humanitaire ou ce qu'il voudra...) période pendant laquelle il n'est pas payé.

La **validation du TCEM** est conditionnée par :

- 200 heures de séminaires (cours théoriques cités précédemment)
- les stages de la maquette
- des traces d'apprentissage
- 9 compétences validées
- un mémoire du DES qui peut servir de point de départ pour la thèse.

Avant l'ECN, les traces d'apprentissage et les compétences n'existaient pas.

B. ETRE DOCTEUR EN MEDECINE

Ce titre est lié étroitement à la **thèse**.

La thèse peut être soutenue au plus tôt après la validation de 3 semestres et **au plus tard 3 ans après la fin de l'internat**.

En effet, les étudiants soutiennent leur thèse souvent tardivement, car ce travail est plutôt vécu comme une « corvée », car ils exercent déjà depuis quelque temps, et le fait de se replonger dans les études ne les enthousiasme que très peu.

Mais sans cette thèse, qui reste (aux dires de mes amis déjà thésés) un des plus beaux moments d'une vie, comment continuer à exercer la médecine ?

C. ETRE MEDECIN REMPLACANT :

La réglementation pour les remplacements est **stricte**.

Cette activité est soumise aux codes de la Santé Publique (CSP), de la Sécurité Sociale et de Déontologie (CD).

1. Qui peut remplacer ?

Le CSP précise le **niveau d'études exigé** : ce sont les étudiants inscrits en TCEM et ayant validé au moins 3 semestres dont un chez le praticien.

Un **étudiant non thésé** (n'ayant pas obtenu le titre de Docteur en Médecine) ^pourra remplacer pendant une période limitée : 3 ans après la fin de son internat.

Un **Docteur en Médecine** pourra exercer des remplacements sans limitation de durée, à condition de détenir une autorisation de remplacement.

Le Code de Déontologie régit l'exercice médical. Certains articles se portent spécifiquement sur l'activité des remplaçants qu'ils soient thésés ou non. **Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre des Médecins.**

Les articles essentiels qui concernent les remplaçants :

- Article 65 stipule que le remplacement est permis de manière ponctuelle après acceptation par l'Ordre.
- Article 66 oblige une continuité des soins par la transmission des informations du remplaçant au remplacé à la fin de période de remplacement.
- Article 69 le remplacé n'est pas responsable des actes du remplaçant.
- Article 83 souligne l'importance du contrat de remplacement qui est obligatoire.
- Article 86 relate l'installation d'un remplaçant à proximité du médecin remplacé.

2. Quelles sont les formalités ?

- **La licence de remplacement :**

Pour les étudiants non thésés, il faut remplir un questionnaire du CDOM, fournir l'attestation de la Faculté (inscription en TCEM et validation de 3 stages dont un chez le praticien), 2 photos d'identité, une photocopie de la carte d'étudiant et de la carte d'identité nationale, et une attestation sur l'honneur certifiant qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation est en cours.

Cette licence est **renouvelable** d'année en année.

- **L'autorisation de remplacement :**

Elle s'adresse aux remplaçants thésés, donc inscrits au Tableau de l'Ordre.

Elle est délivrée après réception d'un contrat du Président du CDOM qui émet un avis favorable ou non. La préfecture du département dans lequel le cabinet du remplacé se trouve délivre alors une autorisation de remplacement pour une **durée de 3 mois, renouvelable.**

L'article L372 et L376 du CSP : un médecin remplaçant sans autorisation de remplacement peut être poursuivi pour exercice illégal de la médecine.

3. Les cotisations sociales :

a. **L'URSSAF** (Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales)

- Déclaration d'activité dans les 8 jours qui suivent le début de l'activité libérale
- Réception du numéro SIRET : numéro d'identification en tant que travailleur indépendant
- Les cotisations (Allocations Familiales, CSG et CRDS) sont forfaitaires les deux premières années (200 euros par trimestre), A partir de la 3^e année, elles sont régularisées en fonction du revenu réel (et là, attention, mieux vaut prévoir le montant du rattrapage).

b. L'Assurance Maladie

- Signaler l'activité à la CPAM en tant que travailleur libéral à partir du 31^{ème} jour de remplacement.
- Cotisations « Assurance Maladie » : elles couvrent le risque maladie, maternité, décès mais pas les accidents de travail. Le montant est minime, et est payable d'avance (calculé sur le revenu de l'année N-2).

4. **La CARMF** : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France.

L'affiliation est **obligatoire** pour les médecins installés et les remplaçants thésés.

Si le médecin n'est pas assujetti à la taxe professionnelle, il peut être dispensé de cotiser mais évidemment cette période ne sera pas prise en considération pour l'ouverture des droits et le calcul de la retraite.

5. **La taxe professionnelle** :

C'est un impôt payé par tous ce qui exercent une activité indépendante non salariée. Il est perçu au profit des collectivités locales (commune, département, région). Les remplaçants y sont assujettis à partir du moment où leurs remplacements sont réguliers (supérieurs à 3 mois par an et le montant brut des honoraires supérieurs à 8000 euros).

Pour cela, se renseigner auprès l'inspection des impôts.

6. **Les assurances** :

- La RCP : Responsabilité Civile Professionnelle.

Elle est *obligatoire*, et doit être mentionnée sur le contrat de remplacement (le nom de la compagnie d'assurances)

- Assurance automobile :

Demander à sa compagnie d'assurances, d'être couvert pour les déplacements professionnels

- La prévoyance :

C'est une assurance individuelle, accidents ou maladie.

La CARMF ne commence à indemniser qu'à partir du 90^e jour d'arrêt de travail, et le montant forfaitaire est bien faible.

La souscription à une prévoyance est donc indispensable.

7. L'AGA : Association de Gestion Agréée.

Vivement recommandée puisqu'elle apporte un **avantage** : en l'absence d'adhésion, le bénéfice imposable fait l'objet d'une majoration de 25 % pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

8. La Fiscalité du remplaçant :

Les sommes perçues sont imposables au titre des **bénéfices non commerciaux**.

En fonction du montant des rémunérations, il y a 2 régimes d'imposition :

- Régime de la déclaration contrôlée (N°2035) si les recettes sont > à 27.000€.
- Régime des micro-entreprises si les recettes sont < à 27.000€. Il faut donc remplir sur le formulaire 2042 la rubrique « régimes spéciaux – activités non commerciales »

A noter que pour les formalités liées à l'URSSAF, la CPAM, et la Taxe Professionnelle, il existe des centres qui centralisent tous les courriers et nous les font parvenir avec explications et vérifications. L'assistance téléphonique est une précieuse aide.

Pour ma part, j'ai adhéré au CFR (Centre des Formalités des Remplaçants) actuellement renommé MEDIA SANTE.

D. QUEL MATERIEL POUR LE REMPLACANT :

Par expérience, avoir son propre matériel c'est plus rassurant !

- la **sacoche** avec compartiment
- **l'équipement de base** : stéthoscope, tensiomètre, otoscope et spéculum auriculaires, abaisse langue.
- Ce qui est **utile** : un antiseptique, du coton, du sparadrap, des gants, un marteau réflexe, un lecteur de glycémie, des seringues et des aiguilles intramusculaires.
- Les **papiers** : ordonnanciers normaux, bizones, et sécurisés ; les feuilles de soins, les feuillets d'arrêt de maladie, les feuillets d'accident de travail, et les bons de transport.
- Un **tampon** avec nom – prénom et qualité du médecin remplaçant, après avoir barré sur l'ordonnance et les feuilles de soins le nom du médecin remplacé.
- Les **traitements injectables** : antispasmodiques, antiémétiques, AINS, benzodiazépine, la rocéphine (éventualité rarissime d'un purpura fulminans), de l'adrénaline
- Les **autres traitements** : un spray de ventoline, de la trinitrine en sublinguale, de la morphine, du paracétamol.
- Un **GPS ou plan de la ville**.

III. LA METHODOLOGIE

L'idée de base...

Mon idée principale était d'envoyer un questionnaire à TOUS les remplaçants de médecine générale inscrits aux différents Conseils Départementaux de l'Ordre de l'Ile-de-France.

J'ai donc adressé un courrier en expliquant mon projet et en demandant de me fournir les adresses des médecins qui étaient inscrits en tant que remplaçants dans leur département.

La réponse a été négative pour les départements de Paris (75), des Hauts de Seine (92), de la Seine Saint-Denis (93), et du Val de Marne (94), en raison du côté illégal de fournir les coordonnées personnelles des médecins.

Deux départements (Seine et Marne – 77 et le Val d'Oise – 95), m'ont fourni une liste de noms avec des coordonnées téléphoniques, précieuse aide pour mes recherches d'adresses.

Un département (Essonne – 91) m'a fourni une liste complète : noms, coordonnées téléphoniques et adresses.

Un département (Les Yvelines – 78) m'a gentiment proposé d'acheminer à ma place les questionnaires déjà affranchis, afin de ne pas divulguer les adresses.

Enfin, j'ai envoyé le questionnaire à quelques connaissances de la Faculté et qui font des remplacements.

Au total, **113 questionnaires** ont été adressés à :

- ✓ 38 femmes
- ✓ 35 hommes
- ✓ 40 acheminés par le Conseil des Yvelines (78) (proportion non donnée)

Les listes n'étaient **pas exhaustives, donc mon enquête non plus.**

	FEMMES	HOMMES
Essonne	15	10
Seine et Marne	13	15
Val d'Oise	6	7
Connaissances et Faculté	4	1
Les Yvelines	?	?
Total	38 + ?	35 + ?

Population destinataire

Le pli envoyé contenait :

- ✓ une lettre d'introduction à mon questionnaire avec une date limite de réponse
- ✓ le questionnaire proprement dit
- ✓ une enveloppe de retour affranchie, et étiquetée à mon adresse.
- ✓

Il n'y a pas eu de relance : ni téléphonique, ni postale.

Les questionnaires ont été envoyés le 20 juillet 2009 et la date limite de retour était le 25 septembre 2009.

Taux de réponses :

- ✓ 4 courriers sont revenus en raison d'une adresse erronée (N.P.A.I.)
- ✓ 38 questionnaires ont été retenus pour l'étude
- ✓ 1 questionnaire n'a pu être analysé car il s'agissait d'un remplaçant de spécialité (pneumologie).

Mon taux de réponses est donc de 38 / 113 soit **33,6 %**.

Le logiciel utilisé est EXCEL.

Le questionnaire est divisé en six parties :

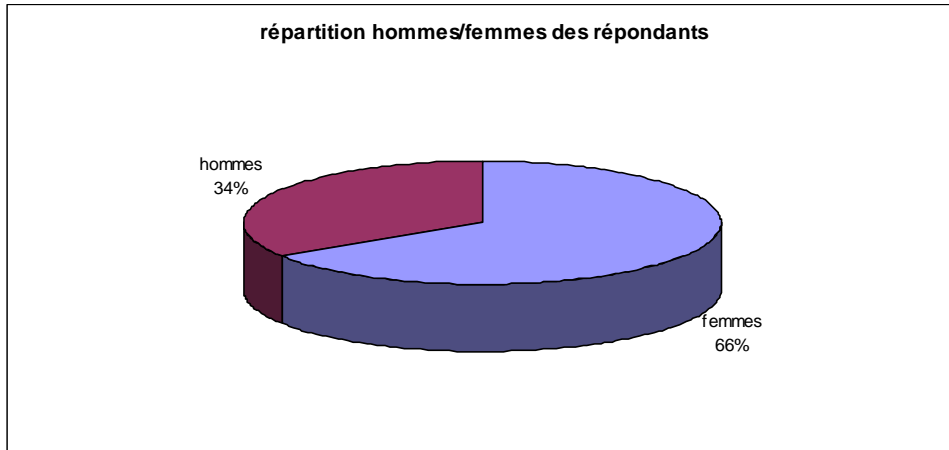
1. l'état civil du remplaçant
2. les études
3. les remplacements
4. le projet professionnel
5. la santé
6. la satisfaction.

IV. LES RESULTATS

A. ETAT CIVIL DU REMPLACANT :

1. Quel est votre sexe ? F M

Sur les 38 réponses obtenues, 25 femmes et 13 hommes, alors que le questionnaire avait été envoyé a priori à proportion quasi égale.

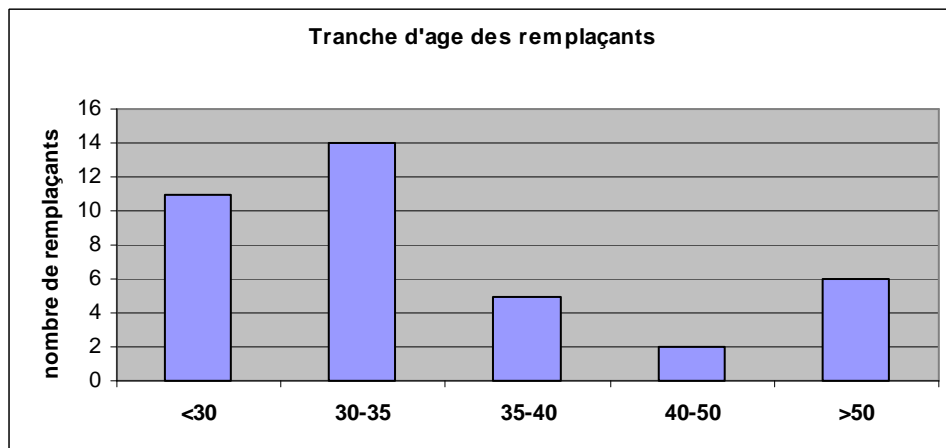


2. Votre âge ?

La moyenne d'âge générale est de 37,2 ans.

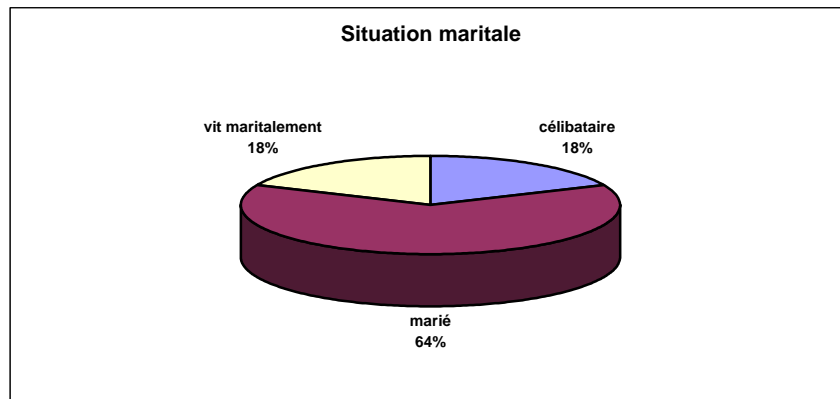
Pour les femmes : 31.7 ans

Pour les hommes : 47.7 ans



3. Votre situation personnelle :
 Célibataire Marié (e) Vit maritalement
 Divorcé (e) Veuf (ve)

24 sont mariés – 7 sont célibataires – 7 vivent maritalement.



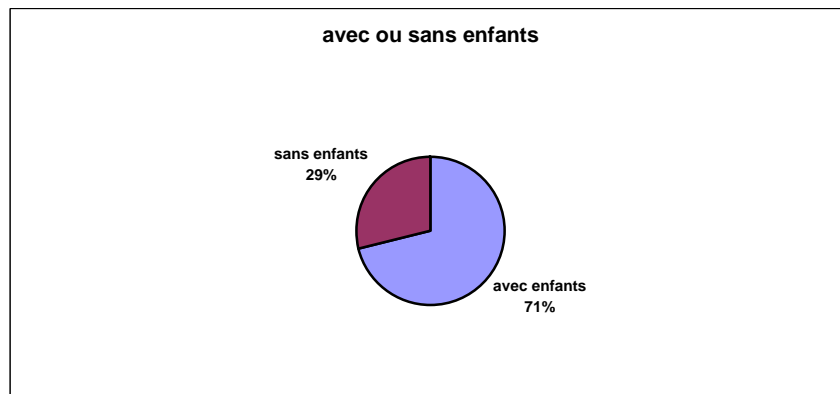
4. Avez-vous des enfants Oui Non
Si oui, combien :

27 ont un enfant ou plus, 11 sont sans enfant.

La moyenne d'enfant par femme est de $28/25 = 1,12$

La moyenne d'enfant par homme est de $24/13 = 1,8$.

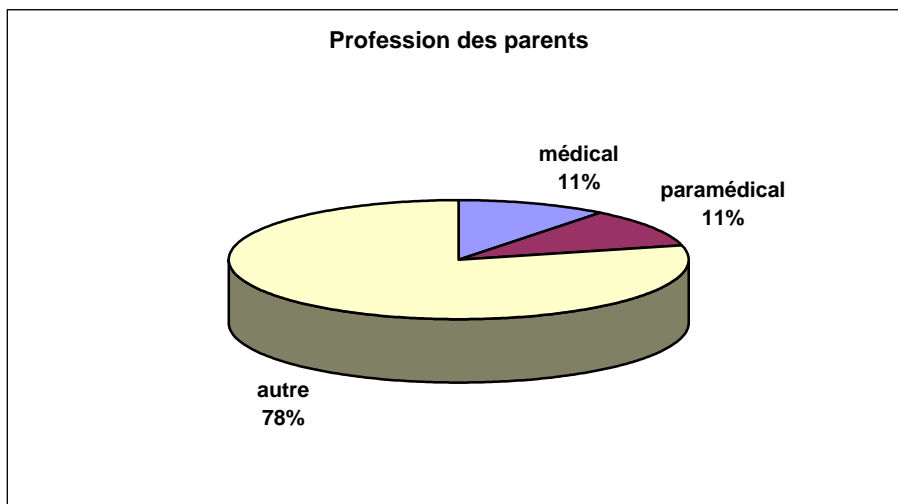
La moyenne d'enfant générale est de 1,40 enfant/remplaçant.



5. La profession de vos parents :
Père :
Mère :

Après regroupement des professions en médical, paramédical et autre, sur les 38 réponses obtenues :

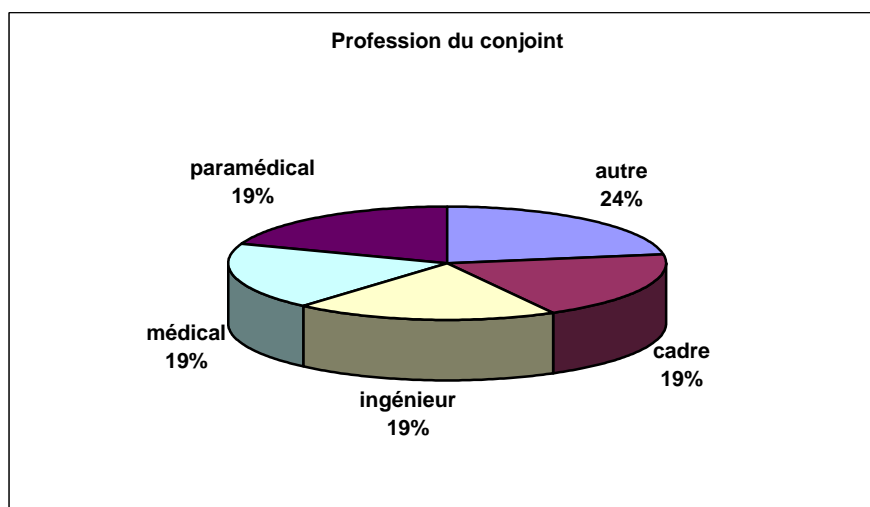
- 4 ont au moins un parent médecin
 - 4 ont au moins un parent dans le paramédical
- soit seulement 22 % des remplaçants interrogés ont un parent dans le domaine de la santé.



6. La profession de votre conjoint :

Pour tous les remplaçants qui ont un conjoint, ce conjoint est actif.

Après regroupement des professions en médical, paramédical, ingénieur, cadre, et autre, les proportions sont équivalentes, soit environ 20 % dans chaque catégorie.



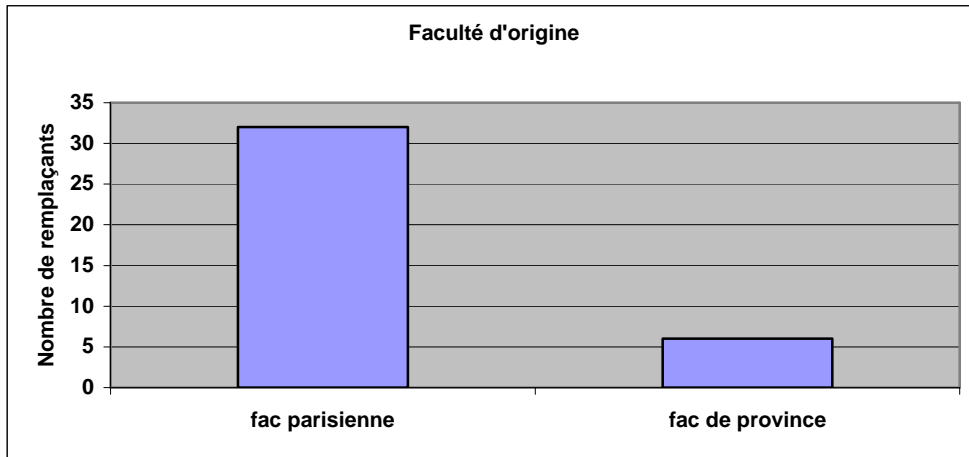
38 % des conjoints sont dans le domaine de la santé (12/31).

B. VOS ETUDES

1. Faculté d'études :

La majorité des remplaçants qui ont répondu ont fait leurs études médicales dans une faculté parisienne, soit 84 % (32/38).

Les 6 autres viennent de province (Bordeaux, Rennes, Dijon, Lyon, Poitiers, Besançon).



2. Pour vous, les études de médecine, c'était :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Un pur hasard | <input type="checkbox"/> Pour le contact humain |
| <input type="checkbox"/> L'influence des amis / des parents | <input type="checkbox"/> Un projet depuis toujours |
| <input type="checkbox"/> Profession lucrative | <input type="checkbox"/> Pour raisons de santé personnelles |
| <input type="checkbox"/> Le prestige du médecin | <input type="checkbox"/> Autres |

Un projet depuis toujours été cité 20 fois.

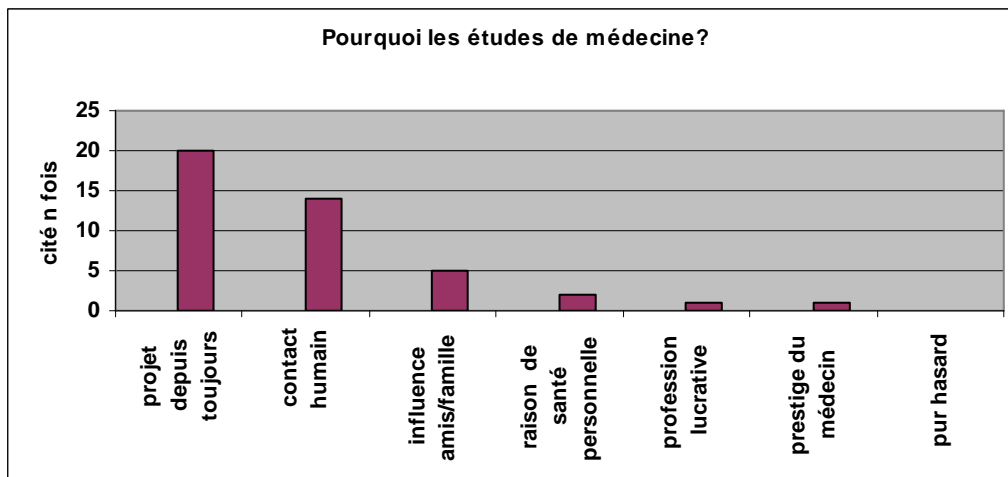
Le contact humain a été cité 14 fois

L'influence de la famille et/ou des amis a été citée 5 fois (2 d'entre eux ont un parent médecin ou pharmacien).

Les raisons de santé personnelle ont été citées 2 fois.

La profession lucrative et le prestige du médecin ont été cités 1 fois chacun.

Un pur hasard n'a pas été cité.



3. Avez-vous passé le concours de l'internat ou l'Examen Classant National ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, avez-vous été reçu (e) ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

27 remplaçants ont passé le concours de l'internat ou l'ECN : 17 d'entre eux ont été reçus.

10 remplaçants n'ont pas passé ce concours.

1 remplaçant n'a pas répondu à la question.

⇒ 71 % ont passé le concours de l'internat ou l'ECN, et plus de 50 % d'entre eux ont été reçus (spécialité médecine générale ou spécialité non souhaitée).

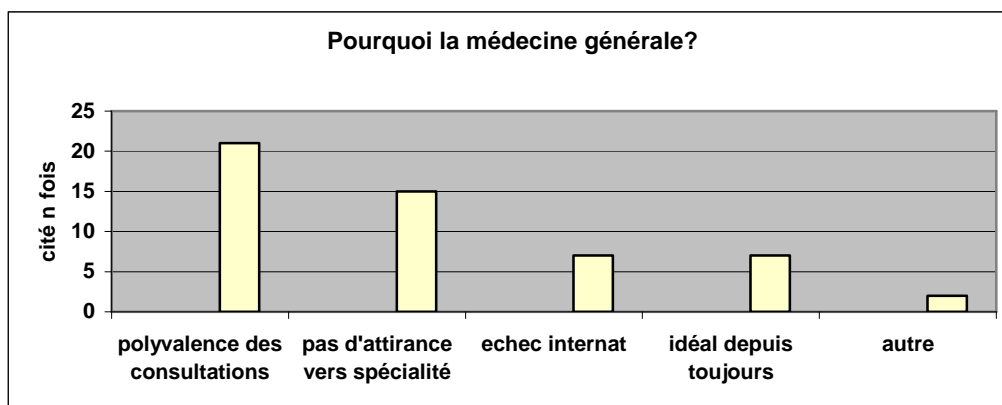
4. Pourquoi la médecine générale ?
<input type="checkbox"/> La polyvalence des consultations
<input type="checkbox"/> Idéal depuis toujours
<input type="checkbox"/> Pas d'attrance particulière vers une spécialité
<input type="checkbox"/> L'échec de l'internat
<input type="checkbox"/> Autre :

La polyvalence des consultations a été citée 21 fois.

Le manque d'attrance pour une spécialité a été cité 15 fois.

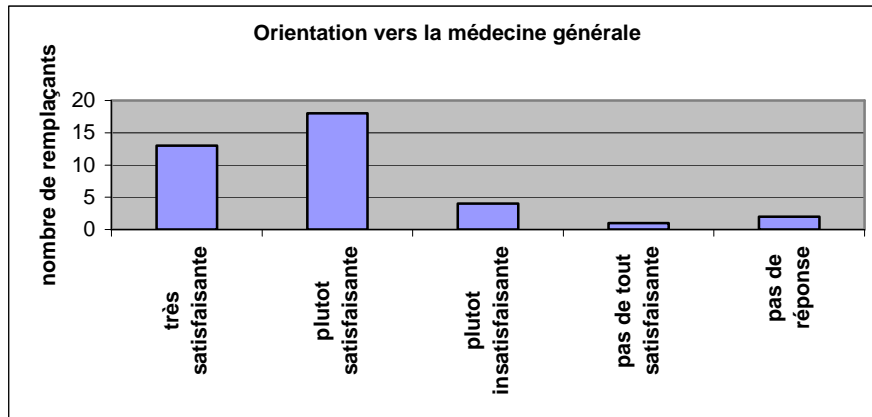
L'échec de l'internat et l'idéal depuis toujours ont été cités chacun 7 fois.

Les autres raisons évoquées sont pour faire « médecin militaire » ou « médecine esthétique ».



5. A ce jour, votre orientation en médecine générale vous paraît :

- très satisfaisante
- plutôt satisfaisante
- plutôt insatisfaisante
- pas du tout satisfaisante



La grande majorité est plutôt satisfaite voire très satisfaite de son orientation en médecine générale.

6. Votre stage chez le praticien au cours de votre résidanat vous a-t-il conforté dans le choix de la médecine générale :

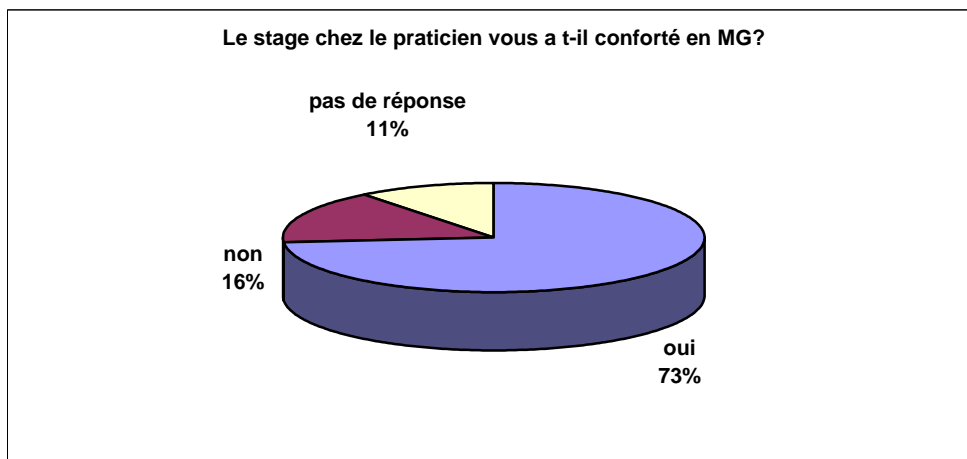
- Oui
- Non

28 remplaçants ont été confortés dans leur choix par leur stage.

6 remplaçants ne l'ont pas été.

4 remplaçants n'ont pas répondu à la question.

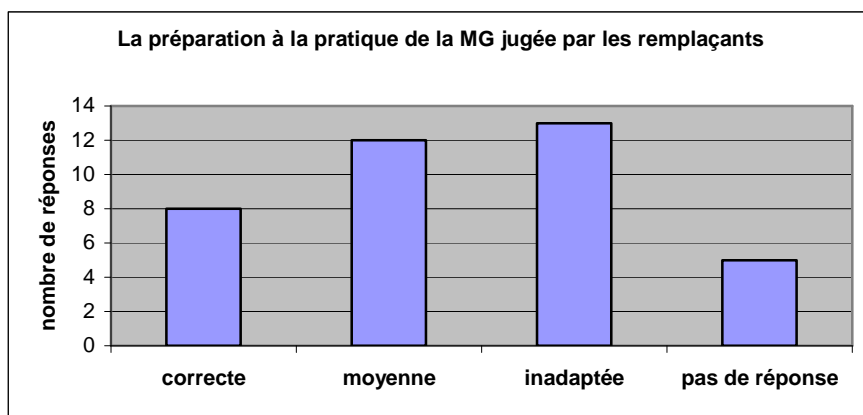
⇒ La grande majorité (73.6 %) a été confortée dans son choix de médecine générale par le stage chez le praticien.



7. D'après vous, la préparation à la pratique de la médecine générale pendant le 3^{ème} cycle, est-elle :
 correcte moyenne inadaptée

La préparation à la pratique de la médecine générale a été considérée :

- Inadaptée par 13 remplaçants
- Moyenne par 12 remplaçants
- Correcte par 8 remplaçants.
- 8 n'ont pas répondu



8. Avez-vous :
 un D.E.S.C / D.E.S. oui non
 un D.U oui non

- 4 ont un D.E.S.
- 12 ont un D.U.

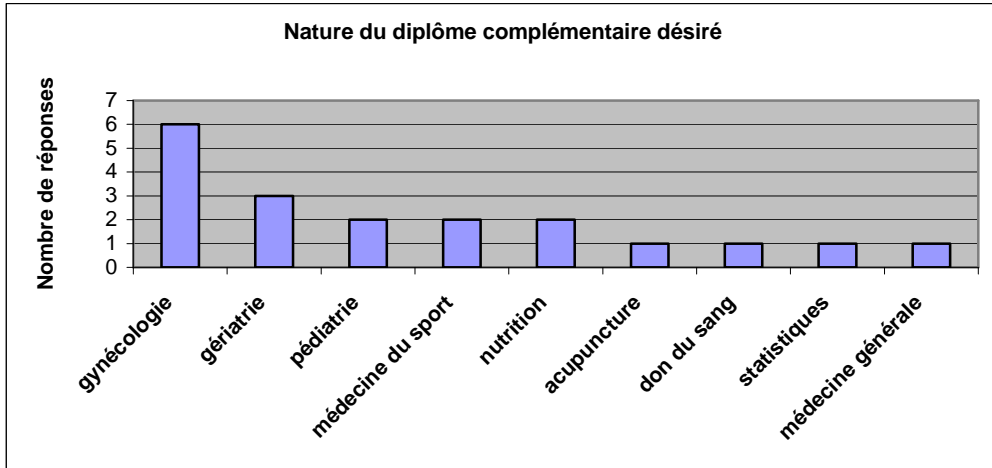
Soit 42% (16/38) des remplaçants interrogés qui possèdent un diplôme complémentaire.

9. Pensez-vous en suivre un oui non
Si oui, dans quel domaine ?

- 18 désireraient passer un diplôme complémentaire (4 d'entre eux en possèdent déjà un).

- Les domaines recherchés sont :

- La gynécologie (6)
- La gériatrie (3)
- La pédiatrie, la médecine du sport, la nutrition (2 chacun).
- L'acupuncture, le don du sang, les statistiques, la médecine générale (1 chacun)

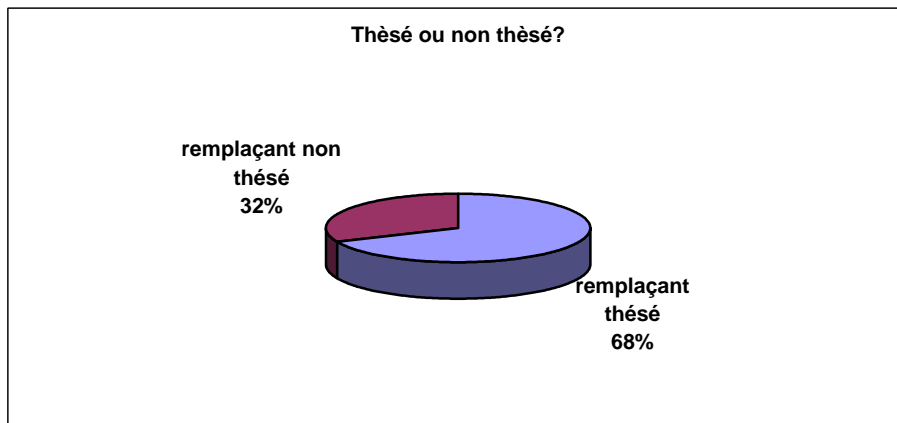


10. Etes-vous thésé (e) ? oui non

26 remplaçants sont thésés.

12 remplaçants ne le sont pas encore (10 femmes et 2 hommes).

⇒ soit 68 % des remplaçants sont déjà « docteur en médecine ».



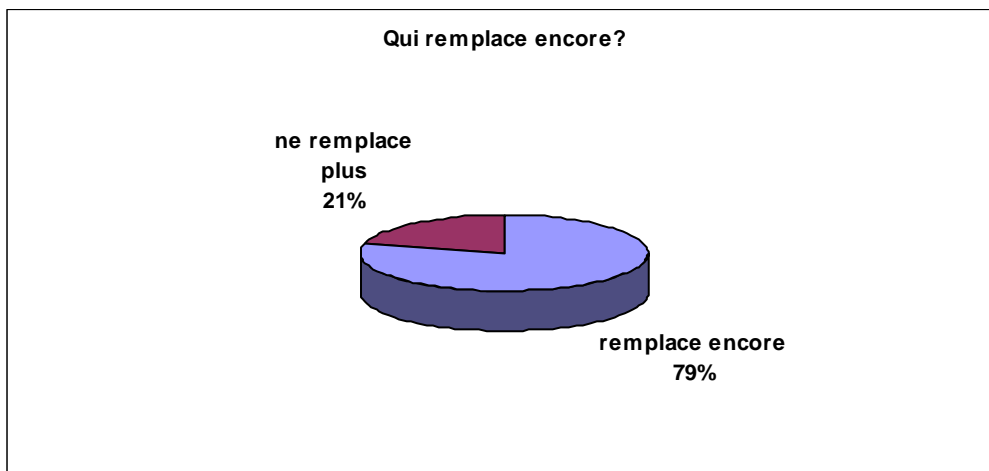
C. VOS REMPLACEMENTS

1. Vous êtes inscrit sur la liste des remplaçants du conseil de l'Ordre, remplacez-vous toujours ?

- Oui Non

30 continuent de pratiquer des remplacements \Rightarrow 79 % des répondants.

8 personnes ont cessé leur remplacement depuis 2008.

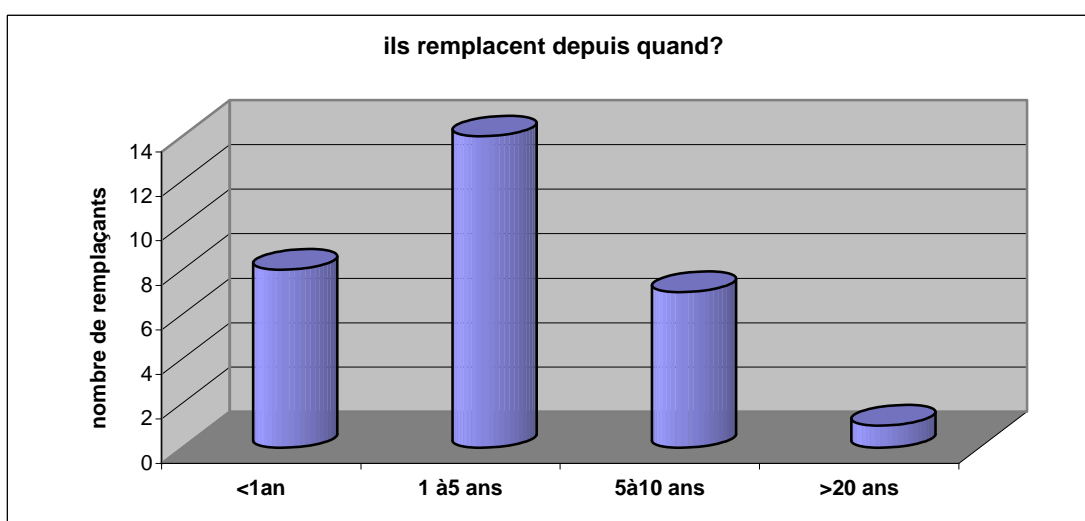


2. Si oui, depuis combien d'années ?

Parmi ceux qui remplacent toujours :

- 8 remplacent depuis moins de 1 an
- 14 remplacent depuis une période comprise entre 1an et 5 ans
- 7 remplacent depuis une période comprise entre 5 ans et 10 ans.
- 1 remplace depuis plus de 20 ans.

A noter, les 2 qui se sont installés en 2008, ont remplacé respectivement pendant 13 et 14 ans.



3. Si non, pour quelle raison :

- Installation
 Congé maternité
 Emploi salarié

- Retraite
- Maladie
- Autre :

8 personnes ne remplacent plus pour des raisons diverses :

- 3 ont un emploi salarié
- 2 se sont installés
- 1 est parti en retraite
- 1 a un statut de collaborateur médical
- 1 a repris son stage d'internat (a remplacé pendant une disponibilité).

4. Approximativement, combien de jours avez-vous remplacé en 2008 ?

- moins de 50 jours
- entre 50 et 100 jours
- entre 100 et 200 jours
- plus de 200 jours

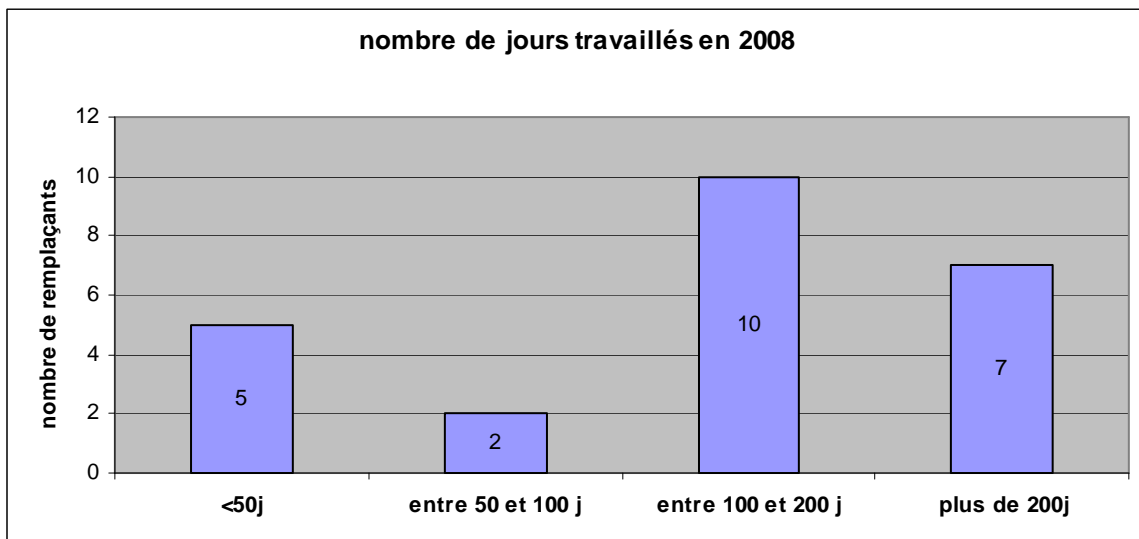
La plupart de ceux qui remplacent depuis moins de 1 an, a travaillé moins de 50 jours en 2008.

Parmi ceux qui remplacent depuis 1 à 5 ans : 6 ont remplacé pendant plus de 200 jours en 2008, et 6 ont remplacé pendant 100 à 200 jours.

Parmi ceux qui remplacent depuis 5 à 10 ans : 4 sur 7 travaillent entre 100 et 200 jours.

Celui qui remplace depuis plus de 20 ans, travaille aussi entre 100 et 200 jours.

Si l'on exclue ceux qui remplacent depuis moins d'1 an, on retrouve :



5. Sur quel mode ?

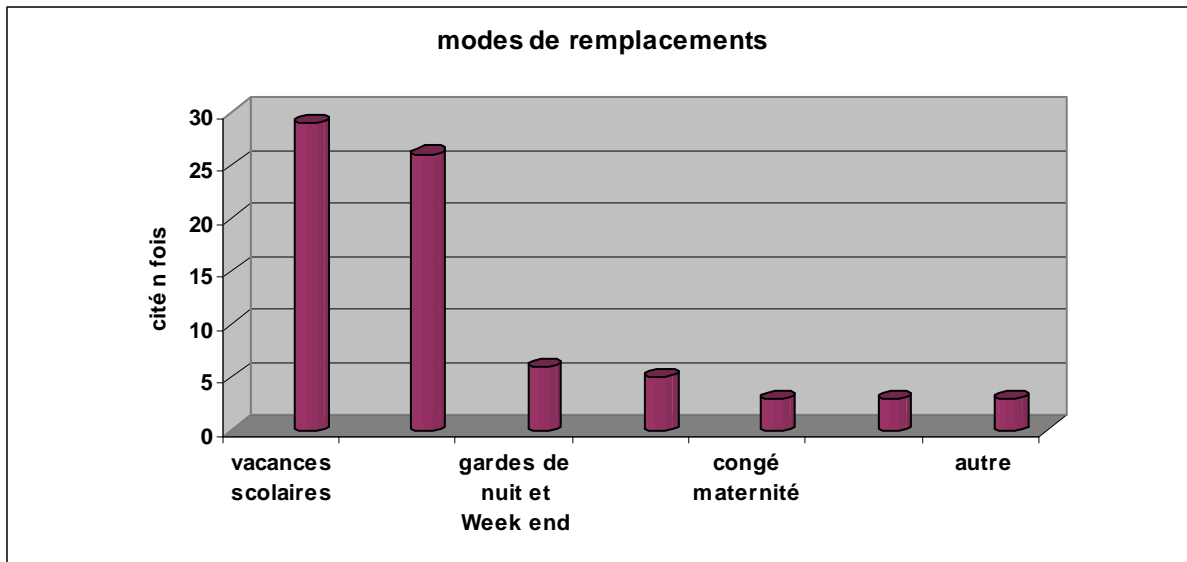
- vacances scolaires
- jours réguliers
- gardes de nuit, et de week-end
- congé maternité du médecin remplacé
- congé maladie du médecin remplacé

autre :

Parmi les réponses recueillies, le remplacement en mode :

- Vacances scolaires : cité 29 fois
- Jours réguliers : cité 26 fois
- Gardes de nuit et week-end : cité 6 fois
- Hors vacances scolaires : cité 5 fois
- Congé maternité et congé maladie : cité chacun 3 fois
- Autre : cité 3 fois (formation, évènement familial, fête religieuse).

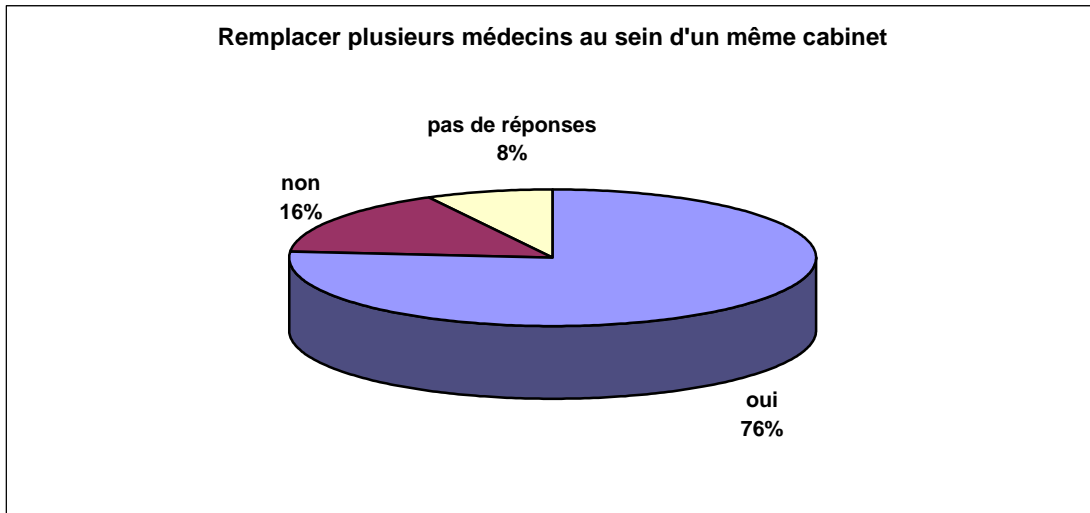
⇒ Ils remplacent majoritairement pendant les vacances scolaires et pendant des jours réguliers.



6. Vous arrive-t-il de remplacer différents médecins au sein d'un cabinet de groupe ?

Oui Non

- 29 remplaçants ont remplacé différents médecins au sein d'un même cabinet.
- 6 n'ont remplacé qu'un médecin par cabinet
- 3 n'ont pas répondu.

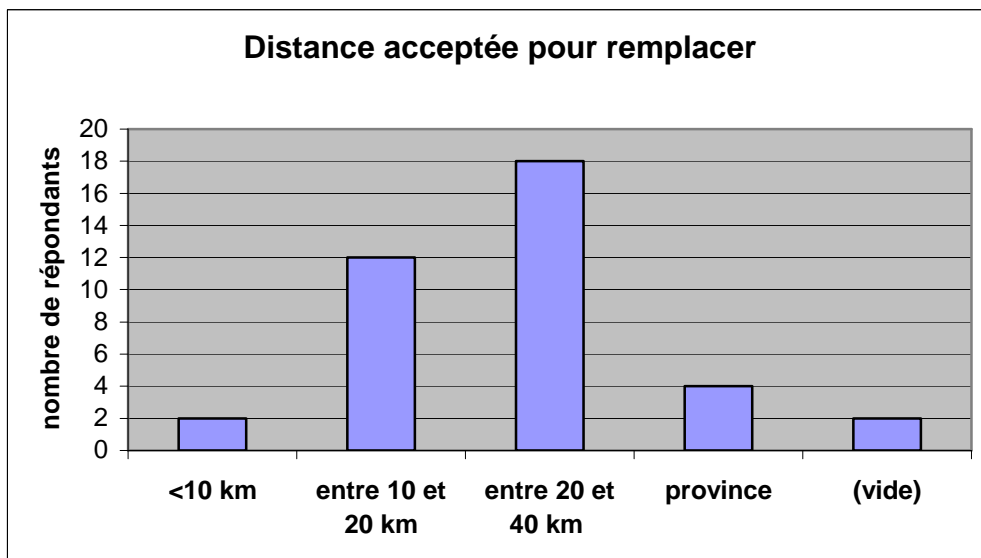


7. Distance maximale que vous acceptez entre domicile et le lieu du remplacement :

- moins de 10 km
- entre 10 et 20 km
- entre 20 et 40 km
- autre, province

- 2 acceptent 10 km maximum (1 femme mariée avec 2 enfants, et 1 homme de 59 ans marié avec 3 enfants) :5%
- 12 acceptent une distance entre 10 et 20 km : 31.5%
- 18 acceptent une distance entre 20 et 40 km : 47.3%
- 4 acceptent des remplacements en province.10.5%
- 2 n'ont pas répondu.5%

⇒ la grande majorité accepte des remplacements distants de 10 à 40 km de leur domicile (78.8%).



8. Exercez-vous une autre activité professionnelle
 Oui Non
Si oui, la ou les quelles

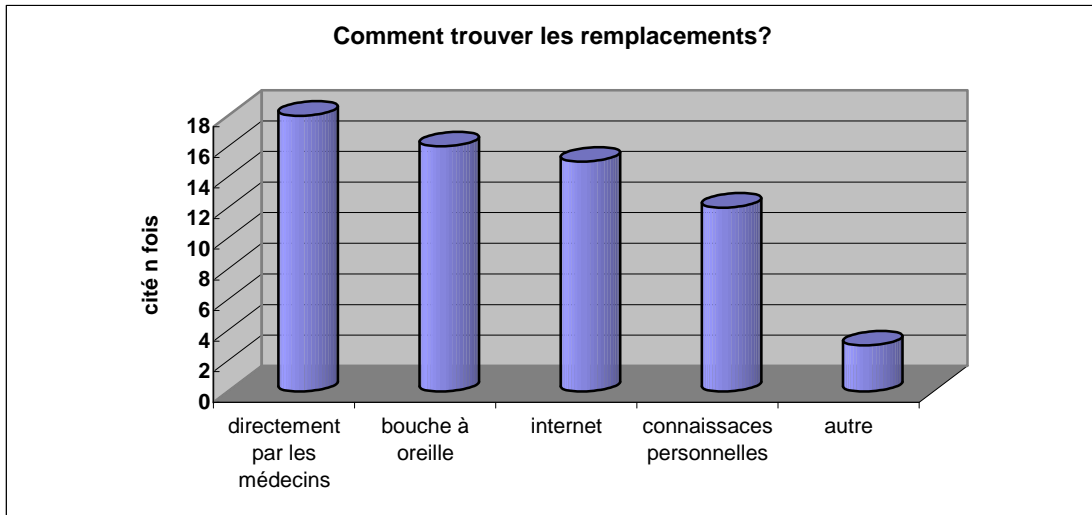
Sur les 30 qui remplacent encore 23 ne font que des remplacements, 7 ont une autre activité, soit un ¼ d'entre eux qui concilie les remplacements à une autre activité.

- Médecin scolaire (3)
- Médecin de crèche (2)
- Médecin à l'E.F.S. – don du sang (1)
- Interne (1).



9. Comment trouvez-vous vos remplacements ?
 bouche à oreilles (médecins, délégués médicaux)
 internet
 c'est les médecins qui vous contactent
 connaissances personnelles
 autres

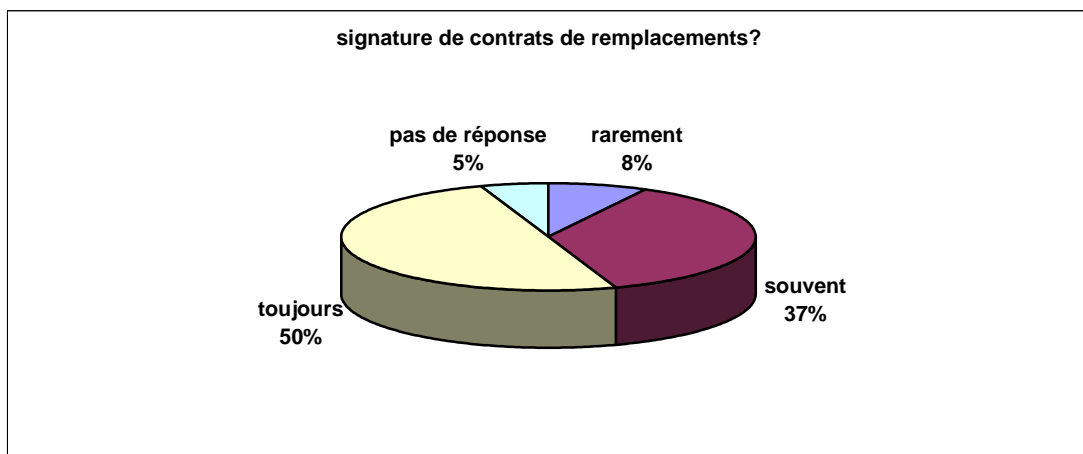
- Bouche à oreilles cité 16 fois
- Internet cité 15 fois
- Les médecins directement cité 18 fois
- Connaissances personnelles cité 12 fois
- Autres cité 3 fois (courrier au médecin de la ville et des alentours, appel téléphonique à tous les médecins via les pages jaunes, par l'Ordre des médecins)



10. Etablissez-vous des contrats de remplacement ?

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais

- 19 établissent toujours des contrats
- 14 le font souvent
- 3 rarement
- 1 jamais.
- 1 n'a pas répondu.



10. Dans vos contrats, vous assure-t-on un minimum de consultations ?

- Oui Non
Si oui, combien

- 63 % des remplaçants n'ont pas de minimum de consultations assurées
- 37 % ont un minimum de consultations assurées (variant de 6 à 15 avec une majorité à 10 consultations)

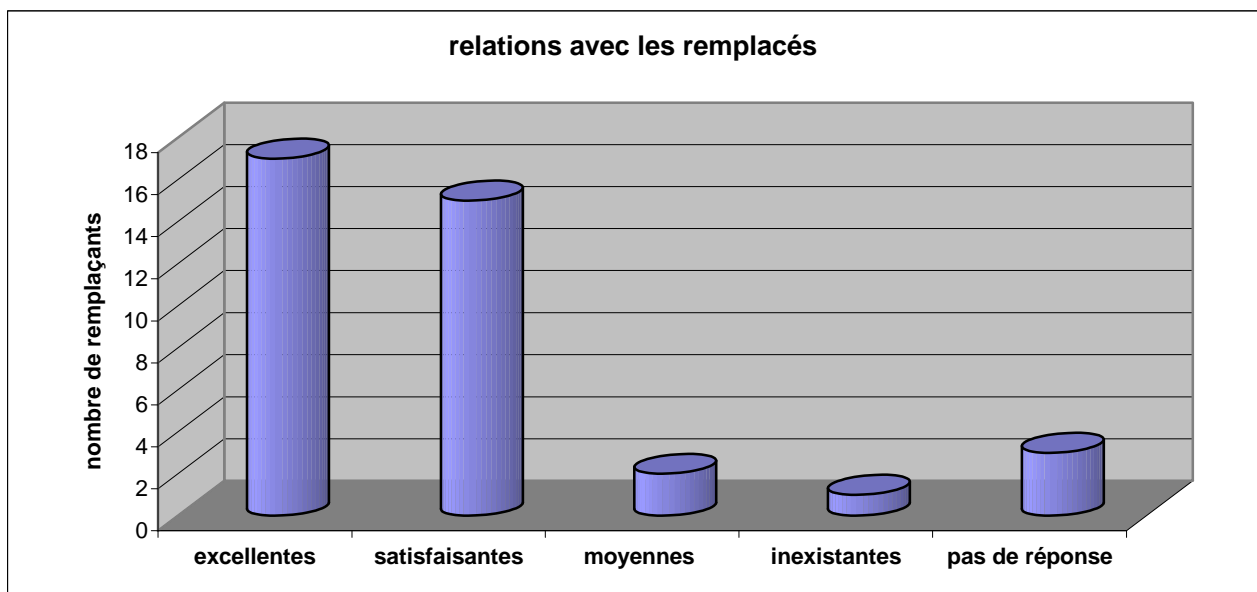
11. Quel est le pourcentage des rétrocessions ?

- pour 96 % d'entre eux (29 sur 30), la rétrocession est comprise entre 70 et 80 % (parfois, elle est de 100 % dans des conditions particulières : remplacement au pied levé...)
- pour un seul remplaçant la rétrocession est de moins de 70 %.

12. Comment jugez-vous les relations avec le et les différents médecins que vous remplacez ?

- excellentes
 satisfaisantes
 moyennes
 inexistantes

⇒ la grande majorité (84 %) ont d'excellentes ou satisfaisantes relations avec le médecin remplacé.



13. Est-vous adhérent à une AGA (Association de Gestion Agréée) ? Oui Non

- 22 remplaçants sont adhérents à une A.G.A. soit 73 %.
- 8 ne sont pas adhérents

14. Avez-vous souscrit :

- à une assurance Responsabilité Civile Professionnelle
- à une assurance Prévoyance Invalidité Incapacité Décès, à titre professionnel

- 100 % ont une R.C.P.
- en ce qui concerne l'assurance Prévoyance Invalidité Incapacité Décès : seuls 26 % y ont souscrit (9 sur 30).

15. Qui tient à jour votre comptabilité ?

- vous-même
- un comptable
- autre :

- 83 % tiennent eux-mêmes leur comptabilité (25 sur 30)
- pour 17 % la comptabilité est tenue par un professionnel.

16. Le montant de vos revenus liés à vos remplacements en 2008 :

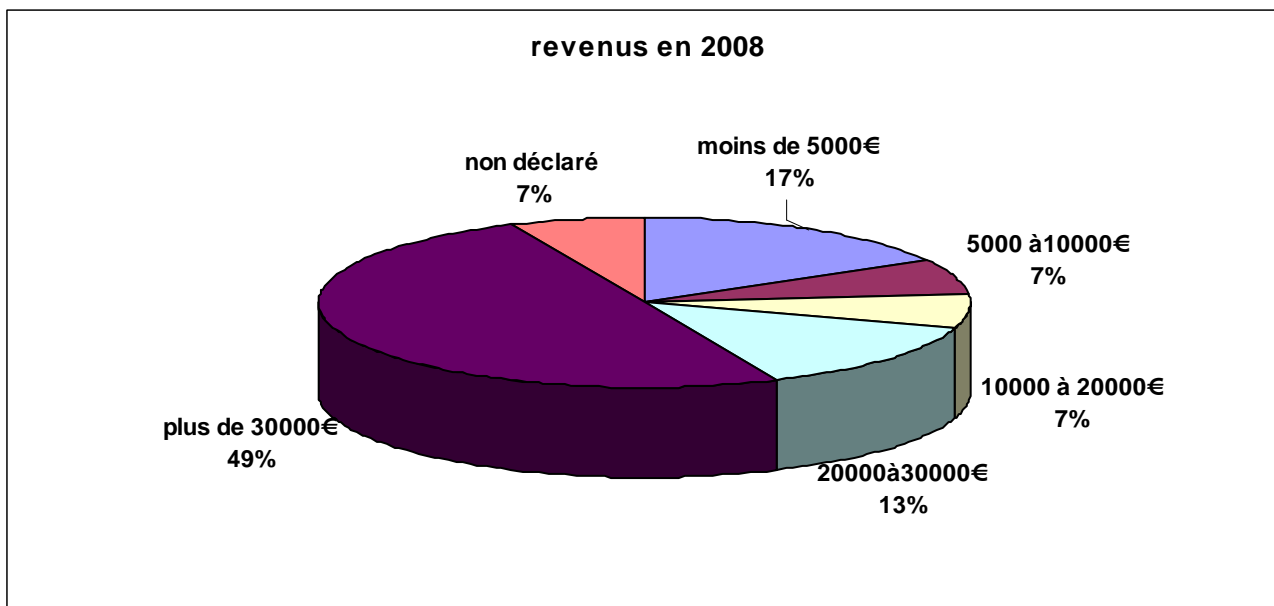
- moins de 5000 euros
- de 5000 à 10.000 euros
- de 10.000 à 20.000 euros
- de 20.000 à 30.000 euros
- plus de 30.000 euros

Ceux qui gagnent moins de 5000 euros remplacent depuis moins d'1 an.

Ceux qui gagnent entre et 5000 et 10000 euros remplacent depuis 1 an et 1 an et demi.

Ceux qui gagnent entre 20000 et 30000 euros remplacent depuis au moins 3 ans.

Ceux qui gagnent plus de 30000 euros remplacent depuis au moins 1 an et demi et travaillent au moins 200 j par an.



17. En êtes-vous satisfait ? Oui Non

- 27 sur 30 sont satisfaits de leur revenu soit 90 %.
- 1 n'est pas satisfait (travaille entre 100 et 200 jours et a des revenus supérieurs à 30.000 euros)
- 2 n'ont pas répondu.

18. Souhaitez-vous connaître d'autres remplaçants ?
 club de remplaçants
 association de remplaçants

- 12 ne souhaitent pas faire connaissance avec d'autres remplaçants
- 9 souhaiteraient adhérer à des clubs ou à des associations de remplaçants.
- 9 n'ont pas répondu.

D. VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

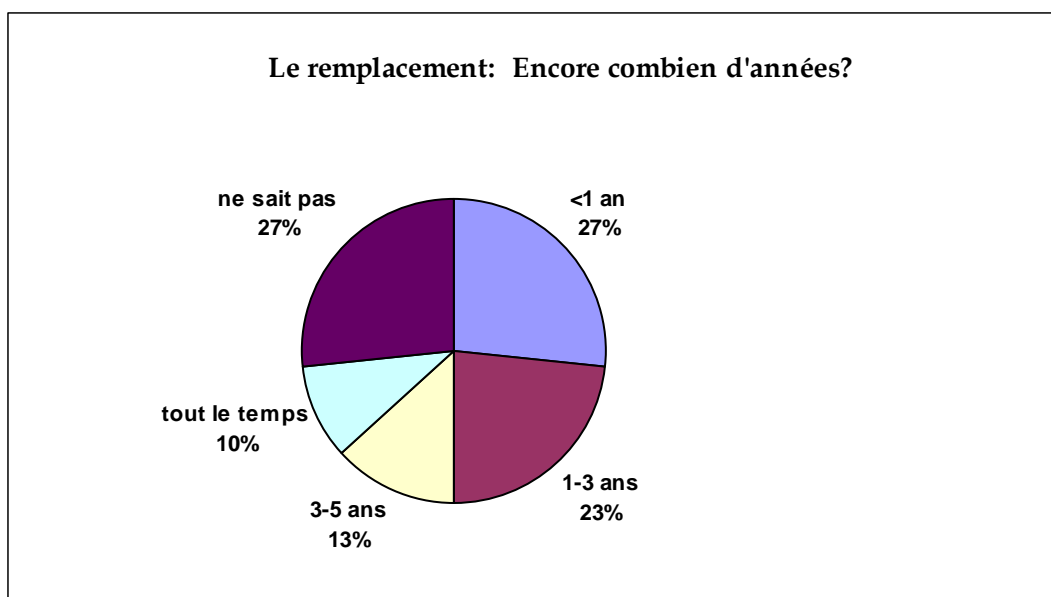
1. Pendant combien de temps souhaitez-vous encore remplacer :

- moins de 1 an
- de 1 an à 3 ans
- de 3 ans à 5 ans
- faire cela tout le temps
- ne sait pas

Sur les 30 remplaçants qui ont ce statut :

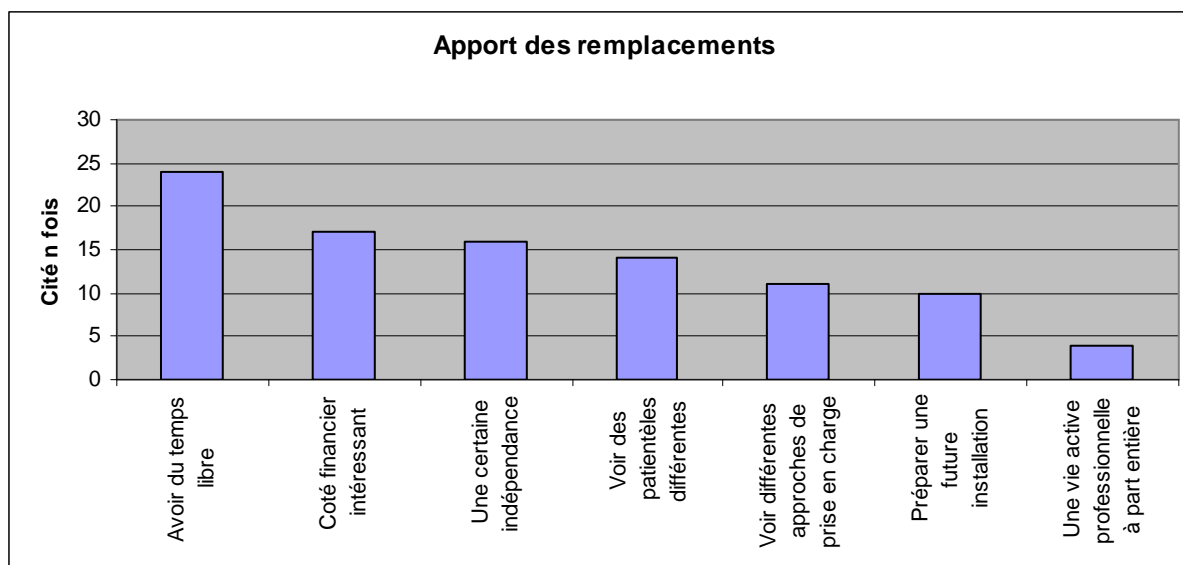
- 8 veulent remplacer encore moins de 1 an (27%)
- 7 veulent remplacer encore de 1 à 3 ans (23%)
- 4 veulent remplacer entre de 3 à 5 ans (13%)
- 3 veulent remplacer tout le temps (10%)
- 8 ne savent pas (27%).

Ceux qui veulent faire de leur remplacement une vie professionnelle à part entière, remplacent ainsi depuis 8 et 9 ans, et n'ont aucune autre activité professionnelle (crèche, médecine scolaire)



2. Que vous apportent vos remplacements :
- préparer une future installation
 - voir différentes approches de prise en charge
 - voir des patientèles différentes
 - avoir du temps libre
 - une certaine indépendance
 - un côté financier intéressant
 - une vie active professionnelle à part entière
 - autre :

- Avoir du temps libre cité 24 fois
- Un côté financier intéressant cité 17 fois
- Une certaine indépendance cité 16 fois
- Voir des patientèles différentes cité 14 fois
- Voir différentes approches de prise en charge cité 11 fois
- Préparer une future installation cité 10 fois
- Une vie active professionnelle à part entière cité 4 fois



3. Souhaitez-vous vous installer ?

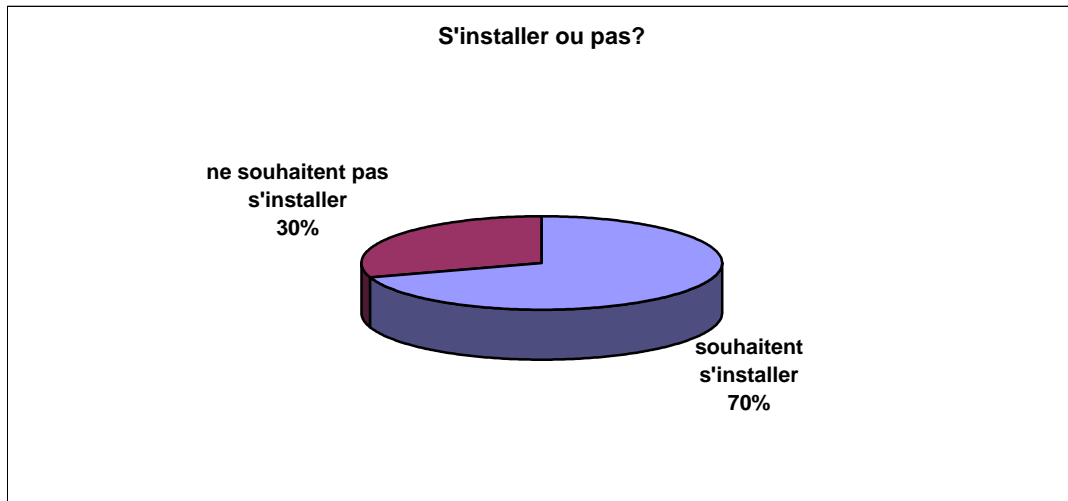
oui

non

si oui, dans quel délai :

Sur les 30 qui remplacent encore :

- 21 souhaitent s'installer, soit 70 %
- 9 ne le souhaitent pas



Délai envisagé :

- moins de 1 an pour 6 d'entre eux
- dans 1 à 3 ans, pour 6 autres
- dans 3 à 5 ans, pour 3 autres
- dans plus de 5 ans, pour 2 autres
- 3 ne savent pas

Sur les 21 qui souhaitent s'installer, 2/3 souhaiteraient le faire dans les 5 ans à venir.

4. Si OUI, de quelle manière ?

- libéral exclusif
- mixte
- en groupe
- isolé

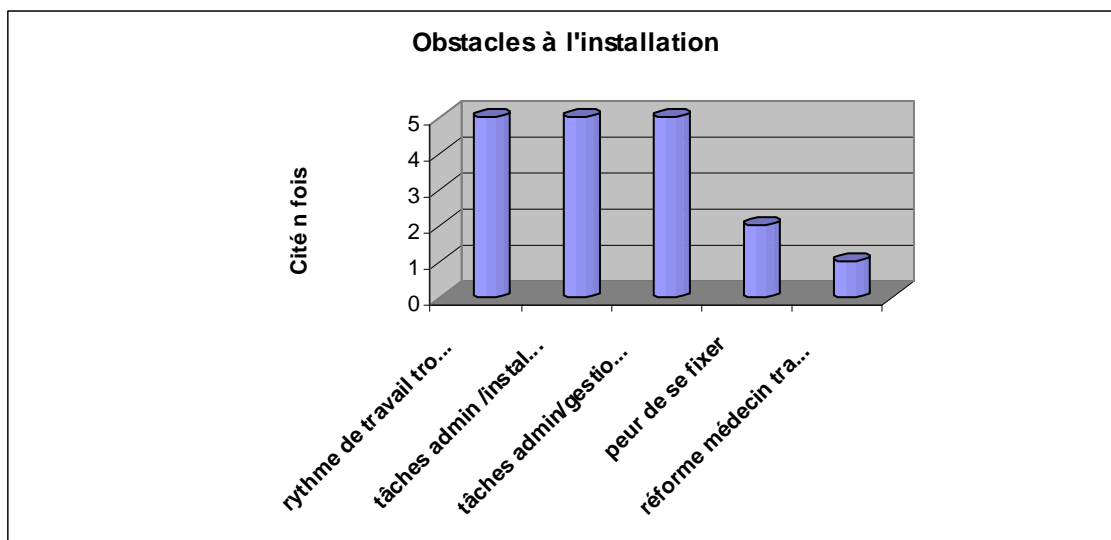
76 % de ceux qui souhaitent s'installer veulent le faire en libéral exclusif et en groupe (soit 16 sur 21)

5. Si NON, pour quelles raisons ?

- rythme de travail trop intense
- tâches administratives liées à l'installation
- tâches administratives liées à la gestion d'un cabinet
- peur de la routine, peur de se fixer
- la réforme du médecin traitant

Les 9 remplaçants qui ne veulent pas s'installer ne le font pas pour plusieurs raisons :

- Rythme de travail trop intense cité 5 fois
- Tâches administratives liées à l'installation cité 5 fois
- Tâches administratives liées à la gestion d'un cabinet cité 5 fois
- Peur de se fixer cité 2 fois
- La réforme du médecin traitant cité 1 fois



6. La déclaration du médecin traitant vous effraie-t-elle face à une éventuelle installation ?
 oui non

- La réforme du médecin traitant n'effraie pas la grande majorité des remplaçants en vue d'une installation, soit 28 sur 30.
- 1 remplaçant pourrait être gêné par cette réforme
- 1 n'a pas répondu.

7. Connaissez-vous les aides à l'installation proposée par les diverses institutions et collectivités territoriales ?
 oui non

Ces aides à l'installation ne sont pas connues par 70 % des remplaçants.

8. Ces aides vous inciteraient-elles à vous installer dans des zones déficitaires ou fragiles ?
 oui non

Pour ceux qui connaissent ces aides à l'installation, soit 8 remplaçants sur 30, seulement 2 seraient incités à s'installer dans des zones déficitaires ou fragiles.

E. VOTRE SANTE

1. Poids :kg Taille : m

Après calcul de l'IMC : P^2/T^2 : ou P le poids en kg, et T la taille en mètre.

On peut ainsi définir 3 catégories

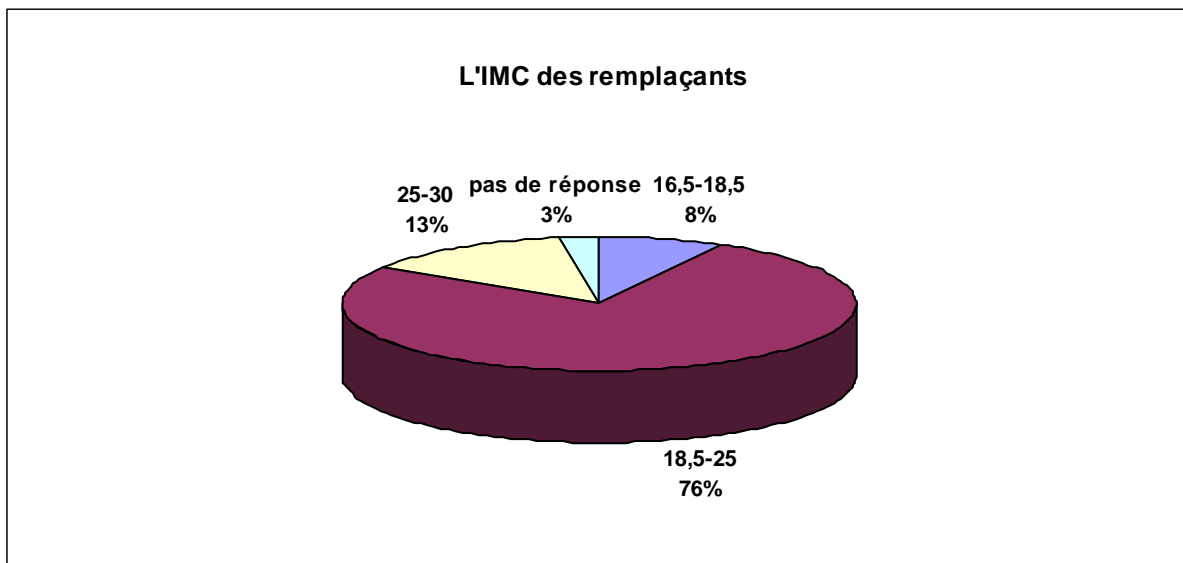
- 1 remplaçant n'a pas répondu.
- 3 ont un IMC compris entre 16,5 et 18,5 (soit 8,1 %)-poids trop faible
- 29 ont un IMC compris entre 18,5 et 25 (soit 78,3 %)-poids normal
- 5 ont un IMC compris entre 25 et 30 (soit 13,5 %)-surpoids

Dans mes résultats, il n'y a pas de médecin obèse.

L'IMC maximal retrouvé est 29 (il s'agit d'un homme de 41 ans)

L'IMC minimal retrouvé est 17.7 (c'est une femme de 29 ans)

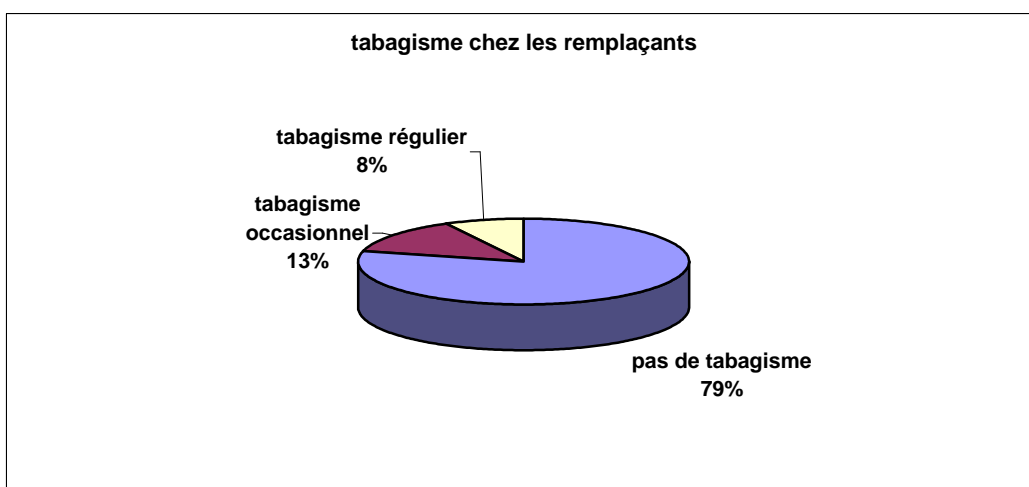
Il y a une plus grande proportion de personnes dont l'IMC est normal (18,5 à 25) que dans la population française générale.



2. Fumez-vous ?

- non
- occasionnellement
- oui :
 - nombre de paquets – année :
 - avez-vous déjà essayé d'arrêter ?
- sevré

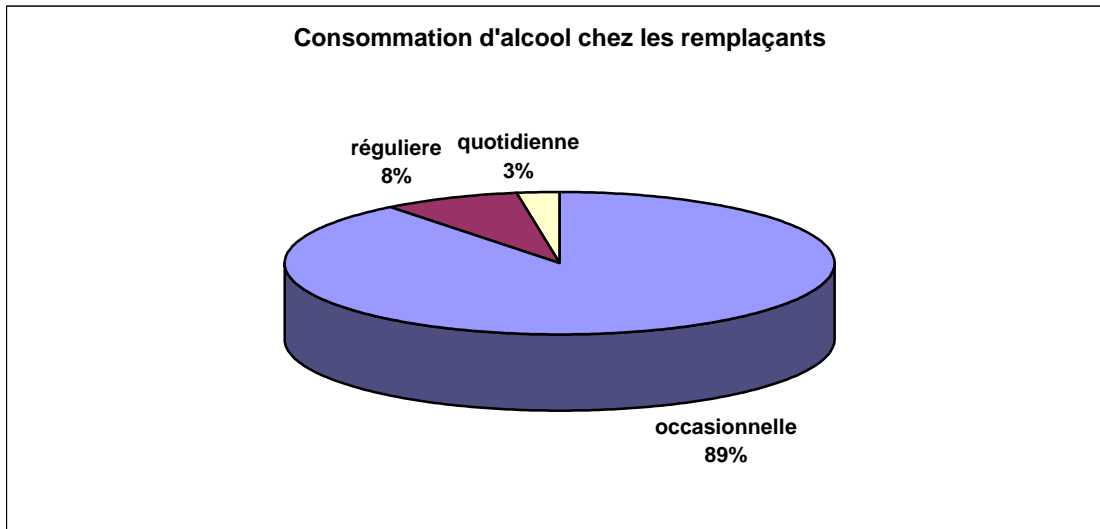
- 79 % ne fument pas
- 13 % fument occasionnellement (3 femmes et 2 hommes)
- 8 % fument (soit 3 remplaçants : 2 hommes et 1 femme) entre 10 et 30 paquets/année.



3. Votre consommation d'alcool est-elle :
- occasionnelle
 - régulière (supérieure à 3 fois par semaine)
 - quotidienne
 - nombre d'unités par semaine (1 unité = 10 g) :

Sur les 38 remplaçants :

- 34 remplaçants consomment de façon occasionnelle (89,4 %)
- 3 remplaçants en consomment régulièrement (7,9 %)
- 1 remplaçant consomme de façon quotidienne (2,6 %) : il s'agit d'une femme de 35 ans mère d'1 enfant



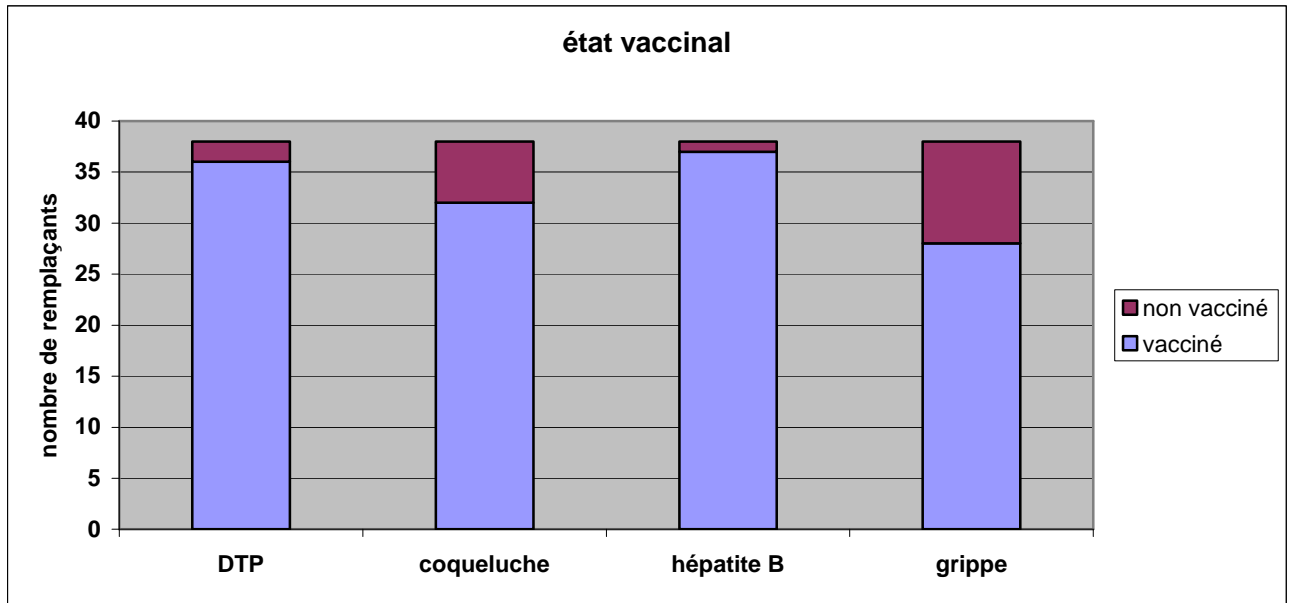
4. Vaccinations : êtes-vous à jour ?
- | | OUI | NON | NE SAIT PAS |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| DTP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hépatite B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grippe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rubéole (femme) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Vacciné	Non vacciné
DTP	36 (94.7%)	2
Coqueluche	32 (88.8%)	6
Hépatite B	37 (97.3%)	1
Grippe	28 (73.6%)	10

Les 2 non vaccinés pour le DTP ont 29 ans, et 32 ans.

La personne non vaccinée pour l'hépatite B, a précisé qu'elle a reçu 4 injections, mais que la sérologie reste négative.

En ce qui concerne la rubéole, sur les 25 femmes qui ont répondu, 24 sont vaccinées, et 1 ne sait pas.



5. Avez-vous déjà effectué un test de dépistage du VIH ?

oui non

Si oui, à quelle occasion ?

prise de risque

systématique

autre :

La sérologie VIH a été effectuée chez 89 % des remplaçants (34 sur 38).

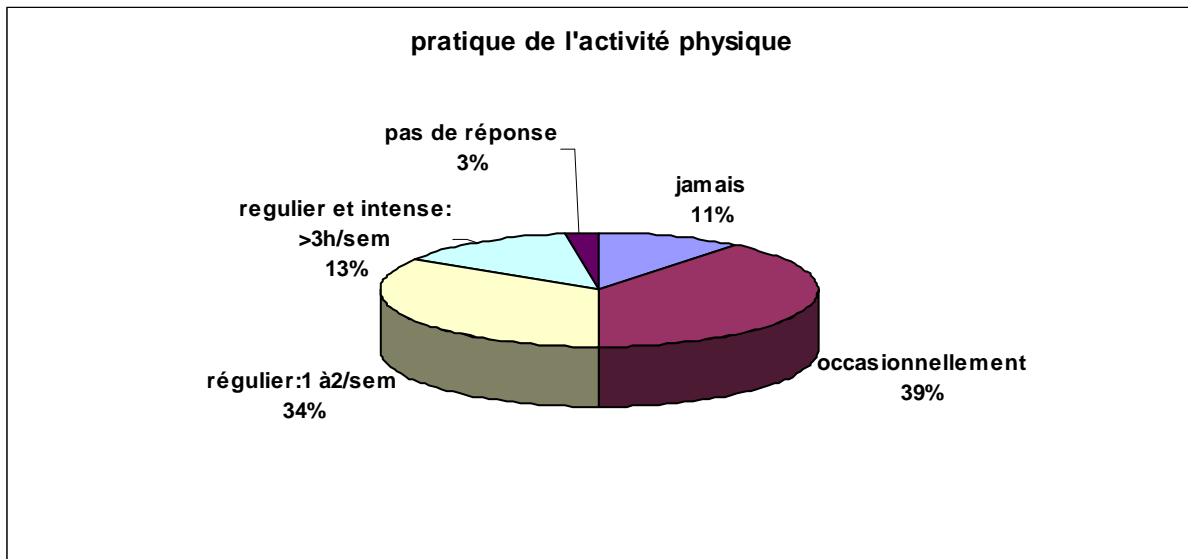
Celle-ci a été faite dans :

- 23 % de façon systématique
- 17 % lors d'une prise de risque (AES compris)
- 29 % lors d'une grossesse ou lors d'un bilan pré-nuptial
- 29 % pour raisons diverses : don du sang, bilan préopératoire, embauche, changement de partenaire.

6. Faites-vous du sport ?

- jamais
- occasionnellement
- régulièrement : 1 à 2 heures par semaine
- régulièrement et intensif : > 3 heures par semaine

- 10,5 % des remplaçants ne font jamais de sport (4 sur 38)
- 39,4 % font du sport occasionnellement (15 sur 38)
- 34,2 % en font régulièrement (13 sur 38)
- 13,1 % en font régulièrement et de manière intensive (5 sur 38)
- 1 personne n'a pas répondu.



7. Avez-vous une maladie chronique ?

- oui :
- non

8. Avez-vous un traitement au long cours ?

- oui
- non

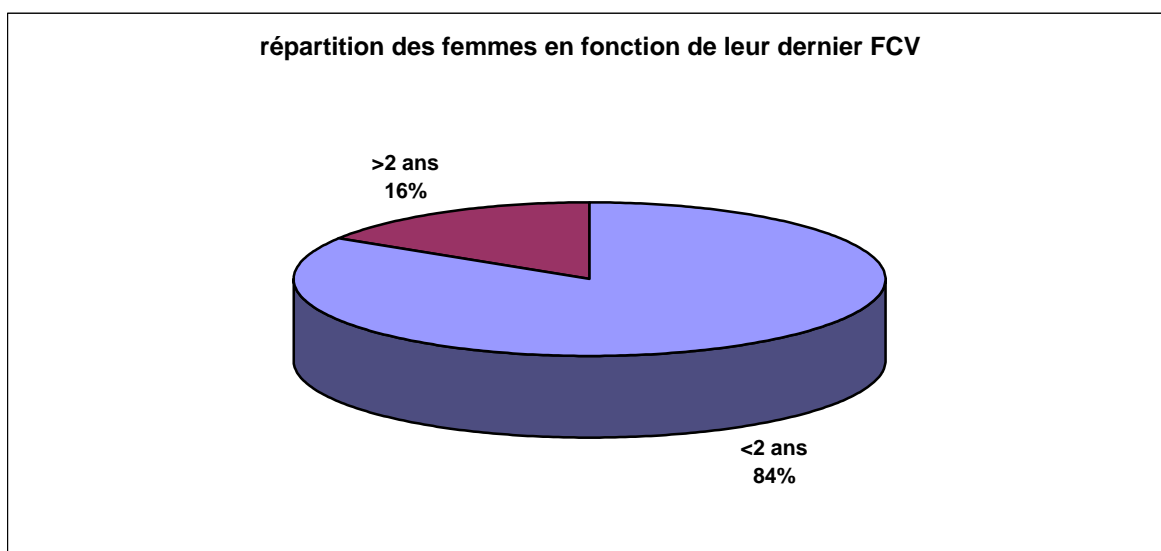
5 remplaçants ont une maladie chronique (soit 13 %) dont 2 ont un traitement au long cours (syndrome anxio-dépressif et R.C.H.)

9. Biologie et tension artérielle :	Contrôle Régulier	Contrôle occasionnel, dernier en date	
Glycémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan lipidique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- En ce qui concerne la glycémie et le bilan lipidique 73,6 % les contrôlent occasionnellement, 5,2 % régulièrement, et 8 remplaçants n'ont pas répondu (21.2%).
- Pour la tension artérielle, 71 % la contrôlent occasionnellement, 10,5 % régulièrement, et 7 remplaçants n'ont pas répondu (18.5%)

10. Dépistage des cancers :
Si vous êtes un homme > à 50 ans, avez-vous déjà fait un dosage des PSA ?
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
si vous êtes une femme, date de votre dernier frottis cervico-vaginal :
<input type="checkbox"/> < à 2 ans <input type="checkbox"/> > à 2 ans <input type="checkbox"/> jamais réalisé
Avez-vous déjà remarqué un grain de beauté suspect ?
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, avez-vous pris un avis auprès :
<input type="checkbox"/> d'un médecin généraliste
<input type="checkbox"/> d'un dermatologue

- Pour les hommes de plus de 50 ans, qui sont au nombre de 6 dans mon enquête, 5 d'entre eux contrôlent leur PSA (83 %), et 1 ne l'a jamais contrôlée : il a 52 ans
- Pour le frottis cervico-vaginal, toutes les femmes en ont déjà eu un : 84 % des femmes interrogées l'ont réalisé il y a moins de 2 ans, 16% il y a plus de 2 ans.

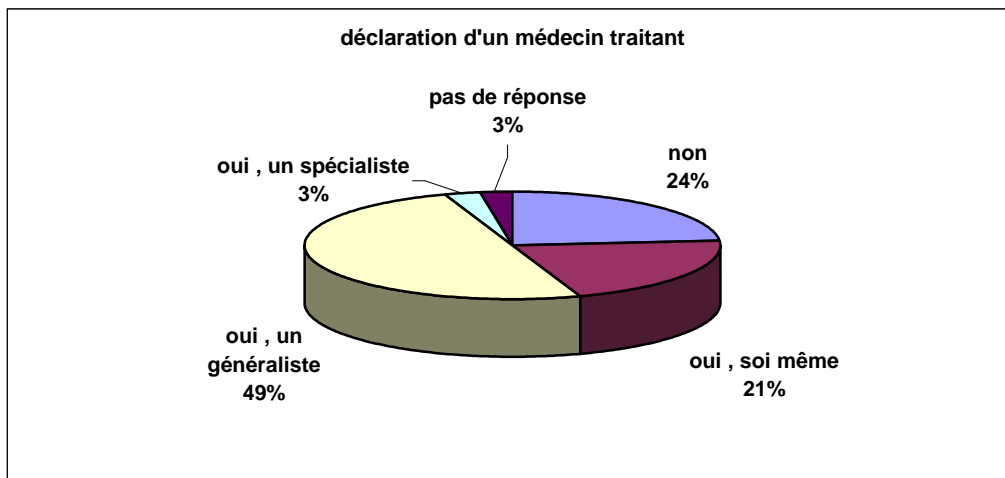


- Tous les remplaçants qui ont remarqué un grain de beauté suspect l'ont fait examiner par un dermatologue (dans 12 cas)

11. Avez-vous déclaré un médecin traitant ?

- non
- oui, vous-même
- oui, un médecin généraliste
- oui, un médecin spécialiste

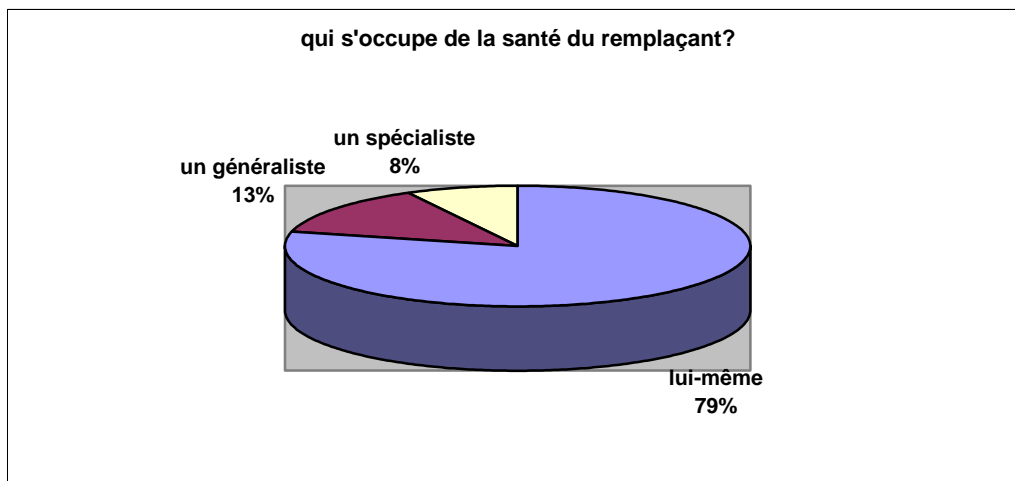
- 49 % des remplaçants (19/38) ont déclaré un médecin généraliste comme médecin traitant.
- 23 % des remplaçants (8/38) se sont déclarés eux-mêmes comme médecin traitant.
- 24 % des remplaçants (9/38) n'ont pas déclaré de médecin traitant.
- 3 % des remplaçants ont déclaré un spécialiste comme médecin traitant (1 personne)
- 1 personne n'a pas répondu 3% (1 remplaçant)



12. Qui assure le suivi de votre santé ?

- vous-même
- un médecin généraliste
- un médecin spécialiste

- 79 % s'occupent eux-mêmes du suivi de leur santé.
- 13 % se font suivre par un médecin généraliste.
- 8 % par un spécialiste.



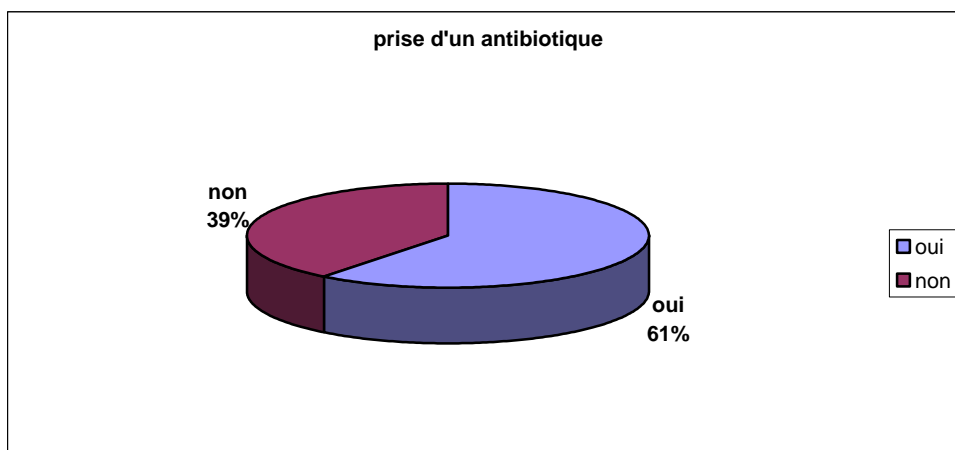
13. Consommation de soins :			
Au cours de l'année 2008 ; avez-vous consulté :	OUI	NON	Si OUI, combien de fois
Un généraliste			
Un gynécologue			
Un dentiste			
Un psychiatre			
Autres spécialistes			

Au cours de l'année 2008 :

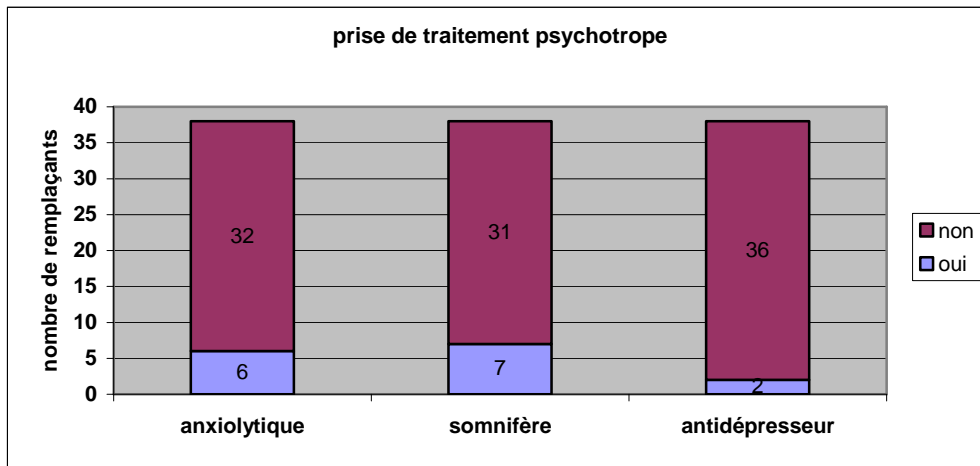
- 8 remplaçants ont consulté un médecin généraliste (21 %), ils ont la trentaine et remplacent toujours.
- 32 remplaçants ont consulté un dentiste (84 %)
- 5 remplaçants ont consulté un psychiatre (13 %) : ce sont toutes des femmes, la trentaine, qui remplacent toujours.
- 17 femmes sur les 25 interrogées ont consulté une fois un gynécologue (68 %)
- les autres spécialistes consultés sont : l'ophtalmologiste, le gastroentérologue, le dermatologue, le cardiologue.

14. Au cours de l'année 2008, avez-vous consommé un :	OUI	NON	Si OUI, prescrit par
antibiotique			
anxiolytique/tranquillisant			
somnifère			
anti-dépresseur			

- 61 % ont consommé un antibiotique prescrit dans la majorité par eux-mêmes (23 / 38)



- 15 % ont consommé un anxiolytique (6 sur 38)
- 18 % ont consommé un somnifère (7 sur 38)
- 5,2 % un traitement par anti-dépresseur (2 sur 38).



15. Au cours de l'année 2008, avez-vous ressenti le besoin d'un soutien psychologique ?

- oui non

8 remplaçants sur les 38 interrogés ont ressenti le besoin d'un soutien psychologique (avec consommation pour 6 d'entre eux de somnifères, des anxiolytiques et/ou un traitement anti-dépresseur).

Il s'agit plutôt de femmes : 7/8.

16. De façon générale, par rapport à vos patients de même âge, et de même sexe, comment noteriez-vous :

	Moins bonne	Equivalente	Meilleure
La prise en charge de votre santé	1	2	3
Votre observance thérapeutique	1	2	3
Votre hygiène de vie	1	2	3

- 44.7 % des remplaçants estiment que la prise en charge de leur santé est équivalente à un patient de même sexe et de même âge qu'eux.
- 29 % des remplaçants estiment qu'elle est moins bonne.
- 26.3 % des remplaçants estiment qu'elle est meilleure.

Pour l'observance thérapeutique, les réponses se réparties de manière quasi homogène parmi les 3 propositions. (34 % moins bonnes, 34 % équivalentes, 29 % meilleures).

Pour l'hygiène de vie, 60.5 % estiment que leur hygiène de vie est équivalente, 34.3 % qu'elle est meilleure, 5.2 % qu'elle est moins bonne.

F. VOTRE QUALITE DE VIE ET SATISFACTION

1. Etes-vous satisfait de votre organisation professionnelle ?

oui

non

- 90% des remplaçants sont satisfaits de leur organisation professionnelle soit 34/38.
- 5% ne sont pas satisfaits, soit 2 remplaçants qui soulignent que l'emploi du temps est difficile à gérer
- 2 n'ont pas répondu (2 remplaçants)

2. De manière globale, êtes-vous satisfait par l'exercice de votre profession?

très satisfait

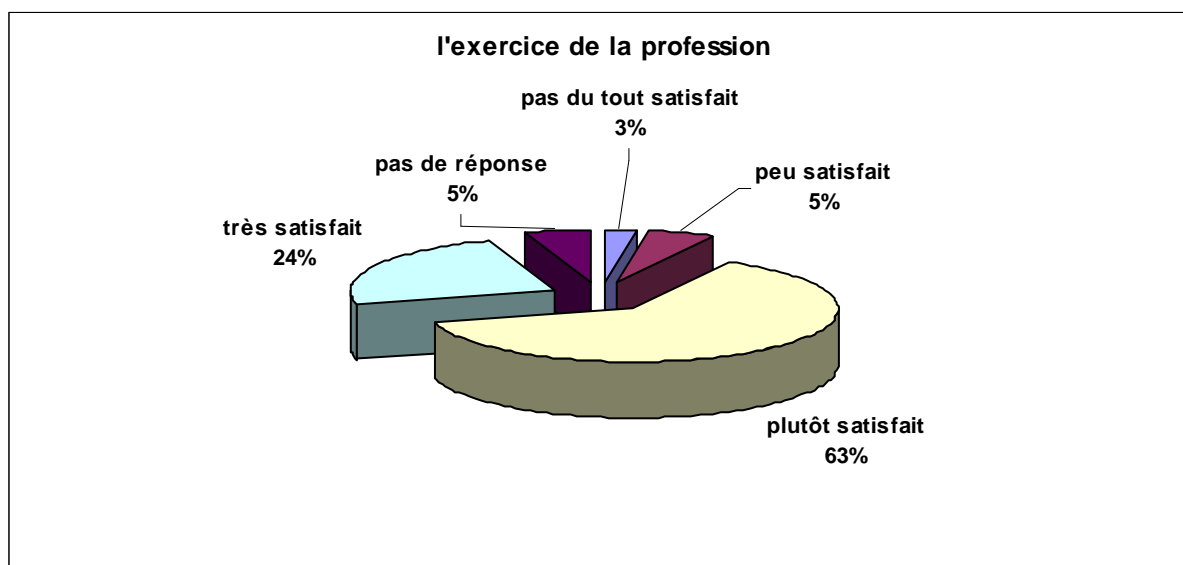
plutôt satisfait

peu satisfait

pas du tout satisfait.

- 24 sont très satisfaits
- 9 sont plutôt satisfaits
- 2 sont peu satisfaits
- 1 pas du tout satisfait
- 2 qui n'ont pas répondu

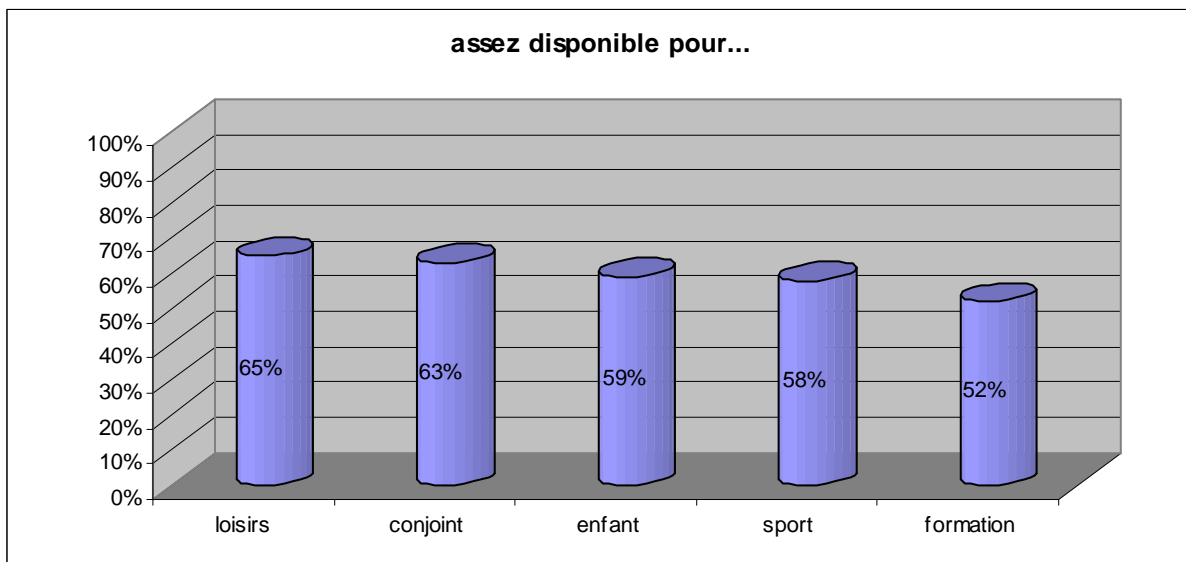
⇒ soit 86 % des interrogés sont plutôt ou très satisfaits dans l'exercice de leur profession.



3. Votre activité professionnelle vous permet-elle d'être aussi disponible que vous le souhaiteriez pour :
- | | | |
|----------------|------------------------------|------------------------------|
| Vos loisirs | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Votre conjoint | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Vos enfants | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Le sport | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| La formation | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

- Loisirs :
 - 65 % trouvent que leur activité professionnelle leur laisse assez de disponibilité pour leurs loisirs.
- Conjoint :
 - 63 % trouvent qu'ils sont assez disponibles pour leur conjoint

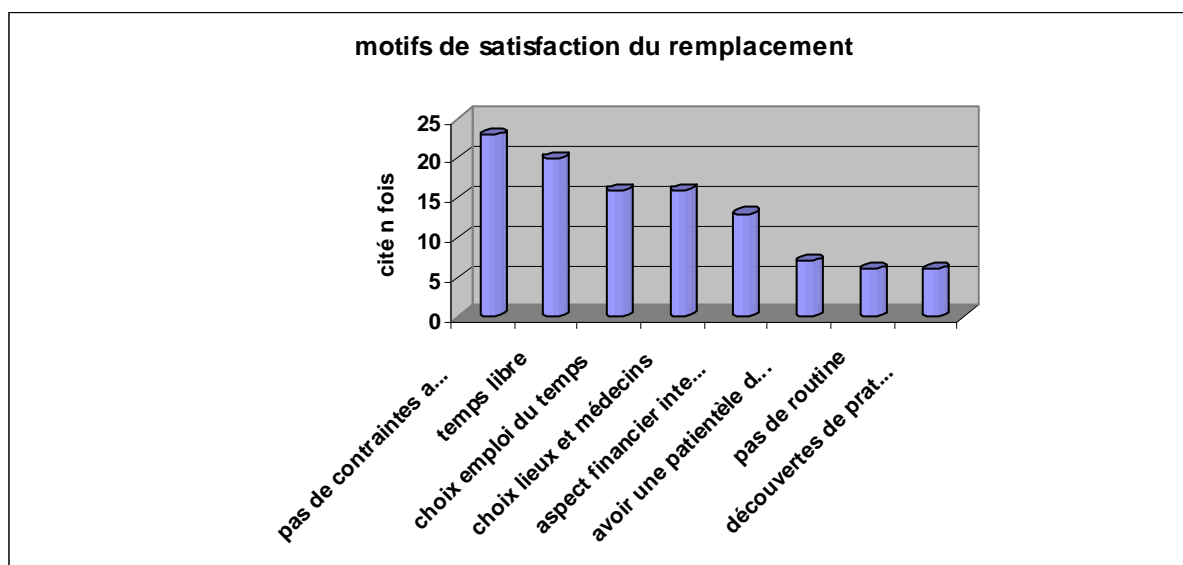
Notons que certains célibataires ont répondu à la question, alors que d'autres qui sont en couple ont omis d'y répondre : les chiffres sont donc peu révélateurs...
- Enfants :
 - Sur les 27 remplaçants avec enfants, 59 % trouvent qu'ils sont assez disponibles. soit 16/27
- Sport :
 - 58 % estiment qu'ils ont assez de disponibilité pour faire du sport.
- Formation :
 - 52 % estiment qu'ils ont assez de disponibilité pour faire des formations.



4. Quels sont les 3 motifs principaux de satisfaction liés à votre activité ?
- choix de l'emploi du temps

- temps libre
- pas de routine
- intérêt financier
- choix des lieux et des médecins remplacés
- patientèle diversifiée
- pas de contrainte administrative de gestion du cabinet
- découverte de pratiques professionnelles diverses

- Absence de contrainte administrative cité 23 fois
- Temps libre cité 20 fois
- Choix de l'emploi du temps cité 16 fois
- Choix des lieux et des médecins remplacés cité 16 fois
- Aspect financier intéressant cité 13 fois
- Avoir une patientèle diversifiée cité 7 fois
- Absence de routine cité 6 fois
- Découverte de pratiques professionnelles cité 6 fois

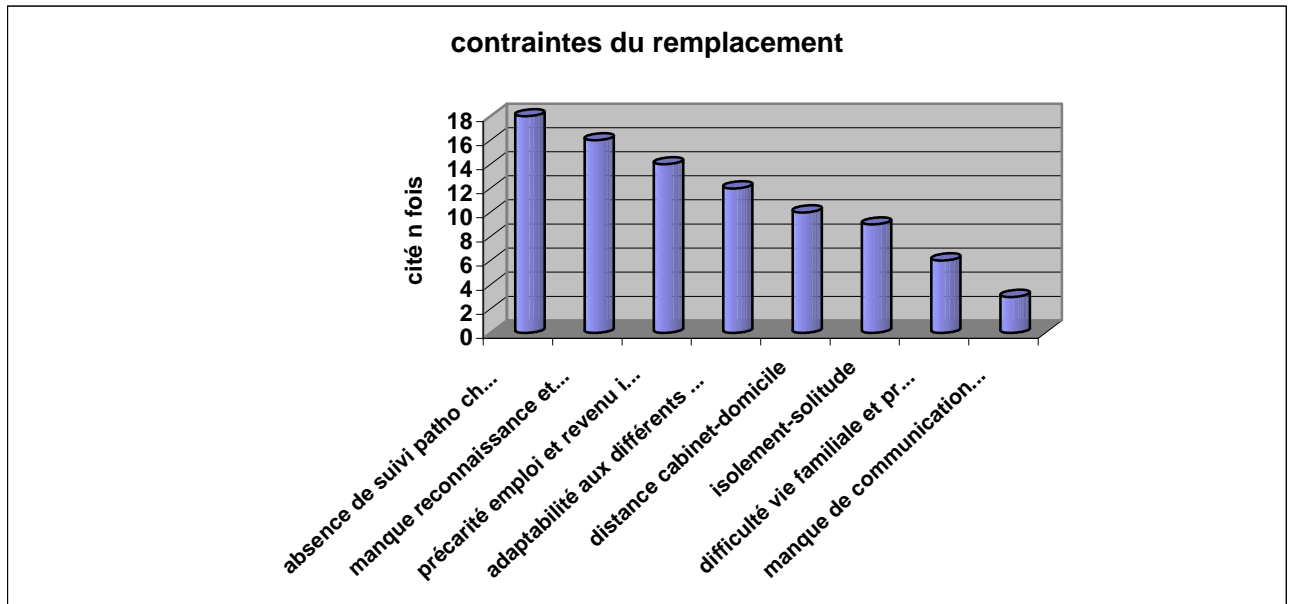


5. Quelles sont les 3 principales contraintes liées à votre activité ?

- absence de suivi des maladies chroniques
- manque de reconnaissance ou de confiance des patients
- précarité de l'emploi et revenu irrégulier
- emploi du temps difficilement conciliable avec une vie de famille
- distance entre le lieu de domicile et le lieu de travail
- adaptabilité nécessaire à chaque changement de cabinet
- manque de communication avec les médecins remplacés
- sentiment d'isolement et de solitude

- Absence de suivi de maladies chroniques cité 18 fois

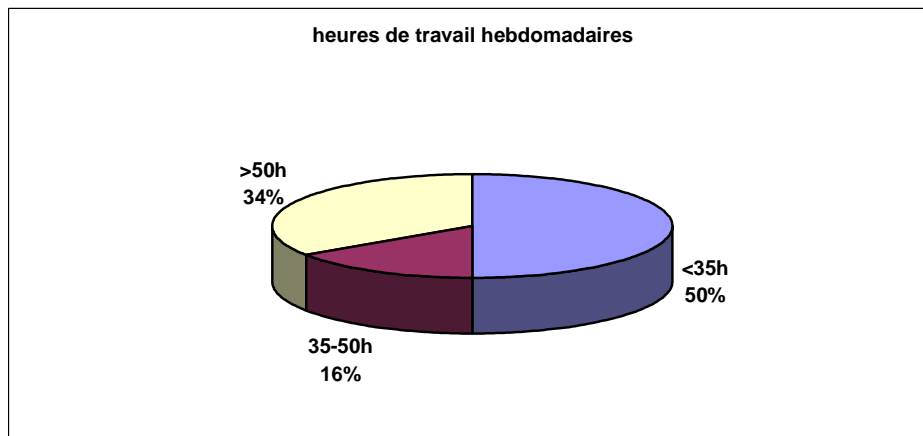
- Manque de reconnaissance ou de confiance des patients cité 16 fois
- Précarité de l'emploi et revenu irrégulier cité 14 fois
- Adaptabilité aux différents cabinets cité 12 fois
- Distance entre le domicile et le lieu de travail cité 10 fois
- Sentiment d'isolement et de solitude cité 9 fois
- Difficulté de concilier vie familiale et professionnelle cité 6 fois
- Manque de communication avec les médecins remplacés cité 5 fois



6. Combien d'heures travaillez-vous environ par semaine ?

Sur 32 réponses, ils travaillent en moyenne entre 32 heures et 33 heures par semaine avec :

- 50 % qui travaillent moins de 35 heures
- 34 % qui travaillent entre 35 heures et 50 heures
- 16 % qui travaillent plus de 50 heures.



7. Etes-vous satisfait de vos revenus ?

oui

non

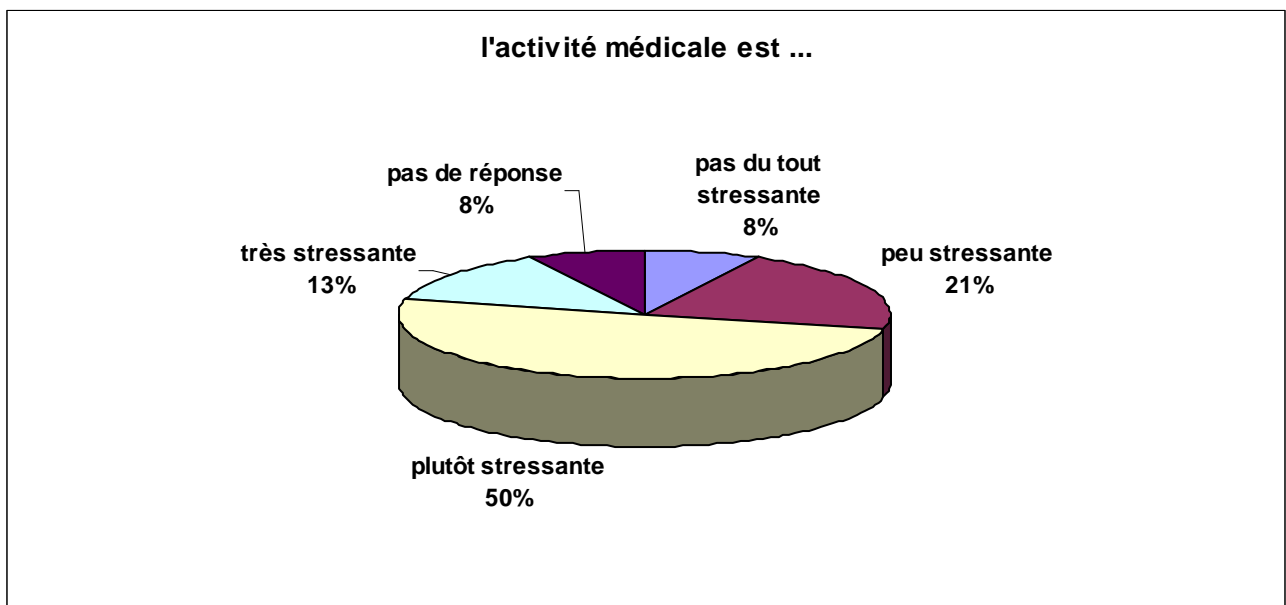
- La grande majorité est satisfaite de ses revenus, soit 81 % (26/32).
- 25 % ne sont pas satisfaits (la plupart d'entre eux travaillent 35 heures ou moins).
- 4 n'ont pas répondu

Ceci est expliqué par le fait que les revenus des remplaçants soient proportionnels aux nombres de patients vus \Rightarrow plus il y a d'actes effectués, plus les revenus sont importants, plus on est satisfait.

8. Selon vous, votre activité médicale est-elle ?

- très stressante
- plutôt stressante
- peu stressante
- pas du tout stressante

- Activité plutôt stressante pour 19 remplaçants (50 %)
- Activité peu stressante pour 8 remplaçants (21 %)
- Activité très stressante pour 5 remplaçants (18 %)-ils remplacent tous depuis moins de 3 ans.
- Activité pas du tout stressante pour 3 remplaçants (8 %)
- 3 personnes n'ont pas répondu (8%)



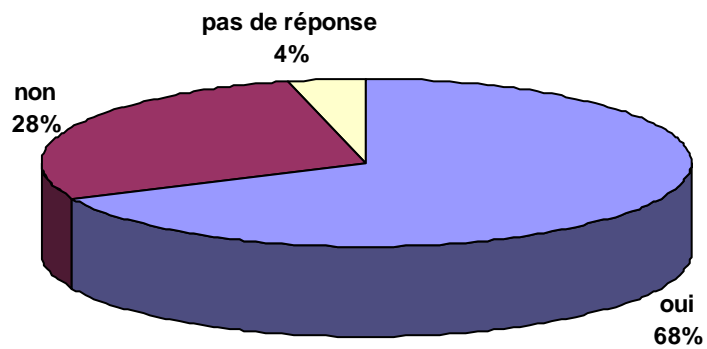
9. Si vous êtes une femme, votre désir de maternité est-il conciliable avec votre activité ?

oui

non

- Sur les 25 femmes interrogées, 17 estiment qu'il est possible de concilier désir de maternité et activité de remplaçant (68 %).
- 7 femmes estiment que cela n'est pas compatible.
- 1 femme n'a pas répondu.

la maternité, compatible avec les remplacements?



V. LA DISCUSSION

A. TAUX DE REPONSES DE MON ENQUETE

Mon taux de réponses est de **33,6 %**, ce qui est relativement faible comparé au travail de Madame LE TACON PRIQUET qui a obtenu 53 % de réponses en interrogeant 392 médecins remplaçants en Bretagne (1).

Quant à Monsieur AUBERTIN son taux de réponses était de 31 % (17 sur 54 dans son enquête concernant les remplaçants de La Meuse). (6)

Les proportions hommes-femmes sont toutefois superposables.

Les femmes représentent 66 % de mes répondants (versus 63 % en Bretagne) et 34 % sont des hommes (37 % en Bretagne).

Ces chiffres sont en adéquation avec le fait que 64 % des étudiants de PCEM1 sont des femmes (2). Leur proportion a ainsi augmenté de 7 points entre 1992 et 2002. Elles représentent 55 % des effectifs étudiants en fin de second cycle.

A L'échelle nationale, elles représentent 53 % du nombre total des remplaçants (9999 au 1^{er} janvier 2009) (3).

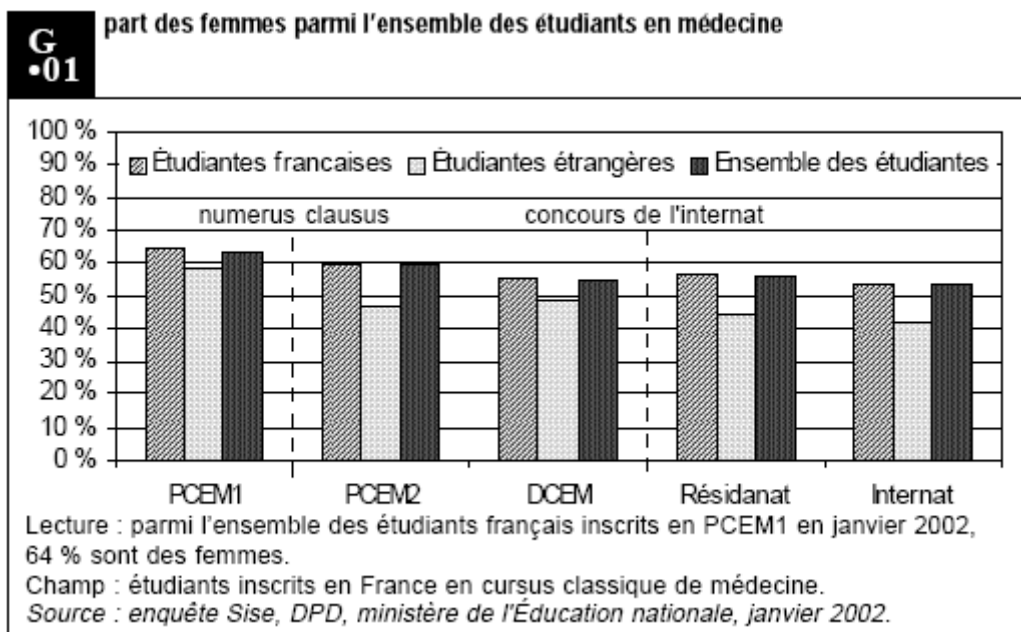


Tableau extrait le l'étude n°244 du DREES

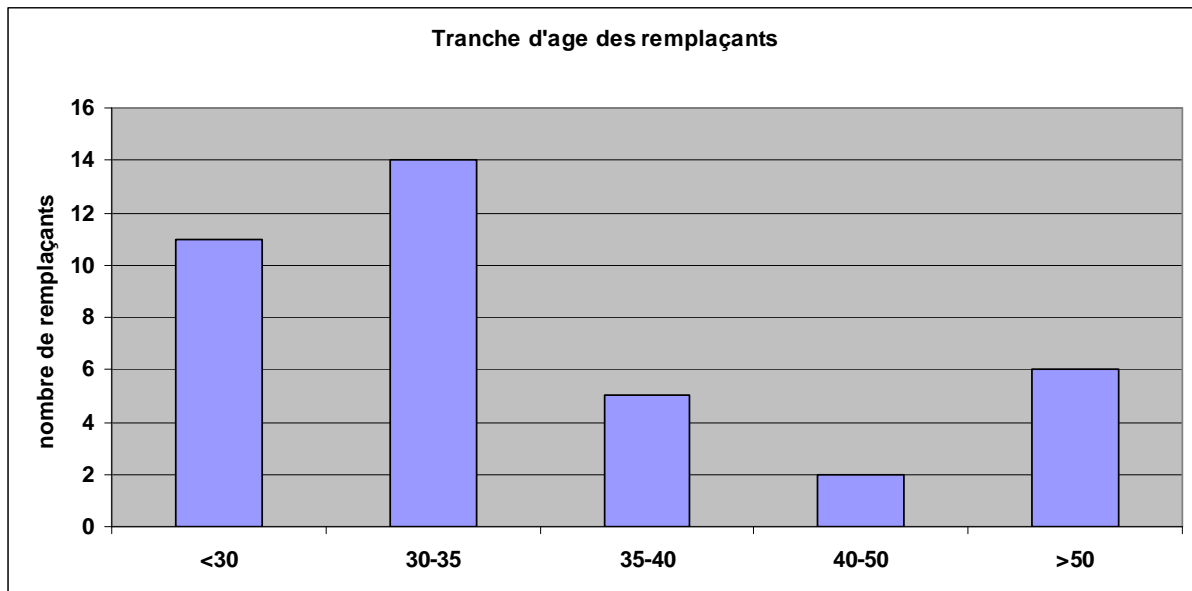
B. **SITUATION PERSONNELLE** :

1. L'âge :

L'âge moyen de mes répondants de 37,2 ans (47,7 ans pour les hommes, 31,7 ans pour les femmes).

A l'échelle nationale, l'âge moyen est de 46 ans (49 ans pour les hommes, 43 ans pour les femmes (4)).

Cette différence peut s'expliquer par le fait que mon échantillon n'est pas très important avec un nombre de répondants assez jeunes.



A noter, que les facultés de médecine de l'Académie de Paris sont les plus peuplées (20 % des inscriptions totales en médecine quelque soit le cycle (2)), et que les étudiants commencent à exercer dans la région où ils ont fait leurs études.

T -03 répartition des étudiants en médecine par académie						
Académies	PCEM1	PCEM2	DCEM	Résidanat	internat	Ensemble
Ensemble	25 864	4 519	16 818	6 839	8 881	62 921
Aix-Marseille	1 925	348	1 032	372	451	4 128
Amiens	497	106	337	162	240	1 342
Besançon	394	90	323	129	217	1 153
Bordeaux	1 286	250	951	490	415	3 392
Caen	542	96	343	198	222	1 401
Clermont-Ferrand	507	99	342	120	233	1 301
Créteil	963	169	706	350	137	2 325
Dijon	664	105	358	133	235	1 495
Grenoble	777	103	412	174	204	1 670
Lille	1 433	253	949	393	688	3 716
Limoges	363	81	305	130	149	1 028
Lyon	2 238	329	1 463	559	704	5 293
Montpellier	1 189	142	593	178	310	2 412
Nancy-Metz	927	294	524	283	362	2 390
Nantes	1 198	191	763	329	472	2 953
Nice	582	81	351	107	175	1 296
Orléans-Tours	748	115	387	130	206	1 586
Paris	4 329	759	3 302	1 020	1 590	11 000
Poitiers	491	98	332	130	164	1 215
Reims	546	109	377	166	176	1 374
Rennes	991	183	686	284	422	2 566
Rouen	759	119	392	158	314	1 742
Strasbourg	825	159	647	230	226	2 087
Toulouse	1 115	155	664	345	381	2 660
Versailles	415	85	279	139	165	1 083
Guadeloupe	146	-	-	130	23	299
Nouvelle Calédonie	14	seul le PCEM1 existe, ouvert en 2001				14

Lecture : les cases grisées correspondent aux académies accueillant au moins 5,0 % des étudiants de chaque cycle ou année d'étude.
 Champ : étudiants inscrits en France en cursus classique de médecine.
 Source : enquête Sise, DPD, ministère de l'Éducation nationale, janvier 2002.

Tableau extrait de l'étude n°244 de la DREES

2. La situation maritale :

Dans 80 % des cas, les remplaçants vivent en couple (80 % de femmes et 84 % des hommes).

En Bretagne, les chiffres sont les mêmes (82,9%) (1). Dans la Meuse, ils étaient 93 % des remplaçants à vivre en couple (6).

Globalement, 83 % des médecins actifs français déclarent vivre en couple (5). A noter, qu'ils sont 70 % chez les cadres supérieurs, et 73 % chez les actifs.

→ **Donc les médecins sont donc plus souvent en couple que leurs compatriotes.**

3. Les enfants :

71% de mes répondants sont parents.

Dans la Meuse, seulement la moitié des remplaçants interrogés ont un ou plusieurs enfants (6). Ce chiffre monte à 60 % en Bretagne (1).

Pour les médecins installés, ils sont parents dans 4 cas sur 5 (7).

On peut s'interroger sur les raisons pour lesquelles, les remplaçants sont moins souvent parents que les installés : l'emploi du temps est-il conciliable avec une vie de famille ? Les remplacements se font souvent après la fin des études, cette liberté pourrait-elle être ternie par les contraintes de nouvelles responsabilités ? Est-ce les difficultés à trouver des remplacements et à assurer des revenus convenables ?

4. La profession des parents :

21 % des remplaçants qui ont répondu ont un parent dans le médical ou dans le paramédical.

Pour l'ensemble de l'effectif, dans 58% des cas, ils sont issus de foyer dont le milieu socio-professionnel est relativement élevé.

Une étude faite en 2006 à partir des données de l'INSEE a montré que 45 % des médecins proviennent de famille de cadres supérieurs (8).

→ **La forte proportion de médecins issue de famille de cadre et profession intellectuelle supérieure est sans doute due en partie à la forte propension des enfants de médecins à embrasser eux-mêmes cette profession.**

5. La profession du conjoint :

Pour tous les remplaçants qui ont un conjoint, ce conjoint est actif.

38% des conjoints de mes répondants sont dans le domaine de la santé.

D'après une enquête réalisée en 2005, ¼ des médecins libéraux ont un conjoint inactif, et 8 % des généralistes ont un conjoint aide familial (ils aident leur conjoint dans le cadre de son activité professionnelle ; prise de rendez-vous, secrétariat...), et ceci surtout en ce qui concerne les médecins « hommes » et d'autant plus qu'ils sont âgés (5).

46 % des médecins actifs ont un conjoint cadre supérieur et pour la moitié d'entre eux ce conjoint est aussi médecin.

En Bretagne, les remplaçants interrogés avaient à 97 % un conjoint actif (100 % de répondants ont un conjoint actif) (1).

→ **Les couples où les deux membres travaillent sont plus fréquents chez les remplaçants que les installés (97 % ou plus, versus 75 %) (5).**

C. LES ETUDES :

1. Faculté d'origine :

Etant donné que mon enquête s'adressait aux remplaçants de l'Ile de France, nous pouvions donc nous attendre sans surprise à ce résultat : 84 % des remplaçants interrogés ont fait leurs études dans une faculté parisienne.

D'autre part, rappelons que les facultés de médecine de l'Académie de Paris sont les plus peuplées. Elles détiennent à seules 20 % des inscriptions en médecine.

En 2003, une étude montre que 75 % des nouveaux diplômés exercent dans leur région d'études (9) et une enquête faite dans la région de Reims (12) révèle que 37 % des remplaçants souhaitent s'installer dans le département de leur domicile ou de leurs études.

2. Etudes de médecine :

Les qualités intrinsèques du médecin sont ainsi mises à l'avant avec les qualités humaines : le contact humain, le dévouement, l'intérêt scientifique de la profession (un projet idéal et le contact humain sont les raisons citées les plus fréquemment dans mon enquête).

En 1996, dans la région parisienne, Madame LARROCHE qui a interrogé les remplaçants trouve les mêmes raisons pour le choix des études médicales avec un item de plus qui apparaît le caractère libéral de la profession (11)

A Rennes en 2008, pour plus de la moitié des remplaçants, « faire médecine » n'était pas une vocation, c'était par hasard ou par choix entre plusieurs alternatives. Le métier se banalise selon l'auteur : on devient médecin comme on aurait pu faire un autre métier (1)

3. Le concours : Internat ou E.C.N.

7 remplaçants sur 10 ont passé le concours de fin de DCEM.

Ce chiffre est peu interprétable car il existe 2 populations de remplaçants ; les « anciens » d'avant 2004, et les « plus jeunes » d'après la réforme de 2004. Si avant cette année, passer le concours de l'internat n'était pas obligatoire, il l'est depuis cette date et il s'agit de l'E.C.N.

Parmi ce qui ont été reçus dans une spécialité (autre que la médecine générale), quelques uns se sont orientés vers la médecine générale en dépit du titre de spécialiste car la spécialité ou le lieu d'affectation ne leur convenait pas.

En 1996, 54% des remplaçants s'étaient présentés au concours de l'internat et ils avaient été 16 % à être reçus (11).

4. La médecine générale :

La polyvalence des consultations et le manque d'attrance vers une spécialité ont les raisons les plus fréquemment citées par les remplaçants interrogés pour expliquer le choix de la médecine générale.

Les souhaits d'étudiants en fin du DCEM sont pourtant différents : en mars 2009, avant de passer l'ECN, seulement ¼ des étudiants désiraient devenir généraliste (13).

Moins de 15 % des postes offerts en médecine générale ont été occupés par les étudiants à l'issue du choix de postes à l'été 2009. **La médecine générale est moins choisie par les étudiants parisiens et par les hommes.**

Les étudiants les mieux classés à l'ECN ne choisissent pas médecine générale pour la plupart (15).

De manière expérimentale, on peut prévoir la réussite de l'ECN à partir des notes de 4 examens : les épreuves rédactionnelles du 1^{er} cycle, les dossiers cliniques du 2^{ème} cycle, les dossiers du CSCT, et l'examen blanc de l'ECN. Les agrégats des notes obtenues sont fortement corrélées entre eux et sont prédictifs des résultats de classement à l'ECN (sauf pour une population d'étudiants aux résultats instables (14).

L'idée que l'on se fait de la médecine générale est assez complexe : on revoit le médecin de famille qui vaccine avec gentillesse le petit frère, qui s'occupe des problèmes cardiaques et des ulcères de la grand-mère, qui essaye de remonter le moral au voisin qui paraît dépressif,

tout en faisant des certificats et en se débattant pour avoir une place en hospitalisation pour le sevrage d'un patient alcoolique.

C'est un omnipraticien au sens littéral du terme : il touche à tout, et passe le relais au spécialiste quand cela le dépasse. De ce fait, les consultations se passent et ne se ressemblent pas !

La Société Européenne de Médecine Générale en donne une définition bien complète :(23)

« La médecine générale, médecine de famille est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire.

Elle utilise un mode consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin patient basée sur une communication appropriée.

Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ».

5. Le stage chez le praticien :

¾ des répondants ont été confortés dans le choix de la médecine générale par ce stage.

Ce ressenti est généralement le même dans toute la France : en Bretagne ils sont 82 % à avoir le même avis (1).

Ce stage est le moyen de palper pour la première fois la médecine générale de manière concrète.

En ce qui me concerne, je n'avais jamais été de « l'autre côté » du bureau. Cette étape m'a permis de rentrer dans le vif du sujet et effectivement cela m'a plu.

C'est à peu près l'idée que je m'en faisais à la différence près qu'un patient ne vient pas pour un motif de consultation mais le plus souvent pour 2 ou 3 motifs qu'il convient de prendre au sérieux dans le même temps. Le médecin généraliste porte bien le nom « d'omnipraticien ».

6. Préparation à la pratique de la médecine générale :

Une grande majorité n'a pas l'air complètement satisfait de cette préparation.

Une enquête nationale réalisée par l'ISNAR auprès d'internes montre que $\frac{3}{4}$ d'entre eux trouvent leur formation pratique satisfaisante notamment le contenu de la maquette (les stages proposés préparent plutôt bien à la prise en charge des pathologies rencontrées en ville avant d'être hospitalisé) (16).

Mais 92% d'entre eux trouvent que cette formation n'est pas assez ambulatoire.

A noter, que cette enquête a été réalisée auprès d'internes qui n'ont goûté qu'à une petite partie de la vie médicale en cabinet.

7. Diplômes complémentaires ou projet d'en acquérir un ?

Plus de 4 remplaçants sur 10 ont un diplôme complémentaire : 4 DES et 12 DU.

En Bretagne, ils sont 38 % à en avoir un (1).

L'intitulé de ma question aurait pu être complété par la discipline de ce diplôme ; certains ont ajouté des commentaires et ont précisé qu'il s'agissait d'un DES de médecine générale pour 2 d'entre eux, d'un DU de pédiatrie pour 3 autres, et d'un DU de dermatologie pour un autre.

Par principe, le remplacement dégage un certain temps libre qui permet entre autre de peaufiner notre formation.

Près de la moitié des répondants souhaitent une « mini spécialisation » et les domaines recherchés sont les mêmes quelque soit le lieu ; pédiatrie, gynécologie, et nutrition.

En Bretagne (1), les désirs étaient semblables.

La pédiatrie et la gynécologie sont en tête, en raison de la fréquence des consultations liée aux enfants et au manque certain de pédiatres et de gynécologues en ville, pour lesquels les agendas sont pleins, alors que par nature les otites des nourrissons et les douleurs pelviennes ne sont pas prévisibles.

La rareté des gynécologues en ville s'expliquent par la suppression du CES de gynécologie médicale en 1984 (conséquence plusieurs années plus tard) depuis le décret du 30 janvier 2003 (JO du 1^{er} février 2003) et grâce à la mobilisation de la profession, cette spécialité a été rétablie avec un nombre de postes offerts restreint (20 postes).

Dans une enquête BVA réalisée en mai 2008 (17), auprès de 1030 femmes, ¾ d'entre elles considèrent que les gynécologues médicaux ne sont pas assez nombreux et qu'il est de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous.

70% des femmes ont un suivi gynécologique assuré par un gynécologue contre 15 % par un médecin généraliste (15 % ne sont pas suivies régulièrement).

En cas de problème urgent, une femme sur 4 consultera son généraliste, même si dans 9 cas sur 10 ce dernier est jugé moins compétent que le spécialiste.

D'où l'intérêt pour nous d'avoir ce bagage qui nous sert souvent en consultation.

La gériatrie a aussi du succès compte tenu de la population vieillissante et des modalités de prise en charge spécifique (afin d'éviter le recours systématique à l'hôpital en cas de difficultés au domicile).

Il y a une quinzaine d'années sur Paris , les désirs étaient tout autre(10) : il s'agissait surtout de la médecine d'urgence , de la médecine du sport , de la nutrition , du VIH, de l'homéopathie et de l'acupuncture .Ce n'est que rarement que la pédiatrie et la gériatrie ont été citées.

→ **Les souhaits de se « micro spécialiser » dépendent donc des besoins et des modes.**

8. La thèse

Comme nous l'avions précisé dans la seconde partie, il existe un délai légal pour pouvoir passer sa thèse, c'est-à-dire 3 années après la fin de l'internat.

En 2003, une étude de l'Ordre des Médecins révélait que seuls 31% des étudiants passaient leur thèse dans le délai normal, soit avant la fin de leur 3^e cycle, 47% la passent avec 1 an de retard et 7.9% avec 2 ans de retard et 12% avec 3 ans de retard. (9)

Ce qui explique l'âge moyen élevé d'inscription des nouveaux médecins qui est actuellement de 34.7 ans. (3)

Dans sa thèse en 1996, Mr MARY retrouve que les remplaçants soutiennent leur thèse en moyenne 2 ans et 6 mois après leur premier remplacement.

Alors que la même année, Mme LARROCHE VILLENEUVE montre que le délai « fin de cursus thèse » est de 2.08 ans (11).

A cette époque de nouveaux délais (en fait les délais actuels) étaient mis en place pour la soutenance de la thèse et 54% des remplaçants interrogés étaient plutôt défavorables à cette loi et les arguments les plus fréquemment cités étaient : des délais trop courts, un manque de souplesse avec quasiment aucune possibilité de dérogation et une manière comme une autre d'augmenter le nombre de cotisants au Conseil de l'Ordre, à la CARMF et à l'URSSAF

Les sujets de thèse, quel trac !

Il ne s'agit pas toujours de médecine générale.

En effet, en 2003 une analyse effectuée dans 4 facultés de médecine de l'ouest de la France (Brest, Caen, Nantes et Rennes) entre 1991 et 2000, montre que les résidents semblent rédiger leur thèse selon les opportunités de travaux proposés par les professeurs de spécialités.(18)

Pourquoi ?

En grande partie, en raison de la majorité du temps passé à l'hôpital pendant le 3^e cycle.

Les disciplines concernées par les thèses des résidents sont surtout la pédiatrie, la génétique, la neurologie, l'obstétrique, la médecine générale, la cardiologie.

La médecine générale ne recrute, dans cette étude, que 5 % des sujets de thèses d'exercice des médecins généralistes. Ce chiffre a tendance à augmenter de 1991 à 2000 (en rapport avec la nomination des généralistes enseignants dans les UFR)

Je n'ai pas trouvé d'études similaires pour les facultés parisiennes mais dans sa thèse, Mr Nougairède estime à 33 % le taux d'exploitation des thèses à la faculté Denis Diderot Paris 7 (il s'agit de publication dans revue ou journaux ou sujets de posters...).(19)

Ceci est en adéquation avec le fait que pour la moitié des étudiants interrogés, « le seul intérêt de la thèse est d'obtenir le diplôme de Docteur »

Depuis la réforme de l'Internat, les DES de Médecine générale doivent soutenir une thèse sur un sujet de médecine générale qui doit être agréé par la Commission de thèse.

A Paris 7, il faut remplir une fiche de thèse via le site Internet du Département de MG (première étape avant de commencer le travail effectif) avec des items prédéfinis : le thème, la justification, les objectifs, l'hypothèse, la question, la méthode utilisés, et 2 références bibliographiques.

D. LES REMPLACEMENTS

1. Qui remplace encore ?

D'après mon enquête, 79% des répondants remplacent encore alors que ceux qui ont cessé les remplacements se sont orientés vers le salariat, sont partis à la retraite, se sont installés, ont repris leur stage d'interne ou sont devenus collaborateur médical.

Celui qui a pris sa retraite, a remplacé environ 5 ans après avoir cédé sa patientèle.

Pour la petite histoire, je remplace dans un cabinet médical de groupe où un médecin a cédé sa patientèle à sa remplaçante, qui le remplaçait depuis 15 ans et actuellement c'est lui qui la remplace 1 jour par semaine !

Le statut de collaborateur médical a été créé et modifié en 2005 par les lois en faveur des petites et moyennes entreprises. (21)

Article 87 du code de déontologie

Le médecin peut s'attacher le concours d'un médecin collaborateur libéral, dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.

Chacun d'entre eux exerce son activité en toute indépendance, sans lien de subordination, et dans le respect des règles de la profession, notamment le libre choix du médecin par les patients et l'interdiction du compérage.

NOTA : Décret 2006-1585 du 13 décembre 2006 art. 2 (JO du 14/12/2006) : L'interdiction du salariat prévue au premier alinéa de l'article R. 4127-87 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la publication du présent décret, reste en vigueur pendant un délai de six mois à compter de cette publication.

L'essentiel à retenir sur ce statut : il exerce son activité en toute indépendance, il peut se constituer une clientèle personnelle, il perçoit des honoraires et verse une redevance au titulaire du cabinet (contrat à l'appui), il a ses propres ordonnances et sa plaque, ses propres plages horaires.

Pour qui est il utile ?

Il est particulièrement adapté pour un glissement progressif d'un remplacement vers une association avec un médecin déjà installé (20).

2.Nombres de jours travaillés

La moitié des remplaçants bretons a travaillé moins de 24 semaines en 2006(1)

En 2003, ils remplaçaient en moyenne 28 semaines par an. (22)

Dans mon enquête, une grande majorité des remplaçants interrogés et installés dans le remplacement (ils font cela depuis plusieurs années), ont travaillé entre 100 et 200j soit entre 20 et 40 semaines par an si on compte des semaines de 5 jours ouverts

Difficile de comparer cela aux semaines de travail effectuées par les médecins installés.C'est très variable, selon qu'ils trouvent ou non des remplaçants.

Un des médecins que je remplace part 1 semaine sur 2 à chaque période de vacances scolaires puis tout le mois de juillet.Il travaille donc 44 semaines.

Un autre médecin, quant à lui ne prend que 5 à 6 semaines de repos (ou de répit !)

3.Les modes de remplacement

Les remplaçants interrogés exercent surtout pendant les vacances scolaires et pendant des jours réguliers.

A croire que ce n'est pas une généralité sur le territoire français.Le remplacement par jour régulier n'est pas si fréquent ailleurs (en Bretagne seulement 25% des remplaçants pratiqueraient ce type de remplacement et ceci d'après les enquêtes réalisées en 2003 et 2006(1 et 22).

Cette journée correspond à la journée de repos du remplacé et à une « collaboration déguisée » pour le remplaçant.

Une patientèle se fidélise au point que certains patients n'aient encore jamais rencontré le titulaire après plusieurs consultations dans le même cabinet !

Les gardes de nuit et week-end ne sont que très peu effectuées par les remplaçants interrogés dans mon enquête (6/38 soit 15%). Les remplaçants bretons, à l'inverse, font pour 2/3 d'entre eux ce type de gardes.

→ **On peut se demander si c'est une spécificité de l'Ile de France ou un biais de sélection ...**

4. Remplacer différents médecins au sein d'un même cabinet

C'est une solution de facilité et d'arrangement pour les 2 parties :

-Pour les remplacés : qui ne sont pas obligés de partir en expédition pour trouver un remplaçant

-Pour le remplaçant qui peut s'arranger avec les remplacés pour avoir du travail sans s'en soucier (leur proposer de prendre 1 semaine de vacances scolaires chacun, 1 samedi sur 2...)

Attention tout de même : le code de déontologie régleme et commente cette situation. « dans les cabinets de groupe , le nombre de médecins associés remplacés régulièrement par un même remplaçant est limité à deux pour éviter que le remplaçant ne soit en fait , un pseudo associé »(23)

5.Distance acceptée pour remplacer

Près d'1 remplaçant sur 2 acceptent de parcourir 20 à 40 Km pour faire un remplacement et 1remplacant sur 3 acceptent une distance comprise entre 10 et 20 Km.

Je n'ai pas demandé de préciser le lieu de domiciliation.Cela aurait pu être intéressant car 20 Km en région rurale et sur Paris ne représente pas le même temps passé en trajet.

Dans sa thèse, Mme Le Tacon Priquet retrouve que $\frac{3}{4}$ des remplaçants acceptent de passer 30 minutes en trajet pour remplacer (1).

6.Une autre activité professionnelle ?

Les $\frac{3}{4}$ des remplaçants interrogés n'ont que les remplacements comme source de revenus.

Par essence pure, le remplacement libère du temps (pour travailler ailleurs, ou finir sa thèse, par exemple !).

Ce qui permet d'avoir une autre activité, qui peut être salariée, cette fois-ci.Les vacances dans les écoles et les crèches sont répandues.

Pour 80% des remplaçants bretons, aussi, le remplacement est la seule activité rémunératrice.Ces chiffres sont similaires aux miens. (1et 22)

Si l'on se souvient que la plupart des remplaçants travaillent entre 100 et 200 j et que cela ne nécessite pas d'autre emploi, notamment salarié, on en déduit que les remplacements, (évidemment bien trouvés), sont intéressants financièrement.

Qu'en est il pour les installés ?

En 2003, 39% des généralistes bretons déclarent avoir un poste salarié en plus de leur activité libérale (24).Dans sa thèse, en 2007, Mr Walter retrouve que 24% des médecins généralistes installés de l'Est parisien ont aussi une activité salariée , le plus souvent à l'hôpital.(25).

Ces chiffres sont assez divergents de ceux retrouvés par le CNOM : seulement 6.5 % des médecins libéraux français ont une activité complémentaire.

7. Comment trouver les remplacements ?

Comme on peut s'y attendre, au vu de la demande, c'est surtout les médecins qui démarchent les remplaçants et cela par le bouche à -oreille, les connaissances personnelles...

Les sites Web spécialisés dans le remplacement médical et paramédical se sont multipliés ces dernières années. Ils sont réactualisés régulièrement et les recherches sont assez bien guidées (lieu de domicile, jours désirés, milieu rural ou urbain recherché, type de patientèle, pourcentage de la rétrocession...)

A titre d'exemple : Média Santé, Allo-médecin, Doc112, Medi-emploi...

On peut aussi trouver des opportunités de remplacements sur le site des syndicats, notamment, le SNJMG, et l'ISNAR.

Les CDOM proposent aussi une liste de remplacements qui est peu consultée (du moins dans mon enquête et dans celle qui s'en apparente (1))

8. Les contrats de remplacements

La grande majorité des remplaçants établit un contrat.

C'est pourtant une obligation (21), qu'elle que soient la nature et la durée du remplacement. Il permet de couvrir les 2 parties en cas de litiges concernant les horaires, la rétrocession, le matériel ou une installation future (article 86 du code de Déontologie).

Un remplaçant, qui a remplacé un médecin pendant au moins 3 mois en 2ans, ne pourra s'installer dans un périmètre où il pourrait entrer en concurrence directe avec ce dernier.

Le contrat peut donc contenir une clause qui lève cette interdiction.

9. Nombre minimum de consultations assurées

Le modèle de contrat du CNOM ne précise pas qu'il doive y mentionner un nombre minimal de consultation effectuées. En effet, cela s'apparenterait à du « pseudo - salariat » alors que la notion de « profession libérale implique une prise de risque financier.

Mais dans la plupart des cas, l'accord est verbal. Donc en cas de litiges, cet accord est inexistant.

Le nombre minimal retenu est de 10C/jour . Dans la majorité des situations, ce nombre est largement dépassé.

10. La rétrocession

En matière de reversions d'honoraires, il n'y a pas de règles obligatoires mais des usages.

Le remplacement occasionnant des frais de fonctionnement (l'utilisation des locaux, des imprimés, du matériel...), il est d'usage que le remplacé conserve un pourcentage des honoraires encaissés par le remplaçant pour couvrir ces frais.

Toutefois, pour les remplacements de garde (nuit et week-end), l'habitude est que le remplaçant conserve la totalité des honoraires, dans la mesure où il n'utilise pas le cabinet du remplacé.

Autrefois, le pourcentage de la rétrocession se situait autour de 50-60%. Aujourd'hui, la pénurie des remplaçants explique qu'il avoisine les 70-75%.

Pour la quasi-totalité des remplaçants que j'ai interrogés (96%), le montant de cette rétrocession est compris entre 70 et 80%.

11. Les relations avec les médecins remplacés

Si dans la plupart du temps les relations avec les médecins remplacés sont bonnes, elles peuvent être inexistantes.

Dans une enquête similaire à la notre (1), plus d'un remplaçant sur 4 ressent une difficulté dans le mélange d'une relation confraternelle et commerciale avec les médecins qu'ils remplacent (via le contrat de remplacement sus cité qui instaure une sorte de rapport employé - employeur).

Les autres difficultés citées étaient : le manque d'autonomie dans les horaires et les prescriptions, le manque de communication, le manque de confiance et reconnaissance, la mauvaise tenue des dossiers ou du cabinet et le non suivi des recommandations (RMO).

73% d'entre eux trouvaient que ces situations n'étaient pas préoccupantes, 7% les trouvent préoccupantes mais n'osent pas en parler, les autres trouvent que cela altère les relations avec les remplacés.

Sur Paris, les difficultés que les médecins remplacés expriment sont surtout : une mauvaise gestion du cabinet, des difficultés de relation avec les patients, des erreurs diagnostiques, des problèmes déontologiques, et rarement des problèmes personnels (25).

En Angleterre, c'est un peu différent. Dans un article du Family Practice, paru en 2000, les remplacés se plaignent d'un manque de ponctualité d'une incompétence médicale, de difficultés relationnelles avec les patients et de difficultés avec les autres employés (secrétaires) (26).

Cela n'empêche que 98% des médecins parisiens ont une image favorable (79%) ou très favorable (19%) du remplaçant (25).

12. L'AGA

Ils sont près de ¾ à avoir adhéré à une AGA.

Cela leur permet d'éviter une majoration de 25% des revenus libéraux lors la déclaration de revenus.

En ce qui me concerne, j'ai adhéré à l'ANA-PL. La cotisation annuelle s'élève à 150euros environ.

13. La Responsabilité Civile Professionnelle

Tous les remplaçants interrogés ont souscrit à une RCP.

Elle est nécessaire depuis le début de l'activité hospitalière et le code de déontologie la commente : « le remplaçant exerce sous sa seule responsabilité .Il est nécessaire qu'il pense à contracter une assurance en responsabilité civile et professionnelle ».

C'est une couverture en cas de litiges avec les patients.

14. L'assurance Prévoyance Invalidité Décès

Seulement ¼ des remplaçants a souscrit à cette assurance.

Elle est l'équivalent de la sécurité sociale des salariés.

Elle va permettre de compenser le manque à gagner en cas de maladie, accident ou décès.

Mes résultats sont un peu faibles si on les compare à ceux de Mme Le Tacon Priquet qui trouve que 2 remplaçants sur 3 ont souscrit à cette assurance (1).

Une des raisons de cette différence de résultats : une population interrogée assez jeune qui est encore mal informée des conseils utiles pratiques.

15. La comptabilité

Si plus de 8 remplaçants sur 10 s'occupent eux-mêmes de leur comptabilité, quelques uns ont besoin de l'aide d'un professionnel.

(Pour moi, il s'agit de mon frère expert comptable que je remercie au passage !)

Pour les recettes, il s'agit de noter clairement sur un tableau le nom du médecin remplacé, la date, le montant des honoraires perçus pendant le remplacement et le montant de la rétrocession. Faire la somme des montants effectivement perçus et la reporter sur sa déclaration de revenus.

Les dépenses sont représentées par les déplacements, les repas pris à l'extérieur, le montant du matériel acheté (otoscope, tensiomètre, abaisse-langue, spéculum ORL, les médicaments utiles), la taxe professionnelle, la CSG déductible, les assurances et charges sociales personnelles, et les cotisations syndicales et professionnelles.

Le plus souvent, on remplit son formulaire 2035 rapidement et sans souci si les montants, les factures et autres justificatifs sont bien rangés ! (27)

16. Les revenus

C'est volontairement que je n'ai pas laissé la question ouverte (quel est votre revenu ?). Je me suis dit que le montant des revenus était un sujet délicat et que certains n'oseraient y répondre. Le fait de donner des bornes pourrait peut être les inciter à me donner plus d'informations.

Effectivement, seulement 5 participants n'ont pas répondu (13%).

Mais, j'aurais pu proposer des montants allant jusqu'à 60000 euros. On aurait pu ainsi comparer les revenus des médecins remplaçants et installés.

Les résultats que j'ai obtenus montrent que 50% de ceux qui remplacent encore gagnent plus de 30000euros annuels et sont installés depuis plusieurs années dans le remplacement. Ceux qui gagnent moins ne remplacent que depuis peu (moins de 2ans).

En 2006, les remplaçants bretons avaient un revenu moyen de 29500euros (avec un maximum à 85000 et un minimum à 1800euros) (1).

Dans une étude dirigée par l'INSEE en 2009, les omnipraticiens libéraux exclusifs ont déclaré 69400 euros en moyenne. Il existe un écart entre les sexes : les femmes généralistes gagnent en moyenne 34% de moins que leurs confrères masculins (à noter que ce chiffre grimpe à 42% en ce qui concerne les spécialités). (28).

17. Satisfaction des revenus

90% des remplaçants interrogés sont satisfaits de leur revenu.

Les raisons d'être insatisfait peuvent être multiples : ils ne travaillent pas assez, donc les revenus sont moindres, ou ils travaillent suffisamment mais la rémunération ne leur suffit pas

18. Clubs et associations de remplaçants

La majorité des remplaçants ne ressent pas le besoin de connaître d'autres remplaçants par le biais de clubs ou d'associations.

Les clubs de remplaçants sont présents dans toutes les régions. Ils sont organisés par les visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques et permettent de diffuser le plus souvent par mail, les annonces de remplacement, collectées auprès des médecins installés.

D'autre part, ils organisent des réunions de formation, qui se déroulent souvent en soirée autour d'un repas avec des intervenants de la région (gynécologues, gériatres diabétologues...)

Cela permet de construire un réseau professionnel et de créer des liens avec ses confrères remplaçants.

En ce qui me concerne, dès la première année de remplacement, on m'a sollicitée pour en faire partie .Effectivement, cette initiative permet de trouver des remplacement près de chez soi assez facilement.

Il existe par ailleurs, des associations régionales des remplaçants qui permettent sous réserve de cotisation, d'obtenir conseils, informations, et assistance.

Un exemple bien développé : l'association URBAN (union des remplaçants de Basse Normandie) (29).

E. PROJET PROFESSIONNEL

1. Le remplacement : encore combien de temps ?

-1/4 des remplaçants interrogés souhaitent s'arrêter de remplacer dans l'année .Pour certains qui remplacent depuis plus de 5 ans, le temps de la réflexion a pris fin et l'heure de l'installation a sonné.

Pour certains qui remplacent depuis peu, il s'agit là d'une opportunité d'installation qui leur convient ou d'un poste salarié.

-1/4 des répondants n'ont pas d'idée précise sur la durée pendant laquelle ils vont encore effectuer des remplacements.

- Les plus nombreux sont ceux qui souhaitent remplacer encore 1 à 5 ans (36%). Ils sont plutôt jeunes et les remplacements constituent aussi bien un temps d'observation et de réflexion qu'un complément pratique à la formation reçue pendant les études.

- 10% des remplaçants interrogés voudraient faire cela tout le temps .Ils le font déjà depuis 8 et 9 ans : ce sont des « remplaçants professionnels ».

2. Apports des remplacements

Le remplacement qui, par nature, est ponctuel, d'après le code de Déontologie (21), permet d'avoir un emploi du temps assez souple. Il est assez rare d'avoir 4 ou 5 jours de remplacement réguliers dans la semaine en plus des vacances scolaires.

L'aspect pécuniaire y est aussi primordial : les revenus sont importants compte tenu du peu de charges fixes que l'on a.

L'indépendance liée aux lieux et aux personnes est aussi bien plébiscitée (citée 16 fois).

En ce qui concerne le travail de remplacement en lui-même, les patientèles les différentes prises en charges et la préparation à une future installation ont été moins cités.

Peut on alors dire, au vu de ces résultats que les remplaçants veulent travailler juste ce qu'il faut pour gagner beaucoup ? Que la vie privée et personnelle est un facteur majeur dans cette activité ?

3. S'installer ou pas ?

7 remplaçants sur 10 souhaitent s'installer.

En ce qui concerne les remplaçants bretons, plus de la moitié ne désire pas s'installer ou ne sait pas.

La décision de l'installation demande une mure réflexion, car cela connote d'une certaine irréversibilité.

Malgré cela, 2/3 parmi ceux qui souhaitent s'installer voudraient le faire dans les 5 ans à venir.

En 2008, dans l'inter-région Nord Est, 59% des 492 remplaçants interrogés avaient l'intention de s'installer (12).

Sur les 21 remplaçants qui souhaitent s'installer, seulement 5 voudraient avoir une activité autre que l'exercice libérale en cabinet. Il s'agit souvent d'un emploi salarié (PMI, crèche, maison de retraite, hôpital..)

Parallèlement, 2/3 de ceux qui veulent s'installer souhaite le faire dans un cabinet de groupe (ils étaient 64% dans la thèse de Mr Salmon (12))

Cette possibilité de s'installer en groupe permet de rompre le sentiment de solitude, de partager les charges (secrétariat, locaux...) et de se libérer du temps tout en assurant la permanence des soins par le collègue (le samedi par exemple) (30)

D'ailleurs, d'après Mr Salmon, le premier facteur qui retarde l'installation des jeunes médecins est justement la recherche d'un associé pour s'installer en groupe.

4. Les obstacles à l'installation

Comme on l'a retrouvé dans nos résultats, moins d'1/3 des remplaçants ne désirent pas s'installer.

Les raisons évoquées le plus fréquemment sont le rythme de travail trop intense et les taches administratives liées à la gestion du cabinet (et à l'installation).

En effet, c'est ce dont les médecins installés se plaignent le plus souvent.

En 2008, lors du Congrès National des Médecins généralistes, ce qui revenait fréquemment d'après Mr Ruffier Fossoul, journaliste, c'était l'excès de tracasseries administratives et les journées interminables (31).

Les remplaçants ont un avant-goût de cette situation surtout lorsqu'ils remplacent des semaines ou des mois complets. Il n'y a qu'à voir la montagne de documents que les patients apportent : les dossiers de la MDPH, les protocoles de soins, les examens complémentaires à classer ou à scanner, les courriers des spécialistes...

De plus, le rythme de travail est assez intense.

En plus des horaires déjà planifiés pour les consultations et visites, il y a les « urgences » gérées au téléphone, les patients qui font le sitting dans la salle d'attente car ils n'ont pas de RDV, et ceux qui arrivent au moment où vous mettez votre veste à 21h avec leur bout'chou de 3 ans qui se plaint d'otalgie.

La roue est ainsi lancée et on ne peut refuser...

5. La réforme du médecin traitant MT

« Soigner mieux en dépensant mieux », tel est l'objectif de la réforme proposée par le gouvernement pour sauvegarder notre régime d'Assurance Maladie depuis 2005.

Le dispositif du médecin traitant constitue l'un des éléments centraux de la réforme de la sécurité sociale en promouvant le généraliste, pivot du système de soins.

L'objectif premier est de réguler l'accès aux spécialistes, viennent ensuite la maîtrise des dépenses de villes, une meilleure qualité de la prise en charge médicale et une meilleure équité de traitement.

La déclaration d'un médecin traitant n'est pas obligatoire mais fortement conseillée : il s'agit de sanctions financières pour l'assuré qui ne respecte pas le parcours de soins coordonné.

Le remplaçant, futur installé n'a pas l'air de s'en préoccuper (93% ne sont pas effrayés par cette réforme).

En effet, pour peu qu'il reprenne une succession, il suffit de signer une nouvelle déclaration avec le patient et de lui expliquer qu'il ne sera pas pénalisé sur ses remboursements.

Dans tous les cas, le patient reste libre de changer de MT à tout moment.

Dans une enquête de l'IRDES en 2007, les raisons évoquées pour expliquer la désignation d'un MT (question posée aux patients) étaient d'abord le caractère obligatoire puis les pénalités de remboursements. Ensuite seulement, l'aide apportée à la sécurité sociale (pour combler son fameux trou) et enfin parce que cela va améliorer la prise en charge médicale (32).

A savoir que le décret n°2006-1 du 2 janvier 2006, met en application le moratoire concernant les nouveaux installés : le patient ne sera pas pénalisé s'il va consulter un généraliste installé, pour la première fois en libéral, pendant les 5 premières années de son installation.

Mais en pratique, les patients et la plupart des remplaçants ne le savent pas. Une idée serait de lancer une campagne d'information à destination des jeunes généralistes et des patients.

6. Les aides à l'installation

Elles sont assez mal connues des remplaçants.

Dans mon étude, seulement 1/4 d'entre eux connaissent ces aides à l'installation.

Dans la thèse de Mme La Tacon Priquet ils sont 42% à savoir de quoi il s'agit. (1)

(Pour ma part, c'est en travaillant sur ma thèse que j'en ai pris connaissance !)

Quelles sont elles et quel est leur but ?

Elles vont permettre **d'équilibrer les** inégalités **territoriales** en ce qui concerne l'offre de soins.

Il s'agit de **mesures incitatives** à l'installation et au maintien des professionnels de santé dans les zones déficitaires en offre de soins (définies par la Maison Régionale de Santé).

Pour les médecins généralistes, il existe :

- Une aide forfaitaire annuelle représentant 20% de l'activité du médecin dans la zone concernée, à condition d'exercer en groupe et de s'engager pour 3 ans)

- Un accompagnement individualisé

- Une dérogation au parcours de soins accordé pour les patients qui viennent consulter ces médecins installés dans les zones déficitaires.

- Une exonération fiscale :
 - exonération de l'impôt sur le revenu en ce qui concerne la rémunération acquise au titre de la permanence de soins (gardes nuit et week-end dans la limite de 60j par ans pour les installés et leurs remplaçants)
 - exonération de l'impôt sur le revenu pour les médecins qui exercent en zone de revitalisation rurale (exonération totale de l'impôt sur le revenu pendant 5 ans et dégressivité durant 9 ans)
 - exonération de la taxe professionnelle pour les médecins qui exercent en zone de revitalisation urbaine ou dans une commune de moins de 2000 habitants.

- Des aides pour les remplaçants, qui remplacent dans un cabinet éloigné de plus de 20 minutes d'un service d'urgence et dont la densité des généralistes est basse (moins de 3 généralistes pour 5000 habitants), idem pour les zones franches urbaines.

Il s'agit d'une aide financière de 300 euros par jours dans la limite de 10 à 18 jours par an, selon qu'il s'agisse d'une zone déficitaire ou d'une zone franche).

- Exonérations de charges sociales si un médecin embauche un salarié dans une zone de revitalisation rurale.

Il existe aussi des **mesures coercitives**, qui ne sont pas encore en application :

- Créations de cartes de zones où il n'est pas interdit de s'installer mais franchement déconseillé, le médecin ne sera pas conventionné.

- Rendre moins agréable les conditions de remplacement pour inciter les jeunes médecins s'installer plus rapidement (faire plus de gardes ou obligation de remplacer dans zones déficitaires)

F. LA SANTE DES REMPLACANTS

Plusieurs études et thèses ont été effectuées sur la santé des généralistes.

Qu'en est il pour les remplaçants ?

Se prennent ils en charge de la même manière que leurs confrères installés ?

1. Poids et Indice de Masse Corporelle IMC

Près de 8 remplaçants sur 10 ont un IMC normal.

13% des remplacés interrogés ont un surpoids qui reste modéré .La surcharge pondérale est plus fréquente chez les médecins plus âgés.

16% des plus de 50 ans ont un surpoids contre 12.5% chez les moins de 50 ans.

L'IMC maximal retrouvé est 29 et il s'agit d'un homme de 41 ans.

Cette notion de surpoids se retrouve chez les médecins installés, mais de manière plus prononcée.

En 2006, 30% des médecins interrogés en Ile de France ont un surpoids et cela concerne 35% des médecins âgés de plus de 50 ans (contre 24% chez les moins de 50 ans) (33).

Selon l'INSEE, près de 40% de la population générale présente un surpoids soit 1 homme sur 2 (48%) et 1 femme sur 3(38%).La fréquence du surpoids et de l'obésité croit jusqu'à 60 ans (34) et ce, en raison d'une sédentarité accrue et de déséquilibres alimentaires persistants.

En comparant les résultats de ces travaux aux nôtres, **il semble que les médecins soient moins nombreux à présenter un surpoids que la population générale** et cela se retrouve dans une autre étude de l'INSEE qui révèlent que les disparités entre les catégories socioprofessionnelles existent aussi pour l'IMC, notamment en Ile de France (35).

2. Le tabagisme

Si l'on considère que fumer occasionnellement est synonyme de tabagisme, 21% des remplaçants interrogés sont fumeurs. Le nombre de paquet-année n'a été renseigné que très rarement, ce paramètre ne peut donc être exploré.

La proportion de fumeurs n'est pas la même selon le sexe : 30% des hommes (4/13) et 16% des femmes (4/25).

D'après le Baromètre Santé de 2003, 29% des généralistes déclarent fumer ne serait-ce que de temps en temps.

En Ile de France en 2005, le tabagisme concernait 21% des médecins interrogés (ce qui concorde avec nos résultats) (33).

Si l'on reprend les différents baromètres effectués, on remarque que la prévalence du tabagisme chez les médecins a diminué de moitié depuis 1993. Cette évolution peut être expliquée par les mesures législatives effectives depuis 2004 (augmentation du prix du tabac) et par les lois de 2007 (interdiction de fumer dans les lieux publics).

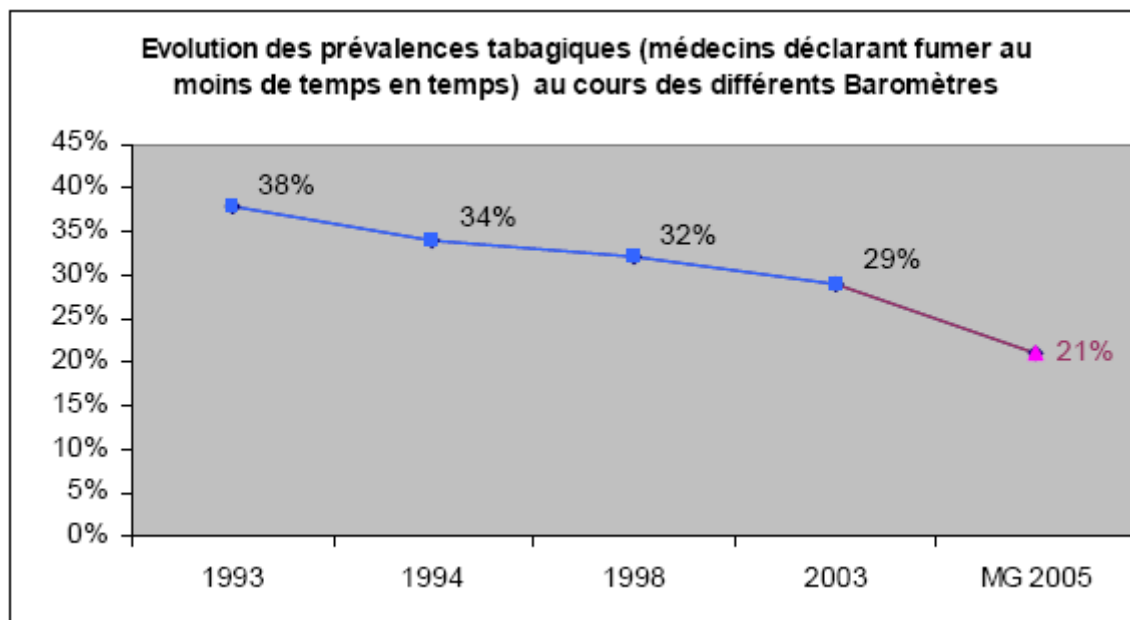


Tableau extrait de la thèse de Mme Mazet Gillard

En ce qui concerne la population générale, 29.5% des 18-75 ans se déclarent fumeurs en 2007. Cela concernait 33.1% en 2000 (37).

En 2005, l'INSEE retrouve que le tabagisme concerne ou a concerné 50% des hommes et 33% des femmes.

Même si ces chiffres sont différents, **il apparaît que la prévalence du tabac est moindre chez les médecins généralistes (installés ou remplaçants dans la même proportion) que dans la population générale.**

De manière globale, cette prévalence a tendance à diminuer.

3.La consommation d'alcool

Lors de l'analyse de mes résultats, je me suis aperçue que j'aurais du créer un item « pas de consommation d'alcool ». Mais cela n'a pas changé mes résultats puisqu'ils ont, en fait, tous répondu à la question, mais rares ont été ceux qui ont précisé la quantité.

90% en consomment occasionnellement, 8% régulièrement et 2% quotidiennement.

Qu'en est il chez nos confrères installés ?

En 2003, 30.3% des généralistes déclarent boire de l'alcool régulièrement (plus de 3 fois dans la semaine précédant l'enquête), 51% ont une consommation occasionnelle (1 à 2 fois dans la semaine précédant l'enquête) et 18% n'a pas consommé d'alcool du tout. (36).

Selon l'âge et le sexe, la proportion de buveurs occasionnels reste toujours prédominante.

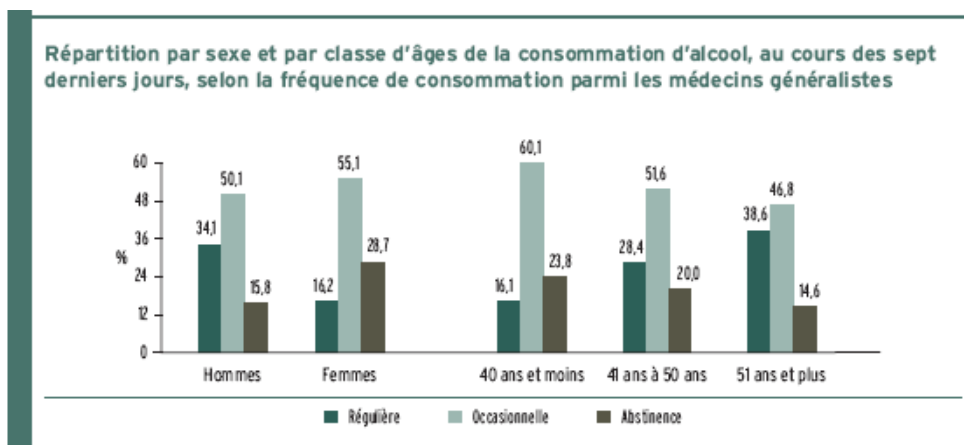


Tableau extrait du baromètre santé médecins/ pharmaciens 2003

→ **D'une manière générale, il apparaît que boire de l'alcool de manière quotidienne est moins répandu chez les remplaçants que chez les installés.**

L'INSEE retrouve que 7% de la population générale a une consommation excessive d'alcool.

En 2005, Mme Mazet Gillard retrouve dans sa thèse la même proportion chez les médecins généralistes d'Ile de France (33). Elle en conclut que sur ce point, le médecin est un patient comme les autres.

4. L'état vaccinal

- Diphtérie Tétanos Poliomyélite DTP

La vaccination pour le DTP est quasi unanime (93%), les 2 personnes non vaccinées sont pourtant assez jeune : un homme de 32 ans et une femme de 29 ans.

S'agit il 'une négligence personnelle ou du reflet de leurs pratiques professionnelles ?

La vaccination DTP ainsi que celle contre l'hépatite B est une obligation en cas de risque professionnel.

Ainsi selon l'article L3111-4 du code de la Santé Publique, modifié par le décret du 14 octobre 2006 : « *une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé, de prévention, de soins ou d'hébergement des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite* ».

Les médecins libéraux et leurs remplaçants sont donc à la limite du champ d'application. Mais les visites dans les maisons de retraite ou EHPAD les obligent, d'une certaine manière à s'y soumettre.

Pour le DTP, il s'agit d'une primo vaccination obligatoire pour tous avec des rappels jusqu'à 13 ans. Les rappels décennaux sont recommandés pour la population générale mais obligatoires pour les professionnels de santé.

Selon l'enquête Santé et Protection sociale menée par le CREDES et l'IRDES en 2002, en France métropolitaine, 62.3% des adultes déclaraient être à jour contre le tétanos (dernier rappel datant de moins de 10 ans) et 36.1% contre la poliomyélite (39).

Les généralistes de Meurthe et Moselle étaient 92.7% à se déclarer à jour vis-à-vis de la vaccination DTP en 2006 (40) et ceux des Bouches du Rhône l'étaient à 81% en 2008 (41).

→ **Globalement, les remplaçants sont significativement mieux couverts pour le DTP, que la population générale et que les médecins installés.**

- Coqueluche

Depuis 2004, le HCSP de France recommande la vaccination des professionnels de santé amenés à être en contact avec des nourrissons n'ayant pas encore reçu 3 doses de vaccins, ainsi que celle des étudiants médicaux et paramédicaux.

Il recommande aussi la vaccination des adultes futurs parents.

En 2008, cette recommandation est élargie avec recommandation de rattrapage chez tous les adultes de 26-28 ans ainsi que tout le personnel soignant y compris dans les EHPAD (42).

En 2007, à Lyon, une étude menée dans le service des urgences et de réanimation pédiatriques retrouvaient que seulement 45.8% des médecins avaient reçu un rappel de vaccin coquelucheux (contre 28.8% pour les paramédicaux) (43).

Les généralistes des Bouches du Rhône ne sont quant à eux qu'1/4 à avoir une vaccination contre la coqueluche à jour en 2009 (41).

Dans notre étude, près de 9 remplaçants sur 10 sont vaccinés.

La différence des résultats tient probablement à 2 raisons : les recommandations ne datent que de 5 ans d'une part, et ceux qui ont répondu à mon questionnaire sont plutôt assez jeunes (donc plutôt sensibles au fait qu'ils soient parents ou qu'ils pourraient l'être prochainement).

→ **Comme pour le DTP, les remplaçants sont mieux vaccinés pour la coqueluche que les médecins installés.**

- Hépatite B

Comme nous l'avons dit plus haut, la vaccination pour l'hépatite B est obligatoire pour les professionnels de santé.

Elle comporte 3 injections faites idéalement à 0, 1 et 6 mois d'intervalle (48).

En 2003, 82% des médecins des Cotes d'ARMOR se déclaraient vaccinés pour l'hépatite B (44), contre 84% des médecins franciliens en 2007 (33) et contre 73% des médecins des Bouches du Rhône en 2009 (41).

L'évolution n'a donc pas été flagrante en ce qui concerne cette vaccination, puisqu'en 1994, le baromètre santé retrouvait que 81% des généralistes étaient vaccinés (45), et qu'ils étaient 87 % à l'être en 1998(46).

Si l'on s'intéresse à la population générale , une étude de l'INVS révèle que 41.3% des personnes interrogées avaient reçu une vaccination pour l'hépatite B.il s'agissait là d'une enquête effectuée sur 14000 personnes âgées de 18 à 80 ans (47).

100% des remplaçants qui ont répondu à mon questionnaire ont reçu cette vaccination.

1 seule personne a pourtant une sérologie négative après 4 injections. D'après l'HCSP, si les anticorps anti-HBS sont négatifs, la vaccination doit être reprise jusqu'à détection des anticorps anti-HBS, sans dépasser 6 injections (soit 3 de plus que le schéma initial).Dans le cas où la sérologie reste négative, il sera considéré comme non répondant et sera surveillé régulièrement (48).

→ La vaccination contre l'hépatite B, malgré toute la polémique qu'elle a déclenché est quand même respectée chez les médecins généralistes français .Elle est par contre appliquée à la lettre chez les remplaçants !

- Grippe

Le vaccin antigrippal est recommandé pour les professionnels de santé qui sont susceptibles d'être en contact avec des personnes à risque de grippe sévère.

Les généralistes franciliens étaient 67% à être vaccinés en 2007 (72% d'hommes contre 58% de femmes) (33).

Idem pour les généralistes des Bouches du Rhône qui l'étaient à 67.8% (41).

En ce qui concerne les médecins hospitaliers d'un service pédiatrique (43), ils étaient 83% à être vaccinés contre la grippe en 2009 et les hommes l'étaient de manière massive par rapport aux femmes (91% versus 34.7).

Parmi les remplaçants que j'ai interrogés, $\frac{3}{4}$ sont vaccinés. Ceux qui ne le sont pas sont majoritairement des femmes de moins de 40 ans.

D'après ces données on peut se demander si les médecins femmes sont plus réticents à la vaccination anti-grippale ?

A l'échelle nationale, le Baromètre Santé médecins /pharmaciens de 2003 (36), les médecins étaient 63.2% à s'être fait vacciné pour la grippe contre 66% en 2004 et 2005 (49).

→ Pour établir une comparaison, on peut dire de manière schématique, d'après ce études que la vaccination antigrippale est mieux respectée chez les médecins hospitaliers que chez les médecins libéraux de ville. Et il apparaît que les remplaçants soient un peu plus vaccinés que les installés (73% contre 67% environ).

Cependant, les médecins de manière générale, restent loin des 100% attendus dans un but de protection des patients les plus fragiles.

- Rubéole

La vaccination contre la rubéole est recommandée chez les femmes en âge de procréer en raisons du risque de malformations fœtales.

96% des femmes qui ont répondu à mon questionnaire sont vaccinés contre la rubéole.

Elles étaient 76% à l'être parmi les généralistes femmes franciliennes en 2007 (33).

A noter que l'âge moyen des femmes de mon étude est de 31.7 ans alors qu'il était de 47.2 ans dans la thèse de Mme Mazet Gillard (33).

Les nouvelles générations de femmes médecins sont elles plus sensibles à cette vaccination ou bien la différence de résultats n'est elle expliquée que par la taille de mon échantillon ?

5. Dépistage du VIH

La profession médicale, de par les actes qu'elle engendre (vaccinations, intramusculaires, petites sutures, plaies...) est à risque d'exposition au sang et aux virus qu'il peut contenir.

Qui ne s'est pas déjà piqué en rebouchant une aiguille (fortement déconseillé) ? Souillé les doigts de sang en jetant le plateau de suture ?

Dans sa thèse, Mme Mazet Gillard retrouve que 43% des médecins ont déjà été victime d'AES lors de leur exercice professionnel et seulement 73% d'entre eux ont réalisé les sérologies (VIH, hépatite C et Ag HBS pour l'hépatite B) (33).

Par contre ,80% a déjà effectué une sérologie VIH.

Parmi les remplaçants interrogés, 89% ont déjà effectué un dépistage du VIH.

La grande majorité (60%) l'a fait pour des raisons bien précises : grossesse, don de sang, bilan préopératoire.

23% pour un dépistage systématique et 17% lors d'une prise de risque professionnel.

En ce qui concerne les AES hospitaliers, une étude faite au CHU de Limoges en 2003 a permis d'étudier les causes de non déclaration des AES. Il s'agissait : un manque de temps,

des procédures trop compliquées et des accidents trop fréquents, vécus comme les risques du métier (50).

On peut donc extrapoler cela en imaginant que les médecins libéraux auront des difficultés à traîner leur patient au laboratoire ou à l'hôpital pour faire la même démarche (sérologie +/- traitement).

Les dernières recommandations de l'HAS sont en évolution en ce qui concerne le dépistage du VIH. L'idée serait de proposer annuellement le test de dépistage à toute la population sexuellement active.

6. L'activité sportive

58% des Français âgés de 15 à 74 ans pratiquent habituellement un sport d'après le Baromètre Santé 2005 (51), mais seulement 43% d'entre eux en ont pratiqué la semaine précédant l'enquête.

83% des généralistes franciliens font du sport occasionnellement à régulièrement (33), contre 67% des médecins des bouches du Rhône (44).

Les remplaçants d'Ile de France de mon enquête étaient 90% à faire du sport ne serait ce qu'occasionnellement.

Ceux qui n'en font pas du tout sont plutôt des hommes de plus de 50 ans.

→ **Ces résultats semblent correspondre à une hygiène de vie de meilleure qualité que la population générale. A noter que la pratique sportive augmente avec le niveau de diplôme et de revenus (52).**

Il n'est donc pas surprenant de retrouver des bons comportements chez les médecins et le fait d'être remplaçant paraît libérer plus de temps pour cela.

7. Une maladie chronique ?

En 2009, 32% des médecins des bouches du Rhône avaient déclaré une maladie chronique, ce qui représente plus du double des médecins remplaçants de mon enquête (41).

Il s'agissait surtout de pathologies cardiovasculaires (age moyen 51.2 ans).

Je n'ai pu explorer la nature des maladies car ils n'ont été que quelques uns à la préciser.

En l'occurrence, il s'agissait de syndrome anxio-dépressif et de maladie digestive.

C'est probablement le fait d'une population répondante assez jeune qui explique que les maladies cardiovasculaires n'apparaissent pas.

8. Surveillance glycémique et lipidique

On ne pouvait s'interroger sur la santé des remplaçants sans s'intéresser à leur surveillance biologique du diabète et du cholestérol.

Près de 78% des remplaçants interrogés contrôlent occasionnellement ou régulièrement leur biologie, ce qui semble être un bon résultat en terme de prévention des maladies cardiovasculaires.

Il en est de même chez les généralistes installés dans les Cotes d'Armor : 76% connaissent leur taux de cholestérol mais 50% seulement de ceux qui présentent une hypercholestérolémie ont modifié leurs habitudes alimentaires ou pris un traitement adapté (44).

Des études anglo-saxonnes retrouvent des résultats superposables en terme de prévention et prise en charge de l'hypercholestérolémie chez les généralistes (53) : 50% a suivi un régime et 20% ont débuté une activité physique.

9. Surveillance de la tension artérielle

D'une manière globale, 2/3 des généralistes contrôlent occasionnellement ou régulièrement leur tension. Les chiffres sont similaires qu'il s'agisse de l'étude faite dans les cotes d'Armor (44) ou en Ile et Vilaine (54).

En ce qui concerne les remplaçants, ils paraissent plus nombreux à s'en préoccuper : 81% la surveillent mais seulement 10% la contrôlent régulièrement.

Une étude réalisée auprès de médecins de l'Ile de la Réunion retrouve que 7% d'entre eux étaient hypertendus et 11% étaient dyslipidémiques.

Les femmes surveillaient leur tension de manière plus régulière que les hommes. Ils ont aussi démontré que 70% d'entre eux estimait avoir au maximum 1 facteur de risque cardiovasculaire : en réalité, 27% des hommes et 8% des femmes ont sous-estimé ce risque (55).

Ce qui revient à dire que l'auto-évaluation des facteurs de risques cardiovasculaires chez les généralistes (réunionnais) témoigne de la nécessaire prise de conscience que chaque médecin est aussi un patient.

10. Dépistage des cancers

Je me suis intéressée au dépistage de 3 cancers : l'un féminin, l'autre masculin et le dernier pouvant toucher les 2 sexes.

- Frottis cervico-vaginal FCV : dépistage du cancer du col utérin

Le cancer du col utérin représente 4000 nouveaux cas par an. Le dépistage passe par le FCV. Il est de plus en plus recommandé de le pratiquer tous les 2 ans depuis le début de la vie sexuelle et au-delà de 65 ans.

Il n'existe pas de dépistage organisé pour ce cancer. Il s'agit d'un dépistage individuel qui permet la découverte et le traitement de nombreuses lésions précancéreuses.

Cela a permis une diminution de l'incidence du col utérin (11.2 cas /100000 femmes en 2000).

Comment sont dépistées les femmes généralistes ?

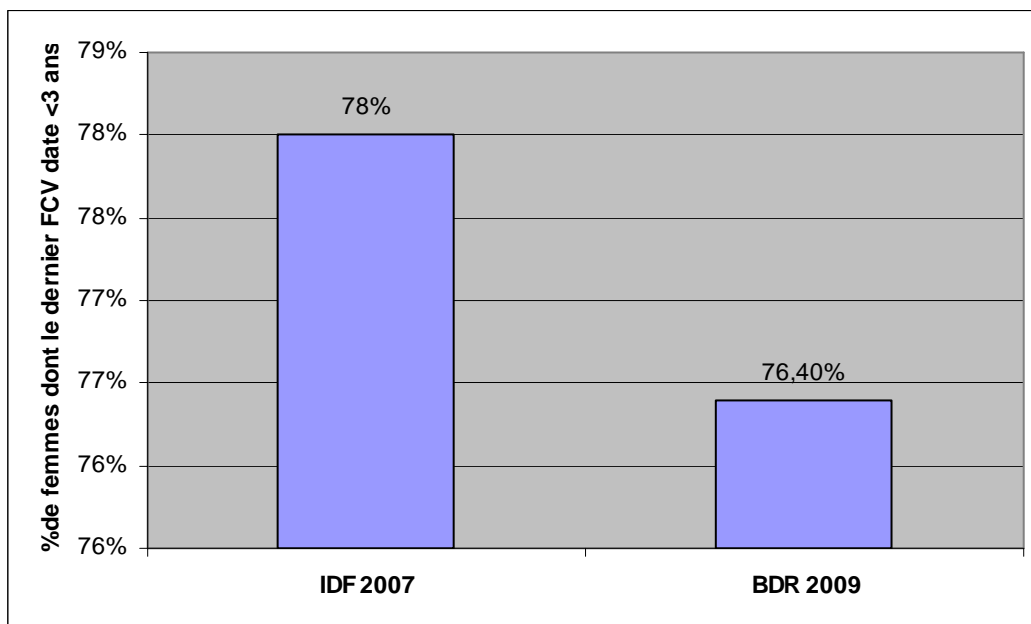
En Ile de France, en 2007, 78% d'entre elles avaient réalisé un FCV il y a moins de 3 ans, (13% l'avaient fait il y a plus de 3 ans et 6% n'en n'ont jamais fait) (33).

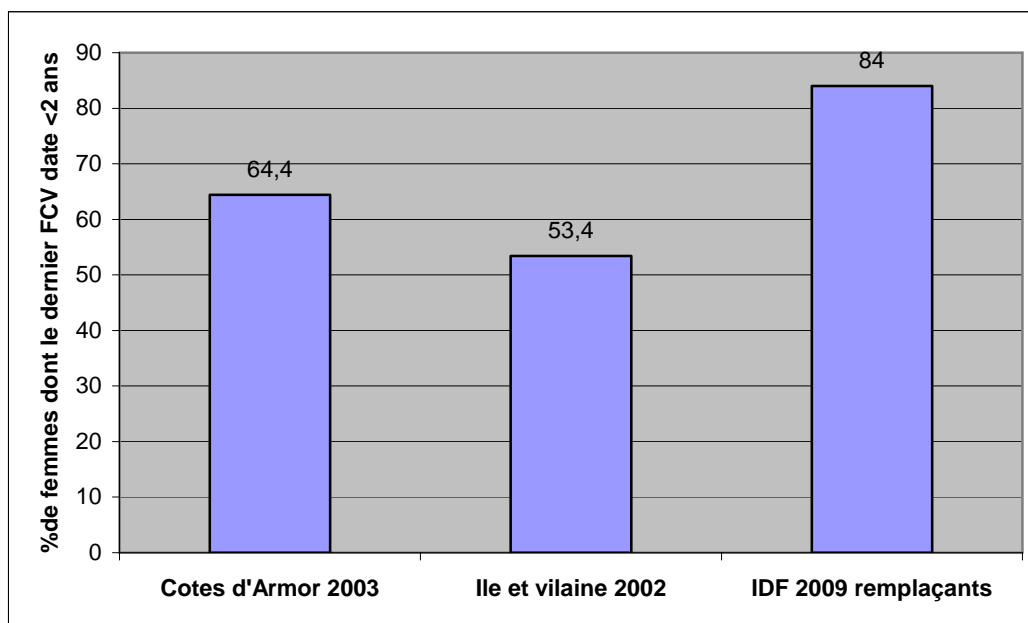
Dans les Bouches du Rhône, en 2009 elles étaient 76.4% à avoir fait un FCV il y a moins de 3 ans (41).

Dans les Cotes d'Armor, en 2003, 64.4% l'ont réalisé il y a moins de 2 ans (44) alors qu'elles étaient 53.4% dans le même cas en Ile et Vilaine (54).

Dans mon enquête, elles étaient 84% à avoir réalisé le FCV il y a moins de 2 ans.

Evidemment en fonction du libellé de la question, (moins de 2 ans ou moins de 3 ans) les chiffres sont différents.





Sur la période des 3 années 2003-2004 et 2005, le taux de couverture était globalement de 58.7% pour les femmes de la population générale de 25 à 65 ans, (39), avec une chute de ce taux après 55 ans (<50%).

A noter de très nettes disparités sociales dans la pratique du dépistage du cancer du col utérin (exploitantes agricoles et ouvrières le faisant moins souvent).

→ **Il apparaît que les généralistes femmes sont mieux dépistées pour le cancer du col utérin que la population générale.**

Quant aux remplaçantes, il semble qu'elles le soient un peu plus souvent que les généralistes installées.

- Cancer de la prostate

C'est un problème de santé publique important. Il occupe le 1er rang des cancers en France avec 62245 nouveaux cas estimés en 2005.

Son incidence est en forte augmentation en raison de l'effet combiné du vieillissement de la population, de l'amélioration des moyens diagnostiques et de la diffusion du dépistage individuel par le dosage du PSA.

L'AFU (Association Française d'Urologie) recommande depuis 2003, un dépistage individuel des hommes de 50 à 75 ans par dosage du PSA et toucher rectal annuel (57).

Dans l'intitulé de ma question, je n'ai tenu compte que du dosage du PSA. Un item concernant le toucher rectal aurait été intéressant à analyser compte tenu de la nature du geste : en effet il fait appel à une personne extérieure et souvent, comme nous le verrons plus loin, le parcours de soins des médecins en tant que patient est assez particulier. Contrairement au PSA qui peut être auto-prescrit et auto-analysé.

Effectivement les généralistes hommes de plus de 50 ans des Bouches du Rhône sont 46.3% à pratiquer un dosage régulier des PSA contre 11.6% à « subir » un toucher rectal annuel (41).

Dans la thèse de Mme Mazet Gillard, 53% des médecins hommes de plus de 50 ans n'ont jamais eu de toucher rectal et seulement 32% des médecins interrogés ont un dépistage complet (PSA + toucher rectal). (33).

Dans mon enquête ils sont 83% à avoir déjà dosé leur PSA contre 71% chez les médecins installées en Ile de France. (33).

→ **La question n'étant pas complète** (dernier PSA en date et toucher rectal effectué ou non), **on ne peut conclure que les remplaçants sont mieux dépistés que leurs confrères installés.**

- Grain de beauté et mélanome

Les naevi sont nombreux sur notre peau et à partir d'un certain âge, il existe des dizaines de kératoses séborrhéiques.

Alors comment faire un tri entre ce qui pourrait être un mélanome débutant au milieu de toutes ces lésions bénignes ?

Un naevus qui n'a pas l'air de famille des autres, un changement récent de couleur, un épaissement...

Ces critères morphologiques souvent regroupés sous le terme mnémotechnique « ABCDE » (asymétrie, bords irréguliers, couleur inhomogène, diamètre>6 mm, épaisseur) sont simples à retenir et surexposent à de multiples faux positifs (nombreux nævi atypiques présentent ces critères mais ne ressemblent pas à des mélanomes) et à de nombreux faux négatifs car certains mélanomes d'évolution rapide et grave ne répondent pas à ces critères.

Les dermatologues français ont une bonne performance diagnostique : pour dépister 95% des mélanomes il leur faut enlever 12 nævi par mélanome.

Plus on en voit, mieux on les reconnaît...

L'entraînement du processus cognitif par des photos permet à tous les médecins de consister leur propre système de reconnaissance par cet entraînement à la confrontation d'images.

D'autre part, il faut regarder l'ensemble du tégument (d'autres lui ressemblent ?) et s'intéresser à une modification récente (interrogatoire) (58-59).

Dans mon enquête, tous les remplaçants qui ont remarqué un naevus suspect l'ont fait examiner par un dermatologue (l'avis spécialisé plus rassurant ?)

11. Suivi de santé et médecin traitant MT.

a. Médecin traitant

D'après la CNAM, en novembre 2008, 85% des assurés sociaux avaient choisi un MT. Dans 99.5% des cas, il s'agit d'un médecin généraliste. (60).

D'après les résultats de mon enquête, 77% des remplaçants ont déclaré un MT .Dans plus d'1 cas sur 2 (53%), il s'agit d'un généraliste.

Elodie Vallet dans les Bouches du Rhône, en 2009 retrouvait que 79.8% des généralistes avaient déclaré un MT .Romain Suty en Meurthe et Moselle retrouvait des taux comparables (78.5%).(40)

L'article L162-5-3 du code de la Sécurité sociale, autorise tout médecin libéral généraliste ou spécialiste, praticien hospitalier ou médecin salarié d'un centre ou établissement de santé à être le MT de ses proches ou de lui même.

A l'inverse des installés, les remplaçants de déclarent rarement comme médecin traitant : ils ne sont que 16% (contre 67% des généralistes des Bouches du Rhône).

Ce qui n'empêche qu'ils assurent eux même le suivi de leur santé (dans 8 cas sur 10).

Il existe une différence entre généraliste et spécialiste (thèse sur médecins libéraux en seine maritime) : 76.2% des généralistes étaient suivis par eux même contre 56.4% des spécialistes (61).

E.Vallet retrouve , chez les médecins des Bouches du Rhône, que le fait d'être atteint d'une maladie chronique était un facteur d'intégration à un parcours de soins plus classique avec déclaration d'un MT (autre que soi même), plutôt spécialiste afin de recréer une « distance de compétence » (41).

Les généralistes consultent rarement un autre généraliste, de l'ordre de 6.1% (41) alors qu'ils sont 21% à le faire chez les remplaçants (lié au fait d'avoir un généraliste comme MT ?).

b.La surveillance dentaire

Elle est bien répandue car 84% des remplaçants ont consulté un dentiste en 2008.

Les chiffres sont du même ordre, soit 80%, quand on interroge les généralistes de Meurthe et Moselle (40).

Selon l'INSEE, en 2005,54.3% de la population générale avait consulté un dentiste dans les 12 mois précédant l'enquête (62), contre 62.8% chez cadres et assimilés.

c. Le suivi gynécologique

En ce qui concerne le suivi gynécologique, 68% des femmes interrogées ont consulté un gynécologue en 2008.

Dans l'étude BVA effectuée en mai 2008, les femmes françaises sont 71% à avoir consulté un gynécologue (ou un généraliste pour le suivi gynéco) (17).

→ **Il ne paraît pas y avoir de différence notable en ce qui concerne le suivi gynécologique entre la population générale et l'échantillon de remplaçantes interrogé.** Notons cependant que ces dernières ont la possibilité de s'auto prescrire leur contraception, ce qui les obligerait moins à consulter leur confrères spécialistes.

d. Traitement antibiotique

« Les antibiotiques, c'est pas automatique ! »

Ce sont les premiers mots qui viennent à l'esprit quand on parle de ces anti-infectieux.

Le généraliste, premier recours en cas de fièvre ou autre maladie contagieuse est en contact permanent avec bactéries et virus.

Même s'il se crée une certaine immunité, 60% des remplaçants de mon enquête ont eu recours à un antibiotique dans l'année 2008.

Est-ce par nécessité (avec respect des recommandations pour l'usage des antibiotiques) ou est ce par le fait qu'ils doivent obligatoirement assurer la consultation et qu'attendre 48 h dans l'hypothèse virale de l'affection est impossible ?

Il serait intéressant d'interroger les médecins sur cette notion.

e. Auto -prescription

L'auto-prescription est fortement répandue chez les généralistes installés comme chez les remplaçants.

Elle est de l'ordre de 80% dans la thèse de Mme Vallet (85% en ce qui concerne les médicaments et 77% en ce qui concerne les examens complémentaires) (41).

Mes résultats retrouvent une auto-prescription de 100% en ce qui concerne les antibiotiques et de l'ordre de 75% pour anxiolytiques et somnifères.

Les prescriptions d'antidépresseurs sont faites par des psychiatres pour les 2 remplaçants de mon enquête.

Pour clore la discussion sur la santé physique des médecins, il me paraissait intéressant de mentionner le rapport de la Commission Nationale Permanente du Conseil de l'Ordre des Médecins concernant « le médecin malade » (63).

Il souligne les dangers de l'automédication à tel point que la solution extrême de son interdiction est même invoquée par le CNP.

D'autre part, il insiste sur la nécessité que le médecin soignant soit très professionnel tout en maintenant une sincère confraternité.

Lors d'une longue maladie ou maladie grave, 2 problèmes se posent :

-assurer la continuité des soins (les remplaçants sont là pour cela !)

-assurer la survie financière du cabinet et du médecin : la CARMF ne commence à indemniser qu'à partir du 90ème jours d'où l'importance d'affiliation à des systèmes complémentaires.

Enfin, la reprise de l'activité est une épreuve difficile au même titre que l'arrêt complet de travail car aux conséquences physiques éventuelles de la maladie, s'ajoute le doute dans l'esprit de la patientèle.

12. Santé mentale des médecins

Les chiffres de la CARMF pour l'année 2008 révèlent que les troubles mentaux et du comportement représentent 41.67% des pensions d'invalidité des médecins libéraux (1er poste) et 18.32% des indemnités journalières versées (second poste après les cancers) (64).

Dans sa thèse, Mme Vallet retrouve que seulement 1.4% des médecins interrogés ont déclaré une maladie chronique d'origine psychiatrique et que 7.4% ont consulté un psychiatre ou psychologue en 2008 (41).

En ce qui concerne la population générale, le rapport de la DREES de février 2008 révèle que le trouble anxieux aurait une prévalence de 9% et les épisodes dépressifs caractérisés, une prévalence de 6%.

Selon le Baromètre Santé 2005, 7.8% des personnes de 15 à 75 ans aurait souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours de 12 derniers mois précédant l'enquête.(51).

→ **Il apparaît que les médecins sont beaucoup moins touchés par les maladies psychiatriques que la population générale** (on peut toutefois noter qu'il peut exister un biais concernant la formulation des questions posées dans les différents questionnaires, un biais concernant les questionnaires non reçus par les médecins qui étaient en arrêt de travail ou invalidité et une sous-déclaration qui existe dans toute enquête concernant la santé mentale).

Parmi les remplaçants, ils sont 13% à avoir consulté un psychiatre, 15% à avoir consommé un anxiolytique, 18% un somnifère et 5.2% ont un traitement antidépresseur.

Tout cela avec une grande majorité de femmes voire une exclusivité féminine en ce qui concerne l'antidépresseur et la consultation spécialisée en psychiatrie.

Cette tendance se confirma aussi dans l'étude de Mme Vallet où le travail de parole est plus volontiers accepté par les médecins femmes que par les médecins hommes (41).

Idem dans la population générale (39), où les sujets masculins sont plus réticents à débiter une psychothérapie que les femmes.

Pourquoi les remplaçants, qui ont tout de même plus de temps libre, moins de tracasseries administratives et une charge de travail moindre, paraissent ils plus fragiles psychologiquement. ?

On peut évoquer la difficulté à trouver des remplacements pour certain ou la place intermédiaire parfois mal vécue entre le titulaire remplacé et les patients.

Un biais à considérer une fois de plus : la taille de mon échantillon qui n'est peut être pas assez représentatif de la totalité des remplaçants...

Ils étaient 21% à avoir ressenti le besoin d'un soutien psychologique en 2008 et près de 90% d'entre eux étaient des femmes âgées de 28 à 40 ans.

Est-ce que l'activité de médecine et de femme ou de mère est difficile à gérer à tel point qu'elles peuvent perdre pied ?

Le Burn Out ou syndrome d'épuisement professionnel est assez répandu chez les médecins.(69).

C'est le résultat cumulé d'une charge de travail trop importante et d'une pénibilité de l'activité (formalités administratives, exigences des patients, problèmes psychiatriques, plaintes...). Cela semble exister aussi chez les remplaçants de mon enquête.

A cela s'ajoute le caractère d'insécurité pendant les gardes ou au cabinet, qui est souvent pesant (souvent mentionnés par les remplaçants en fin de questionnaire).

A ce propos, le CNOM a établi depuis plusieurs années un Observatoire pour la sécurité des médecins. (71).

En 2009, il s'agit surtout d'agressions verbales, de vols, et d'agressions physiques.

La Seine Saint Denis et le Val d'Oise, tous 2 départements de l'Ile de France sont les départements les plus touchés à l'échelle nationale.

Les facteurs expliquant ces mauvais égards à l'égard des médecins sont : un temps d'attente trop long, le reproche d'un mauvais traitement ou encore le refus de payer la consultation.

Par expérience personnelle, ce type d'incident, subi sur son lieu de travail perturbé de manière conséquente la qualité de travail et la qualité de vie.

Il existe un dispositif d'aide téléphonique pour les médecins en difficultés psychologiques dans le cadre de leur exercice, mis en place par l'AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins libéraux) (56).

13. Ressenti global sur leur santé

Près de ¾ des remplaçants estiment que la prise en charge de leur santé est équivalente ou meilleure que leurs patients de même sexe et de même âge.

Quelque soit le sexe, les médecins se considèrent souvent en meilleure santé que la population générale ce qui est confirmée par la comparaison entre l'enquête de l'INSEE en 1999 et celle de Mme Mazet Gillard en 2007 (33)

Par exemple, en ce qui concerne les femmes médecins et les femmes non médecins, à la question « comment jugez-vous votre état de santé ? », les réponses étaient réparties de la sorte :

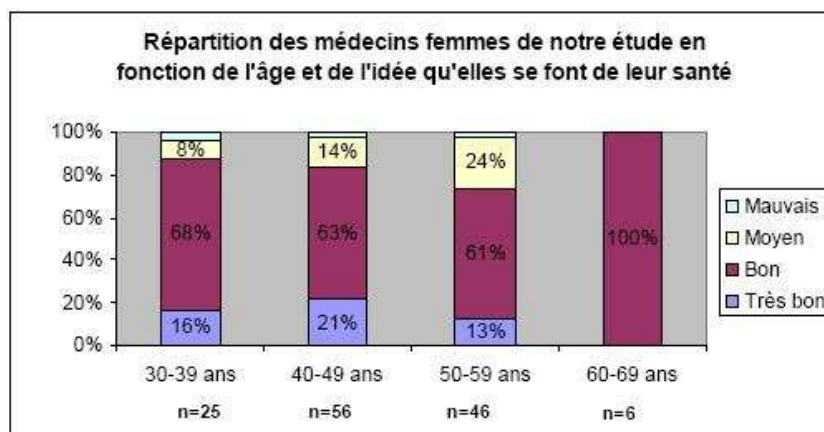
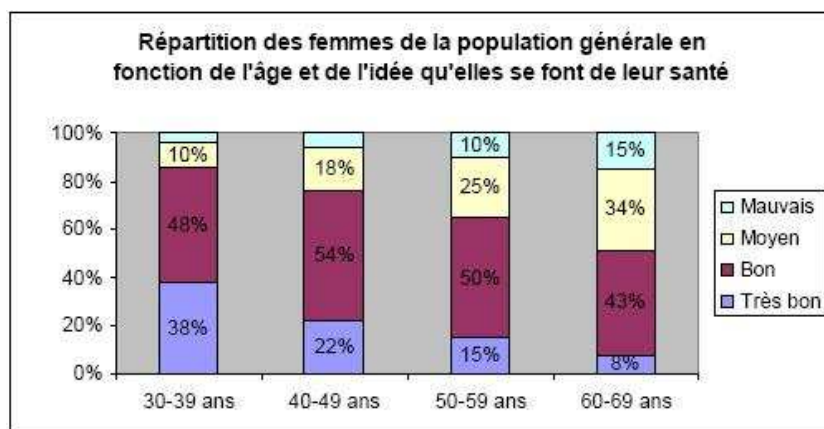


Tableau comparatif extrait de la thèse de mme Mazet Gillard

En ce qui concerne l'hygiène de vie, elle est perçue comme équivalente voire meilleure par 95% des remplaçants.

Ceci a été vérifié par les études sus citées (la pratique plus fréquente de l'activité physique, le tabagisme et la consommation d'alcool moins répandus, l'expliquent clairement).

Pour l'observance thérapeutique, il y a quand même 1/3 des remplaçants qui estime qu'elle est moins bonne que pour la population générale.

On pourrait expliquer cela par le fait que lorsqu'on « se guérit » d'une pathologie, la surveillance est facultative.

A titre d'exemple, l'année dernière, j'ai eu une pancréatite d'origine inconnue avec épanchement péritonéal important. Après traitement, il m'a été recommandé de contrôler cela avec nouveaux scanners et écho endoscopie.

Je me sentais mieux et donc pensé que ce n'était pas indispensable ! (Les ordonnances sont toujours chez moi, en espérant qu'il n'y ait pas de récurrence !)

→ Si les médecins ont une meilleure opinion sur leur santé que les non médecins, c'est qu'ils ont une meilleure hygiène de vie (tabac, sport et alcool) et que par santé, ils entendent souvent, problèmes de santé majeurs (arthrose, ostéoporose et colopathie fonctionnelle) sont souvent étiquetés maladie par le patients lambda alors que pour les médecins, il ne s'agit souvent que de pathologies bénignes et cela en rapport avec leurs connaissances sur le sujet.

G. QUALITE DE VIE ET SATISFACTION

1. Organisation professionnelle

La difficulté de l'organisation professionnelle des remplaçants tient à l'organisation de l'emploi du temps.

Entre les jours réguliers, les semaines entières et les gardes ne nuit ou de week-end, selon les cas, on peut travailler «trop peu», «suffisamment» ou « trop».

Les « trous » dans la semaine permettent de suivre une formation complémentaire, d'avoir des loisirs ou un emploi salarié telle qu'une vacation en PMI, milieu scolaire ou en crèche.

Souvent les offres de remplacement pendant les vacances scolaires posent problèmes aux remplaçantes pour faire garder leurs enfants : elles ne profitent pas de ce temps pour être avec eux.

Mais ce sont les règles du jeu du remplacement médical : travailler quand les autres ne sont pas là ! (au ski ou au bord de la mer).

Parmi les remplaçants interrogés, 9 sur 10 sont satisfaits de leur organisation.

2. L'exercice du remplacement en médecine générale

Aimer son métier, ça n'a pas de prix !

Le remplacement en médecine générale est une bonne transition entre les études et l'installation. Il s'inscrit clairement dans une perspective d'exploration de choix de carrière.

Le remplaçant est mis en relation avec des confrères, avec leurs pratiques afin de retenir de chacun ce qui lui plaît pour une éventuelle installation ou tout simplement pour continuer son exercice en tant que remplaçant.

La médecine est tellement vaste et diversifiée, qu'elle aussi est riche sur le plan organique et physique que sur le plan humain.

Cette dimension est importante dans la relation médecin malade où le soignant joue souvent un rôle de psychothérapeute, très prenant.

Le remplacement en médecine générale semble ainsi satisfaire 86% des remplaçants interrogés.

L'étude sur la santé des généralistes en Ile et Vilaine a montré que plus la charge de travail est importante, plus le stress augmente et plus la satisfaction que les médecins tirent de leur activité professionnelle diminue (54).

3. La disponibilité

- L'activité sportive et les loisirs permettent un épanouissement personnel et sont comme un défouloir.

Le temps nécessaire pour les pratiquer est perçu comme suffisant pour près de 6 remplaçant sur 10 alors qu'en 2003 les médecins installés dans la région de Reims jugeaient insuffisants voire tout à fait insuffisant le temps consacré aux activités personnelles (44).

- Vie privée et familiale

L'équilibre familial est important pour chacun et cela demande du temps et une certaine organisation.

Notamment en ce qui concerne les enfants : le transport vers les écoles, les devoirs, leurs activités extrascolaires ou leur mode de garde

Cela nécessite un effort de temps du côté des parents.

Les généralistes des Cotes d'Armor estiment que le temps consacré à leur famille est tout à fait insatisfaisant (44).

Dans mon enquête, ils sont 60 à 65% des remplaçants à se trouver assez disponible pour leur conjoint ou leurs enfants.

Une étude dirigée par l'URML Rhône Alpes auprès d'interne de médecine générale révèle que le souhait de préserver sa vie privée est primordial : les conditions de travail et les

conditions familiales influenceront plus fortement que dans le passé sur le choix de carrière. Certains n'hésiteront pas à changer d'orientation (vers une médecine salariée) (65).

La notion de temps libre et de travail par intermittence quand on est remplaçant, prend la toute son importance.

- La formation médicale continue FMC

La qualité des soins passe par la formation continue des médecins généralistes.

La FMC est une obligation déontologique.

Article 11 du code de Déontologie : « *tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toute disposition nécessaire pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles* ».

Elle assure le maintien et l'amélioration de la qualité des soins en fonction des progrès scientifiques et techniques. D'autre part, elle aide à limiter la part d'incertitude au moment de la prise de décision.

Les remplaçants ont le droit de participer à des formations conventionnelles. Ils peuvent alors prétendre à une indemnisation (pour « perte de ressources ») avec un plafonnement à 8 journées indemnisées par an.

Cette indemnisation correspond à 15 consultations par jour soit 330 euros.

Pour cela, il faut :

- participer à l'ensemble de la formation (en général 2 jours pleins)
- une attestation certifiée par les médecins remplacés que le remplaçant a au moins remplacé au moins 30 jours dans l'année.
- un document prouvant que le remplaçant est en règle avec l'instance ordinale.

Seulement 52% des remplaçants interrogés estiment être assez disponibles pour la formation.

N'ont-ils pas le temps de participer à la FMC ?

En théorie, leur pratique devrait les aider à y contribuer mais ce chiffre s'explique probablement par le fait que les séances de FMC ont souvent lieu le vendredi et samedi (ce dernier jour étant l'un des plus prisés pour les remplacements.)

Une alternative assez satisfaisante : les FMC organisées par les associations et clubs de remplaçants qui ont plutôt lieu les soirs de semaine.

4. Motifs de satisfaction

Tous les items proposés sont les avantages du remplacement

-Plus de liberté dans l'exercice de la profession : organisation de son temps de travail de manière souple en adéquation avec une vie familiale.

-Une activité professionnelle, peu cloisonnée : moins de charges administratives et financières, moins d'obligations car pas de patientèle fixée, approche plus humaine de la médecine en raison d'une charge de travail allégée.

Les motifs les plus fréquemment cités sont l'absence de contraintes administratives, le temps libre, le choix de l'emploi du temps et le choix des lieux et médecins remplacés.

A cette question, les remplaçants bretons ont répondu de la même manière. (1).

Ces motifs sont spécifiques au remplacement et vont à l'encontre d'une installation.

En ce qui concerne la gestion du cabinet, le CNOM a émis plusieurs propositions dont la création d'un nouveau métier destiné à soulager le médecin des tâches administratives : assistant professionnel et de gestion. Cela dépassera le cadre du seul secrétariat.

Ce projet nécessite la collaboration des organismes de protection sociale pour couvrir les salaires de ce type de personnel. (66).

La notion de temps libre et d'indépendance vis-à-vis de l'emploi du temps souligne bien que les praticiens de la nouvelle génération aspirent tout simplement à une autre qualité de vie.

Le but premier recherché n'est plus de gagner plus d'argent mais de pouvoir exercer sereinement (67)

Les offres de remplacements sont nombreuses, les remplaçants ont donc la possibilité de choisir où et qui remplacer.

Dans la thèse de Mme Le Tacon Priquet (1), les remplaçants estimaient que pour accepter un remplacement, il fallait qu'il y ait un secrétariat, un nombre minimum de consultations assurées, un logiciel informatique (85% des généralistes français sont équipés d'un ordinateur au cabinet – (68)) et que les consultations soient sur rendez vous.

5. Les contraintes du remplacement

Les principales contraintes évoquées sont liées au mode d'exercice particulier du remplacement.

-Sur le plan médical : l'absence de suivi restreint souvent la pratique professionnelle à l'aigu en excluant le chronique.

De ce fait, la relation de confiance et de reconnaissance des patients est difficile et longue à mettre en place. Le remplaçant est souvent dans l'ombre du médecin remplacé.

On entend souvent : « oui, mais avec le Dr X d'habitude, on fait ceci, on fait cela.... » ou encore vous remplacez Dr Y, ah oui, ça va le reposer .Mais vous exercez depuis quand ? »

Sous entendu « vous êtes tout nouveau dans le métier, Vous sortez de l'école de Médecine ? »

Réflexions un peu gênantes mais légitimes de la part du patient. Quand on y réfléchit bien, il confie sa santé à un parfait inconnu (enfin la 1ère fois !).

Dans sa thèse, Mr Walter retrouve que 86% des médecins qui se font remplacer estiment que leurs patients ont une image favorable ou très favorable du remplaçant (alors qu'ils ne sont que 52.7% à penser cela chez ceux qui ne se font pas remplacer). Il existe probablement un lien entre le fait de ne pas se faire remplacer et l'image que le patient se fait du remplaçant (25).

- La précarité de l'emploi et l'irrégularité des revenus sont quand même souvent cités avec toujours notion d'inadéquation entre offres et demandes de remplacement. Les médecins installés estiment qu'il est de plus en plus difficile de trouver des remplaçants que dans le passé (25).

6. Temps de travail hebdomadaire

La moitié des remplaçants travaillent moins de 35h par semaine, 1/3 travaillent 30 à 50h par semaine et seulement 16% travaillent plus de 50 heures.

Cela paraît peu si l'on compare ces résultats aux médecins généralistes des Côtes d'Armor : ils travaillent en moyenne 55 heures par semaine sans compter les tâches administratives inhérentes à la gestion du cabinet (44).

A l'échelle nationale, les généralistes libéraux déclarent travailler entre 55 et 59 heures hebdomadaires et la satisfaction qu'ils tirent de leur activité professionnelle décroît avec la durée de travail (et avec l'âge) (68).

Cette étude souligne une fois de plus, que le bien-être professionnel dépend de la qualité et de la quantité de travail demandée.

→ **Les remplaçants travaillent moins et paraissent plus satisfaits que les installés.** Mais il serait simpliste de n'évoquer que le temps de travail ; ce sont les « à côtés » qui noircissent le tableau (paperasserie, patients de plus en plus demandeurs, insécurité...)

7. Les revenus

« Travailler plus pour gagner plus ! », cela s'applique aussi aux remplaçants, de par le caractère libéral de leur activité et dont ils perçoivent une rétrocession.

Dans mon enquête, parmi ceux qui ne sont pas satisfaits de leur revenu, 87% d'entre eux travaillent moins de 40 heures par semaine.

→ **Le sentiment de satisfaction des revenus est en adéquation avec le temps travaillé.**

8. Stress lié à l'activité médicale

Il est étroitement lié aux prises de décision des prises en charge et le traitement des pathologies rencontrées.

Pour près de 7 remplaçants sur 10 cette activité est plutôt stressante voire très stressante.

Pour ceux qui considèrent qu'elle est très stressante, il est intéressant de souligner qu'ils remplacent tous depuis moins de 3 ans et qu'ils ont entre 30 et 35 ans.

Est-ce les premiers pas dans le métier, la nécessité de faire ses preuves ou la pratique de la médecine elle-même qui les préoccupe tant ?

L'URML Ile de France a réalisé en 2007 une enquête qui s'intéresse à ce stress souvent responsable d'épuisement professionnel chez les médecins libéraux (69).

Cela va donc à l'encontre de l'hypothèse que le stress du remplaçant soit liée intégralement à son manque d'expérience : **il s'agit surtout des lourdes responsabilités que chaque médecin doit assumer.**

9. Désir de maternité

Depuis 2006, l'Assurance Maladie prévoit une couverture maternité pour les médecins femmes libérales.

Cela inclut le congé maternité indemnisé au même titre que n'importe quelle femme salariée, sous conditions que ses cotisations sociales, soient à jour au moment de la déclaration de grossesse.

Ces indemnités comprennent :

- l'allocation forfaitaire de repos maternel (2859 euros), non soumise à la cessation d'activité
- les indemnités journalières forfaitaires, qui sont soumises à la cessation d'activité d'au moins 2 semaines avant la date d'accouchement avec un minimum de 8 semaines (soit 47.65 euros par jour)

Ce tableau récapitule les montants versés en fonction du nombre d'enfants.

	Congé pré natal	Congé postnatal	Total du congé	IJ	Indemnité forfaitaire	cumul
Congé minimum	2 semaines	6 semaines	8 semaines	2668 €	2859€	5527 €
Vous attendez un enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines	5336 €	2859 €	8195 €
Vous attendez un enfant et vous avez déjà eu au moins 2 enfants ou avez 2 enfants à charge	8 semaines	18 semaines	26 semaines	8672 €	2859 €	11531 €
Vous attendez des jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines	11340 €	2859 €	14199 €
Vous attendez Des triplés	24 semaines	22 semaines	46 semaines	15343 €	2859 €	18202 €
Possibilité de 2 semaines supplémentaires pré natales en cas de grossesse pathologique sur certificat médical						
<i>Chiffres au 1^{er} janvier 2009</i>						

Tableau extrait du site MG France

Si l'on fait simple, la femme généraliste gagnera 2000 euros par mois en moyenne.

Ce qui est proportionnellement bien en dessous de l'indemnisation du congé maternité des salariées qui est le plus souvent de l'ordre de 90 à 100% du salaire de base.

Cela explique donc que les femmes généralistes s'arrêtent de travailler souvent à un terme avancé de leur grossesse, et qu'elles ne vont pas au bout de leur congé maternité autorisé.

Mis à part l'aspect pécuniaire, l'organisation après l'accouchement pose souvent problème et cela concerne toutes les femmes, médecins ou non.

Le mode de garde avec des horaires adaptés est souvent cité comme difficultés.

Aujourd'hui, les enfants et le conjoint acceptent mieux que dans les années 90, le choix de cette profession et les contraintes que ce métier peut engendrer (70).

Les femmes médecins veulent lier harmonieusement vie professionnelle et familiale.

Pour cela, elles évoquent « l'éducation de la clientèle » : ne plus être le médecin totalement dévoué à une clientèle de plus en plus exigeante.

Les remplaçantes ont l'avantage, de par leur « activité intermittente » de pouvoir libérer du temps pour s'occuper de leur famille.

Dans mon enquête, 7 femmes sur 10 estiment que le désir de maternité est conciliable avec l'activité de remplaçante généraliste.

Celles qui pensent le contraire, sont des femmes qui ont la trentaine et qui remplacent pour la majorité depuis moins de 2 ans.

Ce sentiment n'est il pas lié à une organisation pas complètement établie en ce qui concerne la médecine générale libérale ?

VI.

CONCLUSION

L'état des lieux actuel : une demande de soins toujours croissante avec une population vieillissante contrastant avec une offre de soins qui se réduit, traduisant des départs en retraite de médecins qui ne sont pas remplacés.

Sans compter sur les régions de désert médical...

Que feront les médecins de la nouvelle génération ?

Le manque cruel de généralistes se fait sentir depuis quelques années.

Les nouvelles lois tentent d'y remédier avec les réformes

- **des études médicales** où le numerus clausus est majoré, où l'Examen Classant National tente de revaloriser la médecine générale en l'élevant au rang de spécialité
- **de la sécurité sociale**, qui promulgue le généraliste comme pivot du système de soins
- et la **loi HPST** : Hôpital, Patients, Santé et Territoire dont l'objectif est simple : plus d'efficacité et d'organisation pour assurer à l'ensemble de la population un accès à des soins de qualité.

Les médecins généralistes de ville sont épuisés par la surcharge de travail : le **remplacement médical** prend ici tout son sens et les besoins sont bien présents.

N'est pas remplaçant qui veut...

Cette activité est encadrée, reconnue et définie légalement.

Ce statut est accessible à l'interne qui a déjà validé plusieurs stages de sa maquette et ce sans être thésé, au maximum 3 années après la fin de ses études.

Ensuite, ce statut est réservé au médecin thésé inscrit à l'Ordre des Médecins sous conditions qu'il possède une autorisation de remplacement.

Actuellement, il n'y a pas de limitation de durée même si ce mode d'exercice repousse l'échéance de l'installation et participe en partie au dysfonctionnement du système de santé français.

Une alternative : la création du statut de collaborateur médical qui est une forme d'association progressive dont l'utilité est encore controversée...

Le questionnaire adressé à l'échantillon de remplaçants a tenté de dresser un **profil** de cette population en Ile de France afin de préciser leurs **aspirations**, leurs **difficultés** et la **satisfaction** qu'ils tirent de leur activité médicale particulière.

D'autre part, il était question de souligner la manière dont ils s'occupaient de **leur propre santé**.

Le remplaçant type a moins de 50 ans, vit en couple, a 1 ou plusieurs enfants et est issu de famille de cadre et profession intellectuelles supérieures.

Le choix de la médecine et plus particulièrement de la médecine générale est expliqué par la richesse et la diversité de cette activité. Les qualités humaines et relationnelles sont aussi mises en avant.

Pour certains, le remplacement est un temps de réflexion et d'observation avant de s'installer.

Pour d'autres, c'est une profession à part entière (certains font cela depuis plus de 15 ans).

Pour d'autres encore, c'est une transition avant de partir en retraite définitivement.

Il s'agit surtout de remplacement pendant les vacances scolaires et pendant des jours fixes dans la semaine.

Ce qui attire dans ce mode d'exercice : le temps libre, l'indépendance et le côté financier intéressant (peu de charges liées au cabinet et à sa gestion).

Ce qui dérange : le « suivi en pointillés » des patients, la difficulté à créer une relation de confiance et de reconnaissance avec ces derniers et pour certains l'irrégularité et la précarité de l'emploi.

Ils sont satisfaits de leur activité et de leurs revenus qui sont en adéquation avec le temps travaillé.

Pourtant, une grande majorité veut tout de même s'installer, souvent en cabinet de groupe.

Les aides à l'installation proposées par les collectivités territoriales et autres institutions sont mal connues des remplaçants et ne paraissent pas les inciter à « se poser » dans des zones déficitaires en soins.

Leur santé ?

Ils en assurent le plus souvent, eux même le suivi, même s'ils ont déclaré un médecin généraliste comme médecin traitant.

Comme pour les généralistes installés, l'auto-prescription des traitements est dans l'usage. Leurs comportements vis-à-vis du tabac, de l'alcool et de l'activité sportive sont bons, comme l'on pouvait s'y attendre.

Leur santé mentale quant à elle mérite que l'on s'en soucie au même titre que les installés : le « burn-out » ou syndrome d'épuisement professionnel ne semble pas les épargner.

Ce travail de thèse m'a permis de mieux connaître **mes « confrères nomades »**. La plupart d'entre eux souhaitent remplacer encore quelques années, souvent afin de privilégier leur vie familiale. C'est ce que les généralistes installés désirent aussi, afin d'être soulagés de l'accablante charge de travail.

Mais l'évolution des décisions politiques le permettra t-elle ?

Seuls les effets des récentes réformes pourront nous éclairer, mais ce ne sera que dans quelques années...

VII.

BIBLIOGRAPHIE

1. LE TACON PRIQUET, Mélanie. Les médecins généralistes remplaçants en Bretagne : profils, activités et projet professionnels. Thèse d'exercice de médecine. Rennes, 2008.
http://resmed.univ-rennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/these_M._Le_Tacon.pdf
2. DREES. Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002. Etudes et résultats, n°244, juin 2003.
<http://www.sante-sports.gouv.fr/etudes-et-resultats,4001.html>
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2009, situation au 1^{er} janvier 2009.
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2009_0.pdf
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2008, situation au 1^{er} janvier 2008.
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2008_0.pdf
5. DREES. La situation professionnelle des conjoints de médecins. Etudes et résultats, n°430, septembre 2005.
<http://www.sante-sports.gouv.fr/etudes-et-resultats,4001.html>
6. AUBERTIN, Brice. Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes : enquête auprès d'internes de DES de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse. Thèse d'exercice de médecine. Nancy, 2008.
www.univ-paris5.fr
7. FAOU BRINDEJONC, Anne. Jeunes généralistes bretons installés en libéral : état des lieux et opinions sur la profession. Thèse d'exercice de médecine. Rennes, 2006.
8. DREES. L'origine sociale des professionnels de santé. Etudes et résultats, n°496, juin 2006.
<http://www.sante-sports.gouv.fr/etudes-et-resultats,4001.html>
9. BOUET Patrick. Liberté d'installation, liberté d'exercice. quelle médecine pour quels médecins ? rapport du CNOM 14 juin 2003
<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/rapportdudr.bouet.pdf>
10. MARY, Pascal. Photographie et état des lieux de la vie de 111 remplaçants en médecine générale après une enquête d'opinion. Thèse d'exercice de médecine. Paris 7 Bichat, 1996.
11. LARROCHE VILLENEUVE, Estelle. Les pratiques professionnelles, le cursus et le vécu familial des médecins généralistes : particularités masculines et féminines ; à propos de 2 enquêtes menées auprès de médecins généralistes installés en libéral et de remplaçants, en Ile de France. Thèse d'exercice de médecine. Paris 12, Créteil.
12. SALMON, Jean Louis. Le retard à l'installation des médecins généralistes remplaçants thésés de l'interrégion Nord Est. Thèse d'exercice de médecine. Reims 2009.

13. LEFEVRE J.H, KARILA L., KERNEIS S., FIESSINGER J-N., ROUPRET M. Désintérêt des futurs médecins pour la médecine générale. résultats d'une enquête nationale sur le choix de spécialisations auprès de 1870 externes français. Presse Médicale, mars 2010, tome 39, n°3, p e58-e65.
14. ROUSSEL F., LADNER J., LECHEVALIER J. Prévisibilité des résultats de l'épreuve classante nationale 2004. Presse Médicale, juin 2005, tome 34, n°12, p.791-793.
15. LANSON Y. Désintérêt pour la médecine générale lors des épreuves classantes nationales de 2005. Presse Médicale, 2006, tome 35, n°3, p 407-412.
16. ISNAR IMG .Evolution de la formation de l'interne de médecine générale –enquête nationale de l'ISNAR-IMG. Novembre 2007.
17. Enquête BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Novembre 2008. http://www.bva.fr/administration/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_de_s_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologique0a78.pdf
18. LEVASSEUR G., SCHWEYER F-X. La recherche en médecine générale à travers les thèses de médecine. Santé Publique, 2003, vol 2, n°15, p 203-212. http://resmed.univrennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/Recherche_en_medecine_generale_et_theses.pdf
19. NOUGAIREDE, Pierre. Etude PubliThèse : taux d'exploitation des thèses en médecine générale au sein de la faculté Denis Diderot Paris 7. Thèse d'exercice de médecine. Paris 7 Denis Diderot, 2009.
20. SENIS F. Le statut de collaborateur, la fausse route pour les remplaçants. novembre 2005, article consultable sur Internet : <http://www.frederic.senis.org>
21. Code de déontologie. consultable sur le site du CNOM : <http://www.conseil-national.medecin.fr>
22. AUFFRET-PONTHUS, Carole. Devenir socioprofessionnel des résidents de la faculté de médecine de Rennes ayant passé le CSCT en 1993, 1995, 1997. Thèse d'exercice de médecine. Rennes, 2003.
23. Définition européenne de la médecine de famille <http://www.sante.gouv.fr/ondps/audition>
24. IRDES .Baromètre des pratiques en médecine libérale. Résultats de l'enquête 2006. « L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons ». août 2007. <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT5BarometrePratiquesMedLib.pdf>
25. WALTER, Jean-Christophe. *Difficultés et attentes du médecin généraliste vis-à-vis du médecin remplaçant à Paris*. Thèse d'exercice de médecine. Paris 6 Pierre et Marie Curie, 2007.

26. MORGAN M., MC KEVITT C., HUDSON M. GP's employment of locum doctors and satisfaction with their service. *Family practice*, 2000; 17, p.53-55.
27. LE RESTE J.Y. Le remplacement en médecine générale –Comment remplir la déclaration 2035.
28. ATTAL-TOUBERT K., FRECHOU H., GUILLAUMAT TAILLET F. *Le revenu global d'activité des médecins ayant une activité libérale*. INSEE, édition 2009.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/revaind09f.PDF
29. SZWARC, Grégory. *Les nouvelles générations de médecins généralistes : profils et perspectives : de l'expérience d'URBAN, première association de remplaçants*. Thèse d'exercice de médecine. Caen, 2007.
30. LEVASSEUR G., SCHWEYER F-X. Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne. Les dossiers de l'URCAM Bretagne, numéro spécial, n°22, décembre 2004.
http://resmed.univ-rennes1.fr/mgennes/IMG/pdf/Dossier_N_22_N_special_20.pdf
31. RUFFIER-FOSSOUL R. Les médecins au bout du rouleau. Article du LYON – CAPITALE.fr 23 juin 2008.
<http://www.lyoncapitale.fr/lyoncapitale/journal/univers/Actualite/Sante/Les-medecins-au-bout-du-rouleau>
32. DOURGNON P., GUILLAUME S., NAIDITCH M., ORDONNEAU C. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. IRDES, n°124, juillet 2007.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes124.pdf>
33. MAZET GILLARD, Laurence. *La santé des généralistes*. Thèse d'exercice de médecine. Paris 5 Descartes. 2006.
http://www.urml-idf.org/urml/mach2007/these_gillard.pdf
34. DE SAINT POL T.L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. INSEE Première, n°1123, février 2007.
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1123/ip1123.pdf>
35. VINCELET C., GALLI J. Un tiers des franciliens présente un excès de poids. Regards sur...la santé des franciliens. INSEE Ile de France, 2007.
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/themes/dossiers/sante/docs/sante_chap7.pdf
36. GAUTIER A. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Saint Denis : INPES; 276p.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf>
37. MENARD C., GIRARD D., BECK F. Baromètre santé environnement 2007. Saint Denis. INPES, 405p.
http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BSE2007/pdf/BSE2007_perceptions.pdf

38. LANOE JL., DUMONTIER F. Tabagisme, abus d'alcool et excès de poids. INSEE. Novembre 2005, n°1048.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1048.pdf
39. DANET S., HAURY B. L'état de santé de la population en France. Rapport 2008. DREES. Objectif 42 :p172. Objectif 48 :p168-169. Objectif 59 :p192-195.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/santepop2008.html>
40. SUTY, Romain. Attitudes des médecins généralistes envers leur propre santé : enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe et Moselle. Thèse d'exercice de médecine. Nancy. 2007.
41. VALLET, Elodie. Les médecins généralistes face à leur propre santé : étude menée par questionnaire auprès de 1000 médecins généralistes des Bouches du Rhône. Thèse d'exercice de médecine Aix Marseille, 2009.
42. Avis relatif aux recommandations vaccinales contre la coqueluche. Haut Conseil de la Santé Publique. 19 mars 2008. 6p.
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20080319_coqueluche.pdf
43. HEES L., AFOUKH N., FLORET D. Couverture vaccinale du personnel hospitalier du service d'urgence et de réanimation pédiatrique de l'hôpital Edouard Herriot de Lyon 2007, concernant la grippe, la coqueluche la varicelle et la rougeole. Archives de Pédiatrie ; vol16, issue 1, janvier 2009, p14-22.
44. LE ROY, Marie-Laure. Docteur, comment va votre santé ? Etude menée auprès de 323 médecins généralistes du département des Côtes d'Armor. Thèse d'exercice de médecine. Rennes, 2003.
45. ARENES J., BAUDIER F., DRESSEN C., ROTILY M., MOATTI JP. Baromètre santé médecins généralistes 1994/1995. Vanves édition CFES 1996.
46. ARENES J., GUILBERT P., BAUDIER F. Baromètre santé médecins généralistes 1998/1999. Vanves, édition CFES, 2000.
47. Estimation du taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004. Analyse descriptive, janvier 2005, INVS, 14p.
http://www.invs.sante.fr/publications/2005/analyse_descriptive_140205/index.html
48. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2009 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. BEH, 20 avril 2009, n°16-17.
http://www.invs.sante.fr/beh/2009/16_17/index.htm
49. L'état de santé de la population en France. Rapport 2007. Vaccination contre la grippe des groupes à risques. objectif 39 :p149-150.
<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/esp2007-obj-39.pdf>

50. DRUET-CABANAC M., SZOPRISHI M.TIBARLACHE H., DUMONT D.Etudes des causes de non déclaration des AES au CHU de Limoges.Archives des maladies professionnelles et de l'environnement.Vol 64, n°7-8.
51. Baromètre santé 2005.INPES, 9 mars 2006. 11p.
<http://www.inpes.fr/70000/dp/06/dp060309.pdf>
52. MULLER L.La pratique sportive en France, reflet du milieu social.Collection INSEE Références, Données sociales-La société française, 2006, p 657-663.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06zu.pdf
53. MC CALL L., MAHER T., PITERMAN L.Preventive health behaviour among general practitioners in Victoria.Aust Fam Physician 1999, aug 28 (8):854-857.
54. ROUMANE, Samy.Comment les médecins généralistes bretons prennent-ils en charge leur santé ? Thèse d'exercice de médecine.Rennes, 2002.
55. THIAW-NIAM M. Risque cardio-vasculaire : le généraliste est il un « modèle pour ses patients ? Une enquête descriptive auprès de médecins généralistes de l'Ile de la Réunion.Médecine (de la médecine factuelle à nos pratiques) vol5, issue10, janvier 2009, p.466-471.
56. Site de l'AAPML <http://www.aapml.fr>
57. Communiqué de presse –AFU 8 septembre 2009, vous avez le droit de savoir
http://www.urofrance.org/fileadmin/user_upload/journee-prostate/2009/communiqué-presse.pdf
58. GROBI J.J. Les médecins généralistes face au cancer. Dépistage des tumeurs noires : une collaboration dermatologues/médecins généralistes.Eurocancer 2004.p287-290.
<http://eurocancer.jle.com/articles/2004/287.htm>
59. HAS.Stratégie du diagnostic précoce du mélanome.Recommandations en santé publique. octobre2006. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/gmed_melanome_231106.pdf
60. Le médecin traitant, adopté par la majorité des français, favorise la prévention.bulletin de l'Assurance Maladie, 22 janvier 2009.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf
61. COQUEL, Gaëlle.Comportements personnels de santé et de prévention des médecins : une enquête descriptive transversale réalisée auprès de médecins généralistes et spécialistes de Seine Maritime. Thèse d'exercice de médecine.Rouen ,2007.
62. Enquête permanente sur les conditions de vie .INSEE 2005.
63. Le médecin malade.rapport de la commission nationale permanente du CNOM, 28 juin 2008. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmaladesynthese.pdf>

64. Nature des affections, Bulletin de la CARMF, année 2008.
<http://www.carmf.fr/page.php?page=Chiffrescles/Stats/2010/taux2010.htm>
65. Etudes des mutations de la médecine générale –enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône Alpes.URML- Rhône Alpes.Rapport n°488,février 2005.84p.
66. « Les coopérations vont impliquer la création de nouveaux métiers »Propos du Pr. Yvon Berland. Le concours médical, tome32, n°7 ,12-16 avril 2010.
67. Quand Internet accompagne les libéraux. Le concours médical, tome32, n°7 ,12-16 avril 2010.
68. AULAGNIER M.,OBADIA Y., PARAPONARIS A., SALIBA SERRE B., VENTELOU B., VERGER P., GUILLAUMAT TAILLET F.L'exercice de la médecine générale libérale.Etudes et résultats,DREES,n°610, novembre 2007.
www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er610.pdf
69. MOURIES R., GALAM E. :L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives.URML Ile de France, 2007.
http://www.urml-idf.org/urml/enquete/R_BurnOut_0707.pdf
70. FANELLO S.Les femmes généralistes dans le Maine et Loire : 1990-2000.Santé Publique, 1/2004, vol 16, p 95-104.
www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_041_0095
71. Observatoire pour la sécurité des médecins .Recensement national des incidents. CNOM.année 2009 http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoiresecurite2009_0.pdf

VIII.

ANNEXES

TITRE DE LA THESE : LES MEDECINS GENERALISTES REMPLACANTS D'ILE DE FRANCE : PROFIL, CURSUS ETUDIANT, PROJET PROFESSIONNEL, PRISE EN CHARGE DE LEUR SANTE ET SATISFACTION

AUTEUR : VANESSA BRAKA COHEN

RESUME :

Il s'agit d'une enquête postale réalisée auprès de remplaçants d'Ile de France à partir d'un questionnaire.

L'objectif : dresser un profil de ces médecins qui permettent la permanence des soins (et servent de soupape de sécurité aux installés) dans un contexte où la démographie médicale est fragile.

Quels sont leurs attentes, leurs difficultés et les avantages de leur situation ?

Un chapitre de questions était consacré à la prise en charge de leur santé avec les particularités que cela comporte.

Le taux de réponse de 33.6% a créé un biais pour l'analyse des résultats.

Le remplaçant réussit à concilier vie familiale et professionnelle tout en se ménageant du temps libre.

Ses revenus sont en adéquation avec le temps travaillé.

Les contraintes évoquées sont inhérentes à l'intermittence de cette activité.

Il s'occupe lui-même de sa santé et paraît satisfait de son mode de vie et de l'exercice médical qu'il pratique.

La période de remplacement, temps d'observation et de réflexion avant une éventuelle installation, peut durer plusieurs années en raison du confort de vie qu'il permet.

Mais pour lutter contre les inégalités de répartition des médecins sur le territoire et afin de promouvoir l'installation, ce statut risque d'être revisité...

MOTS-CLES : DEMOGRAPHIE MEDICALE, REMPLACEMENT MEDICAL, MEDECINE GENERALE, ETUDES, INSTALLATION, SANTE DES MEDECINS, SATISFACTION.