



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La médecine générale vue par les médecins généralistes
remplaçants : regards sur les enjeux d'une discipline**

Présentée et soutenue publiquement le 25/09/2019 à 16h
Au Pôle Recherche
Par Marie Coriou

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Assesseurs :

Madame le Professeur Sophie Quinton-Fantoni

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur François Loez

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des Abréviations :

- WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
- Loi HPST : loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite aussi loi Bachelot.
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- MSU : Maître de Stage des Universités

TABLE DES MATIERES :

INTRODUCTION	9
METHODES	11
I/ CHOIX DE LA METHODE	11
II/ POPULATION ETUDIEE	11
III/ DEROULEMENT DES ENTRETIENS	11
IV/ METHODE D'ANALYSE	12
RESULTATS	13
Tableau 1 : caractéristiques des participants	13
I/ LA DISCIPLINE ET LES RÔLES DU MEDECIN GENERALISTE.....	14
A/ Une discipline centrée sur le patient.....	14
B/ Un rôle de coordination des soins complexe	16
C/ Un rôle administratif perçu comme lourd.....	19
II/ LES DIFFICULTES DANS LEURS PRATIQUES	21
A/ Un rapport au temps sous tension	21
B/ L'exigence des patients	23
C/ La démocratisation de l'information médicale	24
III/ LEURS FUTURES CARRIERES	26
A/ Travailler à plusieurs.....	27
B/ Se créer un réseau	30
C/ Diversifier sa pratique	32
D/ Se former de manière variée.....	33
IV/ LEURS PISTES POUR L'AVENIR.....	35
A/ Adapter la formation	35
B/ Revaloriser la consultation	36
C/ Restructurer l'offre de soins	39
D/ Eduquer les patients	45
DISCUSSION	47
I/ POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE L'ETUDE	47
A/ Points forts.....	47
B/ Points faibles.....	47
II/ PRINCIPAUX RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE	48
A/ Une stabilité des missions du médecin généraliste	48
B/ Des expériences de terrain perçues comme lourdes	48
1. Une charge de travail importante	48
2. L'émergence du nouveau patient.....	49
3. Des conséquences sur la relation médecin-malade	50

4. Des difficultés dans le lien ville-hôpital.....	51
C/ Des nouveaux modes de pratique.....	52
1. La volonté du collectif	52
2. La polyvalence de la médecine générale.....	53
3. Une formation continue variée	53
D/ Favoriser une médecine axée sur le patient.....	55
1. Des avancées dans la formation initiale	55
2. Une majoration globale du tarif de consultation	55
3. Restructurer l'offre de soins autour du patient	56
4. Soutenir le médecin généraliste dans l'éducation des patients.....	57
5. Le salariat : une solution ?	58
CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE	61
ANNEXE	65

INTRODUCTION

La médecine générale a longtemps cherché sa place dans un monde hospitalo-centré. Depuis une cinquantaine d'années, une mobilisation professionnelle des médecins généralistes s'est structurée au plan international autour d'un travail de définition de leur discipline et plus encore de leur place et de leur rôle au sein de la société (1).

La dernière définition de la WONCA, élaborée en 2002, propose onze critères et insiste sur la fonction de « premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé ». La médecine générale assure la coordination des soins en lien avec d'autres professions de santé, et privilégie une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires (2).

En parallèle de cette caractérisation plus précise de la médecine générale, la discipline a été reconnue institutionnellement. La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie a ainsi instauré le dispositif du « médecin traitant » visant à favoriser la coordination et la qualité des soins. Cette mission de coordination des soins a été réaffirmée dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (loi HPST) qui définit le médecin généraliste comme un acteur pivot des soins de premiers recours (3).

La discipline a également bénéficié d'une meilleure reconnaissance universitaire. Il s'agit officiellement, depuis 2004, d'une spécialité médicale, et la politique en matière de postes aux épreuves classantes nationales (ECN) vise à assurer à cette discipline un effectif d'internes satisfaisant (4). En dépit de fortes inégalités géographiques et du fait que certains postes ne trouvent pas preneurs, l'internat de médecine générale se positionne plutôt bien dans les choix des étudiants (5).

Pourtant, malgré l'évolution de la place et de la reconnaissance de la médecine générale, la profession est souvent décrite en crise. De plus en plus de jeunes médecins généralistes s'orientent vers d'autres spécialités, ou quittent complètement la profession (6). Les conditions de travail sont décrites comme de plus en plus lourdes par les médecins généralistes. Ces dernières années, avec l'évolution des programmes et des réformes, les médecins sont soumis à des pressions

administratives et judiciaires, au surmenage physique et psychologique, aux exigences croissantes des patients. Selon une étude publiée en juin 2007 par l'URML Ile-de-France, 53 % des médecins libéraux se sentiraient menacés par le syndrome d'épuisement professionnel ou « burn-out » (7).

Dans ce contexte, nous nous sommes intéressés à comprendre quelle vision de la médecine générale ont les jeunes médecins généralistes. Comment perçoivent-ils l'exercice de la médecine générale ? Comment se voient-ils travailler ? Et quels besoins revendiquent-ils pour améliorer leur pratique ?

Des travaux ont été réalisés sur le regard que portent les étudiants de 3^e cycle sur leur future profession mais peu sur les médecins généralistes remplaçants (8-9). Or, la phase de remplacement apparaît comme une période où les jeunes médecins entendent prendre de l'assurance en complétant leur formation pratique, s'essayer à différents contextes de travail tout en poursuivant leur établissement social et familial (10).

L'objectif de ce travail est d'analyser le regard des médecins généralistes remplaçants sur la médecine générale afin de mieux appréhender les enjeux de la discipline.

METHODES

I. Choix de la méthode

Nous avons choisi une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés, afin d'explorer notre problématique. Cette méthode a pour objectif d'explorer le vécu des personnes interrogées, d'en rendre compte, et d'en proposer un modèle intégratif en menant une analyse inductive.

Les entretiens individuels menés étaient de type compréhensif.

Ce type d'entretien permettait de s'approcher au plus près, et sans *a priori*, des représentations des participants. Les techniques de relance et de reformulation ont été utilisées.

II. Population étudiée

La population étudiée était des médecins de moins de 35 ans remplaçants depuis au moins un an dans le ou les mêmes cabinets.

Le critère d'exclusion était l'absence d'activité dans l'année précédente.

L'échantillonnage a été réalisé par l'association de la méthode dite "boule de neige".

Les participants ont été préalablement contactés par téléphone, et ont accepté d'être enregistrés. Si le participant exerçait en Ile-de-France, l'interview était réalisée au cabinet où il remplaçait. Dans le cas contraire, l'entretien se déroulait par l'intermédiaire de Skype™, logiciel informatique de discussion à distance.

III. Déroulement des entretiens

Un guide d'entretien constitué de neuf questions (annexe) servait de support. Ce guide d'entretien a été établi afin d'examiner la vision des médecins remplaçants sur les rôles du médecin généraliste et l'exercice de la médecine générale, leurs futures carrières, et leurs pistes pour améliorer l'avenir de la médecine générale.

L'ordre des thèmes abordés n'était pas préétabli.

L'intervieweur l'adaptait en fonction des éléments apportés par le participant.

Avant de débiter l'entretien, il était demandé aux participants de confirmer leur accord pour que cet entretien soit enregistré.

L'anonymat a été assuré en leur attribuant la lettre E, associée à un numéro.

La saturation des données a déterminé le nombre d'interviews à réaliser.

IV. Méthode d'analyse

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un iPhone6c™.

Les entretiens étaient ensuite retranscrits mot à mot à l'aide du logiciel Open office™ Word. Les rires, silences, réflexions, ou autres informations non verbales étaient également retranscrits en toutes lettres et entre parenthèses.

Les verbatim obtenus ont ensuite fait l'objet d'une analyse triangulée et indépendante par deux chercheurs pour le codage ouvert sur OpenOffice™ Word.

L'analyse finale était ensuite appliquée au verbatim par le chercheur.

L'analyse thématique des verbatim a donné lieu à un corpus de codes (phase de dé-contextualisation). Ce corpus a été secondairement classé en thèmes plus généraux (phase de thématisation). Ce classement par thème a permis de donner du sens aux informations collectées et de faire émerger les idées dominantes et récurrentes.

RÉSULTATS

Tableau 1 : caractéristiques des participants

Numéro de participation	Sexe	Âge	Statut marital	Enfant(s)	Années d'exercice	Mode d'exercice	Milieu d'exercice	Département
E1	F	32	En couple	0	3	Cabinet de groupe	Urbain	Calvados (14)
E2	H	31	En couple	0	3	Cabinet de groupe	Urbain	Calvados (14)
E3	H	29	En couple	1	2	MSP	Rural	Nord (59)
E4	H	29	En couple	0	1	MSP	Rural	Nord (59)
E5	F	28	Mariée	1	1	Cabinet de groupe	Urbain	Hauts de Seine (92)
E6	F	32	En couple	0	3	Cabinet de groupe	Semi-rural	Rhône (69)
E7	F	31	En couple	0	3	Cabinet de groupe	Semi-rural	Bouches du Rhône (13)
E8	F	31	En couple	0	3	Cabinet de groupe	Semi-rural	Calvados (14)
E9	F	31	Mariée	1	2	MSP	Semi-rural	Val de Marne (94)
E10	F	29	En couple	0	2	Cabinet de groupe	Rural	Ardèche (07)

I/ LA DISCIPLINE ET LES RÔLES DU MEDECIN GENERALISTE

A/ Une discipline centrée sur le patient

La médecine générale a été avant tout décrite, de manière consensuelle pour les médecins remplaçants, comme une discipline centrée sur le patient. Même s'ils posent l'importance d'y poser des limites, répondre aux attentes des patients semble être la source principale de leur motivation dans leur métier.

« C'est être présent dans la vie quotidienne des gens, on voit souvent les enfants, les parents, voir les grands parents. » E5

« Pour moi, c'est quelqu'un qui est très à l'écoute des gens. » E9

« Pour moi la première chose, c'est de leur apporter ce dont ils ont besoin sans non plus se faire bouffer par les patients. D'être à l'écoute, beaucoup. » E10

D'autant plus riche sur la durée, ils ont insisté sur la notion de suivi, révélant le « médecin de famille » comme la stabilité d'un modèle.

« J'aime beaucoup le suivi en médecine générale, t'es au cœur des familles, des prises en charge, parce que c'est vraiment un privilège, central dans la famille. » E8

« Je pense que déjà c'est assurer un suivi. C'est vraiment revoir les gens, être présent tout au long de leur vie, et suivre leurs problèmes. » E3

Les remplaçants ont parlé des compétences que requiert la profession. Le médecin généraliste a été décrit comme étant le premier contact avec le système de soins, traitant tous les problèmes médicaux, de l'aigu au chronique, du dépistage à la prévention, tout en assurant la coordination entre les différents professionnels de santé.

« Pour moi, un médecin généraliste c'est un médecin référent qui adresse vers les différents médecins spécialistes mais qui recentre aussi, qui recueille toutes les

données sur le patient, qui accompagne le patient dans les différentes épreuves de la vie, que ce soit une grossesse, ou une maladie chronique. » E6

« Alors il y a surtout notre rôle de prévention, l'éducation thérapeutique aussi. » E5

« Un rôle de premier recours, on est l'entrée dans les soins pour le patient. » E8

A cette dimension fondamentale, les remplaçants ont décrit l'utilité dans leur démarche diagnostique, du contexte de la personne.

« J'ai besoin de savoir leur vie pour la prendre en compte dans mes prises en charge, quel métier ils font, leur vie familiale. » E9

« Le rôle aussi médico psycho social, multi casquette finalement. » E2

L'un des remplaçants a pointé le manque de « protocolisation » de la discipline, source principale de l'intérêt pour son métier, et causale des principaux obstacles rencontrés dans sa pratique.

« Au final, ce qui est le plus difficile dans le métier de médecin généraliste, c'est ce qui est le plus intéressant, le côté « touche à tout », on doit quand même avoir des connaissances dans pas mal de choses, médicales ou non, qu'on apprend au fur et à mesure. (...). Puis faut savoir gérer des post chimio, faut savoir gérer des nourrissons, des adolescents, des problèmes gynécologiques. » E2

Une discipline complexe à laquelle les remplaçants ne semblent pas avoir été préparés, que ce soit à la faculté ou durant leur internat.

« C'était pas du tout ce qu'on avait vu à la faculté. Même par rapport aux pathologies, ce n'est pas du tout comme dans nos bouquins. Les gens arrivent avec des motifs de consultation qu'on a jamais vus, des symptômes divers, et c'est vraiment à nous de faire le tri. » E8

« Et t'as envie de régler tous les problèmes tout de suite, car on a appris ça, t'es médecin « un problème, une solution » et en fait ce n'est pas comme ça que cela se

passé et ça c'est pour moi pourvoyeur de frustration. Et je ne pensais pas du tout que c'était ça ce métier, et personne ne m'en avait jamais parlé avant. Des médecins que je connaissais, que j'avais rencontrés. » E1

B/ Un rôle de coordination des soins complexe

Être au centre de la coordination des soins semble être un rôle central dans leur vision du métier.

« Ça fait un an et demi que j'ai fini, et j'arrive un peu à me retrouver là dedans, où t'es vraiment au centre de la coordination des soins, ça c'est plutôt ce qui me plaît. » E3

« C'est vraiment un rôle de pivot central entre les patients et les différentes spécialités, entre la ville et l'hôpital, entre le domicile et l'hôpital. » E2

Si le rôle de coordination est central dans leur pratique, ils semblent rencontrer des difficultés dans la communication avec le monde hospitalier. Un lien ville-hôpital qui apparaît compliqué et chronophage, posant des problèmes dans les prises en charge des patients au quotidien.

« Après j'ai souvent dû mal à avoir quelqu'un à l'hôpital. Ou je tombe sur la secrétaire à qui je demande que l'on me rappelle, mais ce n'est pas toujours le cas. Mais j'ai vraiment peu de contacts avec eux. » E10

« Voilà. Donc souvent, à l'hôpital, ça se passe moins bien qu'avec les correspondants en ville. Je trouve qu'à l'hôpital c'est compliqué. A moins d'être passé par les urgences et d'avoir eu un truc gravissime, et après tu rentres dans le circuit. Mais sinon c'est compliqué que les patients soient bien suivis en temps et en heure. » E9

Ils ont décrit des relations avec les médecins spécialistes mitigées.

Pour certains, les spécialistes sont une source privilégiée d'informations et d'aide au quotidien. Considérant leurs demandes, ils décrivent des rapports cordiaux, évoluant dans le bon sens avec la nouvelle génération de médecins.

« Appeler un médecin spécialiste sur un cas, ça change tout. Même si l'on ne se voit pas, si c'est juste téléphonique, ça soulage. J'ai rarement de mauvaises expériences

avec les spécialistes, ils me donnaient l'impression que mes demandes étaient légitimes et que j'avais raison de me poser ces questions, en tant que médecin généraliste et non spécialiste. » E1

« Mais déjà je pense qu'il y a beaucoup d'évolution, parce qu'on voit les différences entre les jeunes et les vieux spécialistes. » E8

Mais plusieurs ont parlé d'un manque de soutien de la part de leurs confrères dans la prise en charge des patients.

« Mais les radiologues, c'est un peu dur, y'a pas de rendez vous et quand je leur dis que c'est urgent, ils me disent qu'il n'y a pas de rendez vous et de les envoyer aux urgences. Mais bon le but, c'est de ne pas les envoyer aux urgences en fait. Voilà. » E3

« Je repense à une dame que j'ai vu pour un AES qui travaille à l'hôpital, qui avait été aux urgences. Elle avait fait tout le bilan biologique et normalement elle devait revoir un médecin référent après. Et on lui a dit d'aller voir son médecin traitant, que c'était pareil et plus rapide. J'ai quand même appelé le laboratoire pour avoir les résultats, ce qui n'était pas une mince affaire, et finalement j'ai réussi à avoir le médecin par l'intermédiaire de sa secrétaire qui m'a mal répondu en me disant qu'il n'avait pas le temps, tu te débrouilles. » E9

Certains l'expliquent par la méconnaissance de la médecine générale des médecins spécialistes, dans un monde de plus en plus hospitalo-centré et technique. Il en ressort une impression de condescendance qui ne facilite pas les liens entre collègues.

« Et ce que je trouve difficile, c'est que j'ai appelé l'hématologue du CHU pour avoir un avis, pour être aiguillé, et je trouve que lorsque l'on demande des avis, il y a des spécialistes qui ne sont pas aidants, limite qui nous considèrent pas parce qu'on ne sait pas prendre en charge des choses évidentes pour eux. Ils ne se rendent pas compte qu'en fait on n'a pas des gens en aplasie tous les jours et du coup je ne sais pas quel antibiotique il faut mettre dans cette situation. » E2

« C'est le problème, je pense que les médecins spécialistes ne se rendent pas compte du travail de médecin généraliste en libéral. (...) On n'a pas les gens sous la main. Ils nous appellent en nous demandant de les examiner, mais ils ne sont pas en face de nous, la patiente est chez elle. Ce n'est pas un service hospitalier » E2

Même si l'un des remplaçants ajoute que les critiques sont parfois réciproques entre médecins généralistes et spécialistes. L'écart dans les pratiques de chacun se creusant au fil des années, il crée des logiques d'opposition.

« Parce qu'on entend encore des trucs, comme des urgentistes qui disent que les médecins généralistes sont des bons à rien, on entend encore des généralistes qui critiquent les urgentistes alors que ça fait 25 ans qu'ils n'y ont pas mis les pieds, c'est juste des raccourcis, comme partout. De la méconnaissance, de l'incompréhension. » E2

« Les vieux médecins généralistes connaissent un peu moins, ils ont oublié ou ça a évolué par rapport à avant, ils ont alors un jugement un peu hâtif, qui crée des barrières avec les spécialistes. » E4

Quant à la relation avec le personnel infirmier, elle semble également hétérogène, dans les pratiques de chacun.

Pour plusieurs, le réseau infirmier apparaît comme une aide quotidienne dans la prise en charge des patients.

« Ça se passe vraiment bien. Les infirmières, je les ai souvent au téléphone, pour les INR, pour parler des patients, pour mettre en place un passage en plus. Je les ai pratiquement tous les jours. » E10

« On a une très bonne relation, on travaille beaucoup en équipe, on communique assez bien. Ils nous aident même pour dépister chez certains patients des soucis, quand on n'a pas le temps, en visite à domicile par exemple. » E4

Ils semblent être un soutien essentiel dans les prises en charge des patients, surtout au domicile.

« Surtout pour les patients au domicile car finalement c'est elles qui sont le plus proches des patients et elles n'ont souvent pas mal d'informations intéressantes. »

E9

Pour d'autres, la relation est décrite comme instrumentale, avec des difficultés de communication durant les journées de travail de chacun.

« J'ai peu de relation avec eux. » E5

« On a une relation plutôt cordiale, c'est souvent les mêmes. Et on communique rapidement par téléphone. Elles sont souvent très occupées, donc ça reste souvent une relation plutôt professionnelle. C'est toujours dur de se coordonner pour qu'on arrive à communiquer, c'est souvent entre deux portes, ou entre deux patients par téléphone. » E6

C/ Un rôle administratif perçu comme lourd

Les remplaçants ont évoqué la lourdeur des tâches administratives dans leur pratique. La plupart rejettent totalement ce rôle administratif, trop éloigné de leur démarche de soins, même si certains le considère comme inhérent à leur métier.

« On devient de plus en plus des secrétaires, les $\frac{3}{4}$ des consultations, les bons de transport, les ALD, quand les patients n'ont pas leur carte, tu passes du temps à faire en dégradé, ça c'est vraiment le coté que je n'aime pas du tout. » E3

« Pour les bons de transport, la prise de rendez vous, les certificats d'absence. Ça ne sert à rien d'avoir un médecin pour faire ça. » E6

« Après c'est notre rôle, les dossiers MDPH, c'est embêtant à remplir mais c'est nous qui avons les informations médicales. » E8

Décrite comme une charge croissante, plusieurs remplaçants l'ont expliquée par le glissement d'un rôle de pivot central au sein du système de soins vers un rôle de gestion au sein d'un système administratif. En se reposant sur eux, les médecins

spécialistes donnent l'impression de s'exempter d'une responsabilité supplémentaire, qu'ils attribuent au médecin généraliste référent.

« Les bons de transports. Les spécialistes qui disent d'aller voir leur médecin traitant en sortant de chez eux, ça c'est des points vraiment gênants, qui prennent du temps, de l'énergie » E3

D'autres l'ont justifiée par la nécessité de justifier certains actes. Pour eux, elle semble aberrante, et amincit encore une fois, le temps consacré aux soins.

« C'est devoir refaire une ordonnance parce que le pharmacien appelle en disant qu'il n'y a pas de Boostrix Tetra®, et bah il ne prend pas l'initiative de changer par lui-même. » E9

« Ou des patients qui viennent tous les 2 mois, qui veulent une autorisation pour la crèche à donner du doliprane en cas de température, pour mettre du Bepanthen®, du sérum physiologique...etc. Ils se protègent quoi, tout le monde se protège. Mais à trop vouloir se protéger, ça rime à rien. » E10

Parfois désemparés pour remplir les documents administratifs, cette tâche semble laborieuse pour les médecins remplaçants, qui dénoncent un manque de formation durant leurs études.

« Après comme d'habitude, c'est l'enfer de la paperasse, on n'est pas assez formé. Même en tant que remplaçant. On ne sait pas trop vers qui se tourner, c'est un peu la débrouille. » E4

« Après tout ce qui est autour et à côté, c'est la comptabilité, c'est les papiers, l'URSAFF, la CARMF, toutes ces petites choses là qu'on n'apprend pas et qui sont difficiles car on apprend toute seule. (...) Parce que le métier de médecin généraliste, c'est aussi ça, il y a le côté médical mais il y a aussi la gestion des papiers, de l'administratif. » E10

Et de manière générale, une incompréhension face aux attentes de la sécurité sociale.

« Après il y a forcément tout le côté administratif que je trouve lourd. On n'est pas formé à ça en plus, on se débrouille tout seul. La CPAM ne nous aide pas pour ça. »

E5

« Après la sécurité sociale a différents discours, selon les situations et les gens, et parfois c'est incompréhensible, on ne sait plus quoi faire. » E8

II/ LES DIFFICULTES DANS LEURS PRATIQUES

A/ Un rapport au temps sous tension

L'anxiété relative à la gestion du temps de travail est omniprésente chez les remplaçants.

Selon eux, c'est la diversité des demandes des patients qui allongent le temps de consultation. Gérer le panel des différents motifs, tout en essayant de ne pas prendre de retard, devient un véritable défi.

« C'est vraiment la multiplicité des demandes, c'est un travail difficile car il y a beaucoup de demandes différentes, qu'on doit solutionner en peu de temps » E1

« Oui c'est ça, le facteur temps est compliqué. Je ne regarde pas toujours ma montre, mais c'est vrai qu'on y pense tout le temps. Ne pas avoir de retard pour les patients, ce côté est un peu oppressant. » E2

Chez certains, le manque de temps crée une sensation de « travail empêché » faisant naître un sentiment de frustration.

« En médecine générale, c'est eux qui viennent vers toi, et ça peut être assez envahissant et usant. Une journée entière de consultations, c'est usant, car c'est une foultitude de demandes et tu n'as jamais un seul moment où tu peux réfléchir sur un cas, à part en fin de journée mais à 19h, du coup t'es souvent crevée et tu ne le fais pas. » E1

D'autre part, les remplaçants ont parlé de la gestion simultanée des activités autour de la consultation durant une journée. Parfois denses et imprévisibles, elles accentuent la course au temps. Un temps de travail souvent non rémunéré, perçu alors comme peu valorisant.

« En fait, c'est le temps qui est compliqué. On est toujours à la recherche de temps, pour à la fois passer un coup de fil pour avoir un avis, ou regarder des examens, mais on prend vite du retard et c'est stressant après. (...) Il faudrait toujours que la journée soit plus longue pour pouvoir tout faire. » E6

« Alors je ne sais pas quand t'es installé, il te faut 1h en plus, pour scanner des comptes rendus, faire la comptabilité, regarder les résultats biologiques, et tout ça ce n'est pas rémunéré » E3

Enfin, la gestion difficile du flux de patients devant une forte demande accentue ce sentiment d'anxiété.

« On a toujours un planning fixe et des demandes qui se surajoutent, urgentes ou pas d'ailleurs. Des patients qui viennent se greffer et c'est dur de dire non, et là dessus, ça demande un vrai travail, pour ne pas se laisser submerger par les patients en plus. » E4

Leur emploi du temps étant rythmé par les demandes des patients, c'est apprendre à leur « dire non » qui devient un enjeu majeur pour réguler leur temps de travail.

Un affrontement qui s'avère délicat pour eux, partagés entre un besoin d'assumer leur responsabilité professionnelle et la peur du surmenage.

« Je me suis rendue compte qu'il fallait apprendre à dire non pour ne pas se laisser déborder. Aux patients qui viennent sans rendez vous surtout, sinon on se laisse rapidement déborder. Je ne pensais pas que ce serait aussi difficile de dire non. » E10

Notons tout de même qu'ils semblent moins anxieux face au temps lorsqu'ils remplacent dans des cabinets qu'ils trouvent organisés.

« Non sinon au niveau de la charge de travail, vu que les médecins que je remplace sont bien organisés je trouve, ça facilite la gestion du travail. Alors que j'en ai fait d'autres où c'était bien plus compliqué. » E8

B/ L'exigence des patients

Les médecins remplaçants ont décrit des patients exigeants.

Plusieurs l'expliquent par une tendance valorisant l'immédiateté du soin chez les patients auxquels ils sont confrontés.

« Et parfois ils attendent le traitement miracle pour le nez qui coule depuis 24h. » E10

« Ils attendent beaucoup de réponses immédiates de nous je pense. » E8

« Que je réponde vite et bien à leurs problèmes (rires). » E9

« Les patients sont impatients (rires) » E3

De plus, ils ont soulevé la conception de consumérisme médical. Pour eux, elle génère une demande de surmédicalisation dans la prise en charge médicale.

« Les patients qui viennent, où il faut prescrire ça, il faut de l'antibiotique, la médecine de consommation, le consumérisme médical, c'est énervant » E2

« Mais de manière générale, je trouve les patients très exigeants. J'ai un abord du patient qui est envahissant. Quand je les vois dans la salle d'attente, j'ai l'impression qu'ils vont m'en demander de trop, je ne vais pas pouvoir répondre à leurs attentes, avec un besoin de « médiquer » beaucoup de choses. » E1

Pour certains, le système de soins encourage cette conduite de consommation, de part son organisation.

« Parce que ça c'est encore un gros problème, les patients chez qui ont fait le tiers payant, qui ne voient pas combien ils payent, ils pensent que c'est de la magie. Même nous, en tant que patients, je me souviens très bien de mon mari qui rentre de chez le dentiste, qui me dit « c'est génial la France, je n'ai rien payé » et je lui dis de regarder

son compte de sécurité sociale où l'on voit que le panoramique c'est 100 euros, par exemple. Et après il me dit « si j'avais su je n'aurais peut-être pas accepté le panoramique ». » E5

Le patient est décrit comme un consommateur de soins, faisant émerger le médecin comme un technicien prestataire de services. Mise en lumière par l'utilisation d'un champ lexical du « commerce », ce rang de simple commerçant discrédite, aux yeux des médecins remplaçants, la qualification du médecin généraliste.

« Et sinon il y a les patients « liste de courses », et ça c'est forcément source de conflit, quand c'est moi le médecin. Parce que ça m'énerve énormément. » E4

« Il y a aussi les patients qui appellent pour un certificat, ou un renouvellement d'ordonnance et ne prennent pas de rendez vous. C'est dur de leur dire de prendre rendez-vous, de leur expliquer qu'un renouvellement d'ordonnance c'est pour faire le point, sinon on s'appellerait épicier (rires). » E9

C/ La démocratisation de l'information médicale

Les participants ont également décrit des malades avertis. Naviguant sur internet avant de prendre rendez-vous avec leur médecin, il n'est pas rare de voir arriver un patient avec son diagnostic posé, comme le souligne l'un des remplaçants.

« Si les patients arrivent en te disant qu'ils ont une rhinopharyngite car ils ont regardé sur internet, ils veulent certains médicaments, qu'on doit leur prescrire. Des fois, ils ne veulent même pas qu'on les examine, ils disent qu'ils ont une gastro et qu'ils veulent du Tiorfan ® » E2

Pour eux, les médias et internet jouent un rôle considérable. Déclaré sur un ton ironique, l'une des remplaçantes a évoqué notamment les forums :

« Oui j'ai oublié, ça serait trop bien si on pouvait supprimer tous les forums Doctissimo ! (Rires), on aurait moins de consultations inutiles. » E5

Face à des patients mieux informés, les médecins remplaçants prennent du temps à rassurer les patients durant la consultation.

« Pour la plupart des patients que je vois, par exemple en pédiatrie, je vois que les parents attendent surtout d'être rassuré, parce qu'ils ont regardé sur internet dans la nuit, et ça prend du temps » E5

De plus, face à des patients renseignés sur leurs pathologies, chacun a exprimé des ressentis négatifs et des craintes différentes. Il en ressort un sentiment de vulnérabilité dans le rapport à leur travail.

Une remplaçante a évoqué le manque de confiance en ses compétences, se considérant carencée dans ses connaissances.

« Bah des fois je suis un peu démunie, je ne sais pas répondre à tout, et ce n'est pas facile à faire entendre. La quantité de savoirs est assez vaste. Et du coup je me sens souvent seule. C'est ça qui est le plus difficile car comme on ne connaît pas les choses de manière approfondie dans chaque domaine, c'est difficile. » E8

Chez certains, elle se révèle par la peur de l'erreur médicale. La crainte de passer à côté d'un diagnostic est très présente.

« Ah bah oui c'est très angoissant, il y a des matins où je me lève, je me dis pourquoi j'ai fait ça, parce que l'on pense à un diagnostic mais on ne peut jamais être sûr à 300% je trouve, et parfois on laisse rentrer des gens, on ne sait pas comment ça peut évoluer » E7

L'un des remplaçants l'a exprimé par son appréhension des plaintes venant des patients. Même s'il n'y a pas été confronté, il juge que le médecin généraliste est en première ligne face aux poursuites judiciaires.

« Pour les plaintes, vu qu'on est en première ligne, les médecins généralistes, on n'est quand même pas mal placés. Quand on est un peu débordé par le travail, on peut ne pas faire forcément attention à ce que l'on note sur un certificat par exemple, et ça

peut se retourner contre nous derrière. (...) C'est un truc qui me fait un peu peur, d'être confronté à des problèmes judiciaires, et ça va vite je pense » E4

Cependant, plusieurs effets positifs ressortent de la démocratisation de l'information médicale au public. D'une part, elle incite les médecins eux-mêmes à mieux s'informer, rendant leur exercice attractif et dynamisant.

« Non, mon travail, en lui-même, je le trouve intéressant, faut toujours se tenir à la page. C'est stimulant. Surtout avec les patients qu'on a. » E3

D'autre part, elle permet d'instaurer une relation de confiance avec les patients, en prenant le temps d'échanger avec eux sur leur prise en charge. Un climat bénéfique pour les prochaines consultations, s'il se pérennise dans le temps.

« Et c'est peut-être même mieux car ils sentent qu'il y a une cohérence, et ça a plus d'impact sur l'adhésion à leur prise en charge, même pour les consultations futures » E2

« Et après je crée plus facilement un lien avec eux pour plus tard. Donc c'est de savoir les écouter, pour mieux leur répondre » E9

IV/ LEURS FUTURES CARRIERES

Face à ce tableau de la médecine générale, mettant en lumière les nouveaux défis du médecin généraliste, les remplaçants ont parlé de leur avenir professionnel. Tous ont déclaré se diriger vers une installation future. Le statut de remplaçant étant vécu comme une phase transitoire de leur carrière, l'installation apparaît comme la source de leur épanouissement professionnel.

« Car je pense que ce travail appelle à l'installation pour que l'on soit épanoui. » E1
« Après c'est vrai que dans l'idéal j'aimerais m'installer, parce que je pense que c'est l'essence de notre métier. » E6

« J'aimerais bien m'installer dans 2-3 ans parce qu'être remplaçant c'est très confortable mais ce n'est pas pareil. » E9

A/ Travailler à plusieurs

Tous les médecins remplaçants conçoivent une rupture avec l'ancienne génération de médecins. Ils ne s'identifient plus dans la pratique de leurs aînés.

« Et l'image de « médecin de campagne » dans le film de François Cluzet, ce n'est plus possible. La société a évolué, sa consommation aussi, et on nous demande à nous d'être comme les médecins d'avant, alors que les gens ne sont plus comme avant. » E7

A l'unanimité, les participants s'imaginent s'installer en exercice regroupé. Travailler à plusieurs leur permet d'assurer la permanence des soins tout en conciliant leur vie privée et professionnelle.

« Ce qui est difficile c'est la permanence des soins. Tout seul, je pense que c'est ingérable. Honnêtement, à part les gens qui veulent absolument travailler tout seul, je pense que de travailler seul, tu te suicides. Tu finis à 40 ans, stenté, dépressif, alcoolique, et tes enfants sont en échec scolaire. » E3

« Je pense que je travaillerai tous les jours mais par contre, si on travaille à plusieurs, j'aimerais mettre un système de permanence de soins où il y en a un qui reste une fois par semaine jusque 20h. ça permettrait à chacun de profiter de ses enfants. » E4

On peut voir dans les propos de ces remplaçants, la volonté de se consacrer aux patients et d'être disponible, tout en libérant du temps pour leur vie privée. La perspective d'un temps de travail gérable, essentielle à leurs yeux, n'apparaît alors possible qu'en exercice regroupé, en intensifiant leur pratique sur des journées ou horaires restreintes.

« Je me dis que je n'ai pas envie de terminer tous les jours à 16h, pour aller chercher mes enfants à l'école. Sachant qu'aujourd'hui la demande des patients ne s'arrête pas à 16H. Trouver un bon entre deux. Je n'ai pas non plus envie d'être un médecin qui ne soit pas disponible, C'est compliqué de trouver un bon entre deux mais je pense que la seule solution, c'est de s'organiser à plusieurs » E2

« Bah si je veux faire 3-4 jours par semaine, il faut qu'on soit dans un cabinet de groupe pour qu'il y est au moins un médecin par journée, qui soit disponible. » E7

Certains remplaçants ont souligné la possibilité de se partager la patientèle. Encourager l'interchangeabilité entre eux leur permet à la fois de libérer du temps, et favorise le partage de savoirs dans leur prise en charge.

« Comme s'ils avaient deux médecins. Et la plupart acceptent de voir deux médecins. C'est une question d'habitude. C'est comme un patient qui voit son cardiologue, son pneumologue, bah là il sait qu'il y a deux médecins généralistes qu'il peut voir, je pense qu'ils ne se formalisent pas de voir deux médecins généralistes. » E2

« Après les gens ont encore du mal à s'y faire. (...) Après chacun a sa patientèle, mais je pense que quand je prendrai de nouveaux patients je leur demanderai s'ils acceptent de ne pas voir tout le temps le même médecin. On a le droit de poser nos conditions pour accepter un patient. » E3

C'est créer un échange entre confrères qu'ils recherchent dans le travail à plusieurs. Pouvoir discuter de situations complexes et demander l'avis d'un collègue semblent être un vrai soulagement dans leur quotidien.

« Après l'exercice en groupe me paraît nécessaire, avec des médicaux aussi, et pas que des paramédicaux. C'est un confort énorme de pouvoir demander un autre avis médical à un confrère durant une journée. Quand on bloque, ce n'est quand même pas mal. » E4

« Plutôt en cabinet de groupe avec médecins et paramédicaux, pour pouvoir partager sur certains cas difficiles, avoir une autre vision. Alors que quand t'es toute seule, tu peux appeler tes collègues mais ce ne serait pas pareil. » E10

Pour certains, nous sentons même l'envie d'une réflexion collective autour du patient dans le désir d'exercice regroupé. C'est pour cela que les remplaçantes ont ajouté la nécessité d'aménager de vrais temps d'échange durant une journée de travail. Des moments définis à l'avance ou déclenchés quand le besoin se pose.

« Non sérieusement, je réfléchissais à un autre truc, c'est qu'en fait on a beau vouloir s'installer en groupe, je me rends compte qu'on ne se voit pas durant une journée. Ça passe trop vite et le soir on a envie de rentrer chez nous. Et franchement, dans un cabinet, on devrait tous faire une pause d'une demi heure où l'on discute des patients, des cas compliqués qu'on a vu, je pense que ça changerait tout dans une journée. La journée serait moins lourde. » E5

Dans cette perspective de travail en équipe, le souci de trouver la ou les bonnes personnes avec qui s'installer apparaît d'autant plus important. Les remplaçants ont insisté sur l'importance de s'accorder sur leur façon de travailler en cabinet de groupe. Travailler dans le même « état d'esprit » semble nécessaire pour eux.

« Après il faut trouver la bonne personne avec qui s'installer, pour pouvoir garder un esprit d'équipe. » E5

« Franchement...Travailler en cabinet de groupe avec des médecins qui ont les mêmes manières de travailler que toi, les mêmes discours, et décomplexer de la même façon. (...) Si on travaille tous de la même façon, avec le même état d'esprit, ça peut aider. » E9

Enfin, lorsque les médecins sont confrontés à des situations conflictuelles avec les patients, l'exercice regroupé semble rassurer. Même si la gestion de l'agressivité de certains patients reste difficile, le fait d'être à plusieurs, semble amoindrir le sentiment d'insécurité.

« Et dix minutes plus tard, il est revenu en me disant « c'est n'importe quoi » (Silence). C'était de la violence verbale, il m'a traitée de conne. Et je n'étais pas très sereine. J'ai même eu un peu peur. Après finalement il est reparti. Mais pendant 5 minutes, heureusement il y avait un autre médecin dans le cabinet, mais je me suis dit comment je vais faire. Et puis je ne le connaissais pas bien, et je me dis quand je serai installée, j'aurai forcément affaire à ce genre de patients, et ce n'est pas évident si t'es toute seule » E10

Enfin, tous les médecins interrogés souhaitent s'installer en groupe dans une activité libérale. Mais ils ont tous évoqué la possibilité d'une activité salariale selon l'évolution du système de santé en soins primaires.

Pour eux, cela pourrait dépendre de la prise de considération du gouvernement de leur souhait de revaloriser le prix de la consultation.

« Du coup, forcément on pense au salariat, c'est peut-être une solution car ça évite la course à l'acte. » E2

Ils voient également l'activité salariale comme une alternative face aux contraintes administratives, si elles ne s'allègent pas dans les années à venir.

« Le salariat pourrait être une solution, rien que pour les contraintes administratives qui peuvent être allégées. » E4

Même s'ils ont exprimé l'éventualité d'un travail en tant que salarié, nous sentons de nettes réticences quant à sa concrétisation. Ils semblent avoir du mal à envisager leur pratique autrement qu'en libéral, de peur de perdre leur liberté d'organisation et d'exercice.

« Mais on perd notre liberté. Et le libéral c'est quand même ce qu'il y a de mieux pour ça. Moins de pression par la sécurité sociale, plus de liberté dans les horaires. » E7

« Après dans l'organisation des soins, j'aime trop le libéral. Je ne me vois pas du tout salariée, je me sentirai privée de ma liberté. » E8

« Je n'ai pas envie de me retrouver à l'hôpital. Je n'ai pas envie d'avoir à rendre de comptes à qui que ce soit à part à mes patients. Donc non le salariat je ne pense pas que ce soit une bonne solution. » E5

B/ Se créer un réseau

Travailler à plusieurs, signifient aussi pour les médecins remplaçants, s'orienter vers des pratiques coordonnées. C'est pour cela qu'ils revendiquent l'importance de se créer un réseau.

« C'est un truc qui m'angoisse quand je serai installée, c'est que j'espère que j'aurai un réseau plus construit. » E7

« C'est pour ça que c'est important de se créer un réseau, même juste par téléphone, ils te connaissent. C'est juste une question de favoriser les relations entre les gens. » E2

Nombreux ont particulièrement souligné un désir de travailler en équipe avec les infirmiers/infirmières. Ils leur apportent un soutien dans les prises en charge des patients, particulièrement pour les remplaçants qui souhaitent travailler en maison de santé pluridisciplinaire.

« Ce qui n'est pas le cas quand tu prends en charge un patient avec d'autres professionnels. Par exemple, je prends l'exemple d'une prise en charge au domicile, si t'as la possibilité de pouvoir en parler avec d'autres, là t'as l'impression de vraiment partager. » E2

« Franchement l'exemple de la MSP, c'est un bon système. L'avenir c'est aussi d'être à plusieurs, et surtout avec les infirmiers/infirmières. » E2

Par crainte de se retrouver isolés, ils ont insisté sur la volonté de s'installer à proximité d'autres professionnels de santé mais aussi dans des zones où les services publics ne sont pas totalement absents. Pour eux, les déserts médicaux ne sont pas simplement que des déserts de santé.

« Et quand même avoir accès à des spécialistes, ou un hôpital proche. Je n'ai pas envie qu'on m'appelle pour un poly trauma, ou une urgence gynécologique. » E7

« Après moi je veux bien aller dans des endroits reculés mais avec des spécialistes autour, pas seule quoi. J'aimerais bien garder un peu de vie quand même. » E4

« Après ça serait plutôt en semi rural, parce que je trouve ça plus intéressant, faire des visites mais pas trop. Mais faut que ça soit proche d'une gare, qu'il y est des commerces, une boulangerie, pas un désert médical quoi. » E5

C/ Diversifier sa pratique

Par ailleurs, en travaillant à plusieurs, tous les remplaçants envisagent de s'aménager des plages d'activités diversifiées : consulter en PMI, travailler en structure hospitalière... Nombreux conçoivent une activité mixte entre leur cabinet et une structure salariale.

« Et du coup dans le projet, je me dis que j'aimerais bien faire de la gériatrie, peut-être dans une structure hospitalière, en SSR par exemple. Peut-être 50/50 en médecine générale libérale et gériatrie à l'hôpital. De garder cette double casquette. » E2

« Après je vais commencer à faire des journées en PMI, une fois par semaine. Après j'aimerais faire de la médecine générale en libéral, et autre chose à côté, mais ça je ne sais pas, ça évoluera au fil des années, selon mes envies. » E8

Les remplaçants ont insisté presque tous sur le caractère évolutif de leurs carrières. Ils justifient alors le choix de la médecine générale pour les orientations diverses qu'elle permet au cours de leur vie professionnelle.

« C'est pour ça que ça évolue aussi, c'est pour ça que j'ai choisi la médecine générale, c'est ce côté flexible, où les choses ne sont pas forcément figées. Mais j'ai quand même envie de m'investir dans les choses. » E2

« Après moi, je ne suis fermée à rien, si un jour je me découvre une passion pour quelque chose, pourquoi pas. Mais vraiment la médecine générale, sur son aspect global, c'est ce qu'il y a de mieux. » E8

De peur de ne pas tenir le rythme pour certains, ou par crainte de la routine pour d'autres, ils se laissent de multiples possibilités de rebondir tout au long de leur carrière.

« Oui c'est ça, à mi temps et couplée avec une activité hospitalière où l'on inverse le fonctionnement. C'est moi qui vais à l'hôpital, c'est moi qui décide quand je vais les voir, j'ai un bureau, des dossiers sur lesquels je peux réfléchir, c'est une pratique

différente. (...) Mais en médecine générale, faire que de la consultation 100% du temps, de 9h à 19h, ce n'est pas tenable. » E1

« Je ne sais pas si on te l'a déjà dit mais c'est la routine. Franchement, la routine, ça tue. Tu vois des gastro-entérites ou des rhinopharyngites toute une après midi, t'es content parce ça prend 5 min et c'est 25 euros, je parle sincèrement. Quand tu fais une après midi comme ça, tu te dis « ouai j'ai bien gagné aujourd'hui ». Mais tu te dis quand même j'aurais pu faire intellectuellement d'autres choses. Et je pense que la clef c'est d'avoir plusieurs activités. » E3

Enfin, dans le développement d'une « activité mixte » hôpital-ville, l'un des remplaçants a évoqué la possibilité de renforcer la coopération entre confrères. Cette double activité pourrait favoriser une meilleure entente par la multiplication des contacts et des échanges, en stimulant l'activité des deux côtés.

« Faudrait favoriser les rencontres entre l'hôpital et la ville. C'est pour ça que j'ai envie d'avoir un pied dans l'hôpital, je pourrai créer un lien entre nous. » E2

D/ Se former de manière variée

Chacun a exprimé le besoin de se former, qu'ils pensent gérer de différentes manières. Ils envisagent des formations collectives (congrès, groupes de pairs, diplôme universitaire, capacité, formation médicale continue...) mais aussi, un travail plus personnel par l'intermédiaire de la littérature ou d'internet (MOOC, revue Prescrire...)

« Bah pas forcément reprendre un DU ou que ce soit à la Fac mais pouvoir me former tout au long de l'année. Par des congrès, FMC, ou plus en petit comité, ou des ateliers » E6

« Bah je pense que c'est essentiel, m'inscrire à une FMC par exemple, j'y ai pensé. Avec le quota de DPC qu'on a, d'aller au congrès de médecine générale aussi. La revue Prescrire aussi, je continue à m'abonner. Je suis en train de tester les MOOC aussi en ce moment, j'en ai fait un et je trouve ça intéressant. Sur le sevrage tabagique, sur la contraception. » E9

Beaucoup pensent à des rencontres avec les spécialistes aux alentours. Ils ont évoqué la richesse des échanges lors de formations inter-spécialités, permettant d'aborder des sujets plus concrets, en cohérence avec leur quotidien.

« Faire des rencontres par la formation aussi. En tout cas c'est ce que j'ai vu, quand j'ai fait des formations avec les pédiatres, avec les dermatologues. Les pédiatres nous disaient : si vous avez ça ou ça, vous pouvez m'envoyer un mail, vous pouvez m'appeler à tel numéro. Souvent en formation on discute plutôt de nos problèmes en médecine générale, plutôt que de la théorie pure. On parle de ce qui est difficile pour nous, ce qui nous pose problème. Parce qu'on sait, nous les jeunes médecins généralistes, comment ça se passe aux urgences, dans les services hospitaliers. » E2

L'une des remplaçantes a ajouté, avec regret, que ce genre de rencontres est souvent organisé par des laboratoires pharmaceutiques, et non par les services publics.

« Bah...je pense qu'il faudrait organiser des rencontres entre médecins généralistes et spécialistes, par exemple, une fois par mois. Si ça se trouve ça existe déjà. Pour que l'on puisse voir qui c'est, qu'on se connaisse. Des soirées de rencontre ou d'échange. Le problème, c'est que c'est souvent organisé par les labos, ces rencontres. » E10

Plusieurs songent aussi à devenir maître de stage pour continuer à se former. Par la présence d'internes ou d'externes dans leur cabinet, ils y voient la possibilité d'échanges enrichissants pour se tenir au courant des avancées médicales.

« Parce que la science bouge constamment. Après quand on est isolé, c'est dur de se former seule. Donc du coup, par le fait de recevoir des étudiants, je trouve ça pas mal, mais faut faire les formations. » E7

V/ LEURS PISTES POUR L'AVENIR

A/ Adapter la formation

Tous les médecins remplaçants ont revendiqué la nécessité de modifier les études médicales, à la fois pour revaloriser la médecine générale, mais aussi mieux les préparer à l'exercer.

Ils considèrent leurs parcours trop hospitalo-centré, et revendiquent l'ajout de stages ambulatoires durant leur internat.

« Déjà je ne suis pas très satisfaite de ma formation parce que j'ai fait 5 semestres à l'hôpital et je ne voulais pas travailler à l'hôpital. » E10

« Puis l'internat, de manière générale, il y a franchement trop d'hospitalier, par rapport à la médecine générale. Un semestre de plus en cabinet, ça ne serait pas en trop. » E4

« Je me souviens de ma première journée de remplacement, où j'avais vu un enfant qui avait des Molluscums, j'étais complètement paniquée alors que c'est un motif fréquent en médecine générale. Parce qu'en sortant de l'internat, on sait traiter une insuffisance cardiaque mais pas ce genre de motifs. » E10

Quant à l'ajout d'une année d'internat, ils semblent sceptiques. Ils nous ont parlé d'une optimisation de leur formation plutôt que du rallongement de leurs études.

« Il y a pas mal de choses qui manquent durant notre internat, et je ne pense pas la solution soit de rallonger le nombre d'années, parce qu'il faudrait plutôt optimiser le temps de notre formation. » E6

« J'ai vu qu'ils voulaient rajouter une année d'internat, mais je trouve ça long. A la limite, pourquoi pas rendre un stage obligatoire, comme le SASPAS, et encore... Sinon rajouter un an, ce n'est pas ça qui rendra une meilleure formation. » E9

Beaucoup ont insisté sur la nécessité d'intégrer des cours administratifs durant leur formation afin de mieux appréhender l'exercice libéral.

« On apprend tout sur le tas. Il faudrait peut-être que ça ne soit pas obligatoire, mais qu'il y ait des cours, pour que ceux qui ont vraiment envie puissent se former, de manière claire et précise. C'est ça qui rebute pas mal du coup, moi j'ai plein de copains qui me disaient : « moi je ne veux pas faire de libéral, c'est trop la galère. » Alors que bon c'est faisable, on n'est pas plus bête qu'un autre, faut juste qu'on nous forme qu'on nous explique la base et après chacun s'adapte. » E8

« Par contre, je ferais des cours sur l'administratif, franchement quand on remplace, on ne sait pas remplir des ALD, des arrêts de travail, et les cotations aussi. Qu'on est des formations aux logiciels. On apprend beaucoup sur le tas et ce n'est pas très confortable. » E3

B / Revaloriser la consultation

Une immense majorité juge que le prix de la consultation fixé à 25 euros, à l'heure actuelle, n'est pas à la hauteur de leur formation, de leur charge de travail, et de leur responsabilité.

« Je pense que d'augmenter le prix des consultations de manière générale parce que c'est sous évaluer par rapport à la charge de travail, et surtout les responsabilités que l'on a. » E10

C'est vraiment le tarif à l'acte qu'ils trouvent dévalués pour l'investissement fourni, car ils paraissent par ailleurs satisfaits de leur niveau de vie. Cette tendance se majorant lorsqu'ils comparent avec les pays voisins.

« C'est sûr que quand l'on regarde les tarifs des autres pays, on est un peu les miséreux. C'est sûr que par rapport au temps, aux études que l'on fait, 25 euros la consultation, ça paraît peu. Mais je ne me plains pas, je ne fais pas ce métier pour être millionnaire, le tout est d'avoir un niveau de vie où l'on ne galère pas trop. » E6

« Je trouve qu'on n'a pas à se plaindre, moi je viens d'un milieu modeste et je trouve que notre rémunération est raisonnable, par rapport à notre travail. » E7

Quant aux nouvelles cotations, plusieurs remplaçants ont évoqué qu'ils ne les appliquaient que rarement ou même pas du tout. Justifiés par de la paresse, cela semble plutôt révéler la complexité du système de cotation.

« La solution, ça serait de revaloriser les consultations, après ça existe pour les consultations complexes mais tu le fais une fois, tu ne vas pas le faire à chaque fois » E2

« Je ne sais pas, tu vois par exemple je ne connais pas toutes les cotations possibles et surtout j'ai la flemme. Je côte tout à 25 euros. Même je ne fais jamais les sorties d'hospitalisations, les visites longues à domicile, je n'y pense jamais » E10

Certains ont souligné que le montant de la consultation défini à 25 euros, ne favorisait pas la prise en charge des populations vulnérables. Demandant plus de temps, les nourrissons, les personnes âgées, les patients poly pathologiques, ou psychiatriques ne semblent pas « rentables ».

« Rien que de faire de la gériatrie, c'est sûr que ce n'est pas valorisé. Il y a quand même un aspect financier. Les consultations gériatriques, qui peuvent prendre ¾ d'heure ou les visites à domicile d'1h voir 1h30, si tu fais que ça, ce n'est pas rentable. » E2

« Par exemple, un patient diabétique, ça prend beaucoup de temps, ou une prise en charge gériatrique ça prend beaucoup de temps. Et toute la poly pathologie. » E3

« Et il y a des consultations qui méritent beaucoup plus que 25 euros, les consultations psy par exemple, des nouveaux nés où t'explique aux parents que les coliques, c'est normal, qu'il faut changer la tétine car le lait AR ne passe pas. Tu ne le fais pas en 15 minutes. » E5

L'un des remplaçants a dénoncé « la course à l'acte » que ce système de rémunération peut engendrer, chez les médecins. De plus, ce genre de pratique pousserait les praticiens vers l'épuisement professionnel.

« C'est à cause de ça qu'il y a eu des dérives je pense, sans être dans les clichés. Il y a quand même des médecins qui font de la course à l'acte, qui en voient 40 ou 50 par jour, et alors effectivement, on peut tous le faire, on fait de la médecine en superficie, on fait le problème du jour, on dit aux gens vous n'avez qu'un problème aujourd'hui et le reste on verra plus tard » E2

« Et l'abattage, d'une ce n'est pas très intéressant, et de deux c'est ça qui donne des épuisements professionnels, parce que ce n'est pas humain de voir 50 personnes en une journée. » E3

C'est pour cela que pour les médecins remplaçants, majorer le prix de la consultation actuelle semble nécessaire pour revaloriser le métier. Ils pensent plutôt à une majoration globale du prix de la consultation qu'à l'application de dépassements d'honoraires, qui pourrait aboutir à une inégalité dans l'accès aux soins.

« Après je n'y ai pas vraiment réfléchi. Je sais qu'il y en a qui se mettent en secteur 2, mais je pense que c'est compliqué, parce qu'il y a forcément des dérives. Et les patients qui ont la CMU, ils ne pourront pas payer, même pour 10 euros de dépassement. Est ce qu'il n'y aura pas du coup une médecine pour les plus riches et une médecine pour les plus pauvres. Peut-être réévaluer la consultation, mais pas faire des dépassements d'honoraires. » E10

D'ailleurs, la plupart des remplaçants ne semblent pas favorables au passage des médecins généralistes en secteur 2.

« Mais par exemple, d'être en secteur 2, je trouve ça un peu abuser. » E7

Pour revaloriser son travail, une des remplaçantes a également évoqué l'idée de tarifier selon le temps de consultation accordé aux patients.

« Ça devrait être revalorisé, ou alors avoir plus de marges de manœuvre sur le prix des consultations. Quitte à les annoncer, sans forcément dire consultations « nouveau né, problème d'alimentation = 45 euros » mais plutôt consultation basique 15min = 25euros, consultation 30 min = 50 euros...etc. » E5

C/ Restructurer l'offre de soins

Préserver leur vie personnelle en optimisant leur temps de travail est un véritable défi, pour les médecins remplaçants. Ils estiment que cela passe par la nécessité de restructurer l'offre de soins.

Les remplaçants ont évoqué une première piste de réflexion pour alléger leur temps de travail : la délégation des tâches.

« En tout cas, c'est une solution partielle, parce que de toute façon on ne va pas avoir plus de médecins pour le moment, du moins pas avant 10 ans ou plus. C'est une solution qui est rapide à mettre en place et qui permet d'absorber le flux de patients. » E4

Face à la surcharge administrative, s'organiser pour employer une personne qui les aide à gérer les papiers administratifs semble essentiel dans leur quotidien.

« Je veux qu'il y est quelqu'un sur place qui m'aide pour l'administratif, quitte à gagner moins, mais que ce soit plus agréable. » E5

« Faire plus de médecine et moins de paperasse surtout, c'est ça. » E7

Certains semblent aussi vouloir se détacher de la facturation, considérant l'acte de paiement comme une perte de temps durant la consultation.

« Par contre quelqu'un qui fait la facturation, qui prend la carte vitale, qui encaisse, ça je suis pour. Ça nous laisserait plus de temps. » E5

D'autres ont cité une éventuelle aide pour la tenue des dossiers médicaux. Faire préparer le dossier médical avant la venue d'un nouveau patient, ou compléter les

informations utiles dans le cadre de son suivi, apparaît comme un gain de temps dans leur quotidien.

« C'est la préparation du dossier médical, la tenue du dossier médical déjà. Mine de rien, c'est un boulot énorme. » E4

« Par contre, nous aider dans les dossiers médicaux, ça peut nous aider, de noter les consultations d'un patient diabétique avec les dates de suivi, ça nous avancerait beaucoup. » E8

Par ailleurs, les remplaçants ont suggéré l'importance de la présence d'une infirmière coordinatrice, dans le cadre d'une installation en groupe ou en MSP. Une infirmière pour les aider à coordonner les soins mais aussi pour favoriser la communication entre eux.

« Après par exemple, nous, on va essayer de salarier une infirmière coordinatrice, je crois qu'on a une enveloppe, alors je ne connais pas trop le sujet, sur les financements. » E2

« Mais c'est pour ça qu'il faut qu'il y est plus de communication entre les médecins du cabinet, parce que le cabinet de groupe sans communication, c'est pire que mieux. (...) Après là où je remplace, ils sont en train de créer une MSP, donc il y a des réunions pour monter des projets cohérents pour avoir un financement, c'est pas mal. » E9

Quant à la délégation des actes médicaux, les avis sont partagés.

Plusieurs sont prêts à déléguer aux infirmières ou aux pharmaciens l'acte de la vaccination. D'autres envisagent même d'attribuer aux infirmières les renouvellements d'ordonnance, les considérant capables de les adresser aux médecins en cas d'anomalie.

« Et les vaccins, ils peuvent être faits par les infirmières. Parce que déshabiller un enfant de 5 mois, préparer les vaccins, faire les vaccins, ça prend 20min-1/2h. Alors que si l'infirmière le déshabille, tu viens avec elle et ça dure 10 minutes. (...) Si les pharmaciens veulent vacciner, ce n'est pas un problème pour moi. » E3

« Et le renouvellement d'ordonnance, enfin plutôt la réévaluation de l'ordonnance, je sais que ça se fait dans d'autres pays, ça pourrait être fait par une infirmière quand tout va bien. Elles sont capables de nous les ré adresser si elles trouvent qu'il y a un problème. Franchement, je suis pour déléguer plus aux IDE. » E8

Toutefois, ils sont inquiets vis à vis de l'évolution de ce système de répartition des tâches. En se libérant de certaines fonctions, ils ont peur de devenir des prestataires de service.

« J'avoue que je suis un peu pessimiste, je pense que le réseau d'IDE va se développer, et nous on va ressembler à des centres de tri, des super secrétaires avec un peu plus de connaissances médicales. J'ai un peu peur de ça. » E3

De plus, en confiant certaines tâches aux autres professionnels de santé, plusieurs remplaçants ont peur de se sentir destituer de leurs fonctions, ne mettant pas en valeur ce pour quoi leur qualification est réellement utile.

« Sur une journée chargée, ça me semble un peu dangereux. Par exemple, qu'une cystite soit gérée par une infirmière ou un pharmacien, pourquoi pas, mais c'est toute la base de notre travail, de devoir éliminer les potentielles complications qui ne sont pas forcément visibles. C'est simple de traiter une cystite, c'est de savoir détecter les signes de gravité ou de complications, qui est plus complexe. » E6

« Ce n'est pas juste « t'as un symptôme, je te donne un médicament », parce que du coup ça laisse l'idée aux gens que la médecine c'est ça. « Symptôme = médicament », diagnostic rapide, le problème est réglé. Et en fait il y a autre chose derrière, tu peux passer à côté de quelque chose de plus grave. » E9

Enfin, tous ont parlé du projet de mise en place d'assistants médicaux, dans l'optique d'une restructuration des soins. Ils rejettent la contrepartie du financement des assistants médicaux annoncée par l'assurance maladie. S'engager à voir un nombre défini de patients/heure leur semble dangereux, favorisant un modèle « productiviste » dans leur pratique.

« Après de fixer un minimum de patients/heure, c'est discutable. Il faudrait faire selon la demande. Et je pense qu'au contraire, il faut se laisser des plages d'urgence dans la journée, des plannings plus lax. Ça me paraît dangereux en fait. Après il y en a qui le font, mais moi je ne me sens pas d'attaque pour faire ça, ça fait quand même un peu abattage. » E4

Ils trouvent plus judicieux de laisser des plages d'urgence dans leur planning pour gérer le flux de patients, que d'augmenter le nombre de consultations par heure.

« Après là où je travaille, la secrétaire garde des plages d'urgence pour le jour même, et je trouve ça vraiment pratique. » E10

Néanmoins, ils ne semblent pas contre le déploiement d'assistants médicaux dans leur futur cabinet, mais à condition qu'ils n'empiètent pas trop sur leur travail, de peur de perdre le contact humain. Le vocabulaire utilisé par ses deux remplaçants révèle leur crainte quant à la « robotisation » de leur pratique.

« Et effectivement au niveau politique, ils se disent : il y a une forte demande et des déserts médicaux. Mais pour moi ça passe par le relationnel, ce n'est pas une solution. Je pourrai avoir quelqu'un qui peut m'aider, mais pas passer 5min/personne. Je veux bien qu'on me facilite le travail mais faut pas oublier qu'on travaille avec des humains, nous ne sommes pas dans une usine. Tu ne peux pas dire « je vais voir 6 patients/heure comme tu fais des capsules nescafé ». E2

« Je sais que j'ai une co-interne qui était très emballée par ce système là, mais pour moi c'est vraiment « robotiser » notre pratique, ce n'est pas ça pour moi la médecine générale. Après je comprends qu'on manque de médecins, mais je pense qu'il faut qu'on soit plus efficaces, et pas des robots à voir 6 patients/heure, en 10 minutes on ne peut pas créer une relation avec les patients, ça va dénaturer la profession de médecin généraliste. » E6

Pour eux, la mise en place de différents intervenants au cours d'une consultation peut également favoriser une perte d'informations sur le malade. Le découpage des différents temps de consultations ne semble pas approprié à leur démarche diagnostique.

« Et en plus on perdrait des informations. Puis si certains patients voient deux intervenants différents, ils risquent de ne pas donner les mêmes informations, certes elles nous seront transmises, mais pour moi c'est un risque de perte d'information. Je ne me vois pas exercer comme ça. » E6

« Et pour que quelqu'un nous aide à prendre une tension ou déshabiller un enfant, je trouve qu'au contraire ça prend plus de temps. Ce n'est pas la tension qui prend du temps, ce qui prend du temps, c'est de devoir écouter les gens, c'est de bien orienter, l'histoire de la maladie aussi. » E9

Ensuite, les remplaçants songent à une restructuration des soins, par l'aide des nouvelles technologies.

Certains, effectuant des remplacements dans des zones de déserts médicaux, ont expérimenté le système de téléconsultation en coordination avec le personnel infirmier. Son utilisation semble une réussite pour optimiser leur temps de travail à l'avenir.

« Par la téléconsultation, et c'est vraiment pratique. Ça nous fait gagner un temps dingue. » E4

« On a un réseau d'infirmières en MSP. Et ça nous permet de faire des téléconsultations, ça nous permet de voir les pieds diabétiques, les patients qu'on ne peut pas aller voir en visite qui habitent loin. Pour un renouvellement, on fait de la téléconsultation. Les pansements, les plaies aussi. Ça c'est top et c'est vraiment l'avenir. » E3

La mise en place du Dossier Médical Partagé (DMP) a également été abordée par les médecins remplaçants. Une initiative qui leur semble pertinente, mais qu'ils ont du mal à s'approprier dans leur pratique.

« Après je pense que c'est en train d'évoluer, par exemple avec le DMP qui est vraiment l'avenir, mais ça reste hyper contraignant à faire pour le moment, à remplir

c'est l'enfer. On le fait très rarement finalement. Alléger le DMP ça serait une bonne chose. » E4

« Après tous les certificats aussi, si on avait un système de dossier médical partagé avec vraiment toutes les données disponibles, ça serait bien mais ça a du mal à se mettre en place. » E6

Plusieurs ont parlé des messageries sécurisées pour faciliter les échanges avec leurs confrères. Surtout pour renforcer le lien ville-hôpital, qui semble encore très compliqué.

« Les liens ville-hôpital, c'est complètement inexistant de toute façon. On vit dans un monde où les avancées technologiques sont incroyables et en médecine, pour la communication en tout cas, ça rame un peu. » E6

« Peut-être que les spécialistes aient plus de messageries sécurisées, parce que le nombre de fois où l'on m'a demandé mon fax, sauf qu'on en a pas au cabinet, pour récupérer un compte rendu. On a Apicrypt®, on a des boîtes mail, mais à l'hôpital ils ne s'adaptent pas et c'est dur de communiquer. » E9

Enfin, avant de penser à la délégation des tâches ou l'aide des nouvelles technologies, les remplaçants ont exprimé la nécessité d'alléger les tâches administratives, de manière générale. Ils trouvent qu'ils ont de plus en plus de papiers à remplir dont l'utilité leur échappe parfois.

« Que la sécu simplifie les choses (rires). Par exemple, l'ALD pour les diabétiques, il est très probable que le diabète continue à évoluer et ne s'arrête pas. » E9

« Et par rapport aux papiers pour les patients, il faudrait déjà que les assurances demandent moins de papiers. » E10

« On peut difficilement déléguer là dessus ou alors il faudrait tout simplement simplifier pour qu'il y ait moins de papiers. Déjà moins de certificats, je ne suis pas sûr que tous les patients sont au courant qu'un certificat médical, c'est valable 3 ans. » E10

D/ Eduquer les patients

L'autre point essentiel soumis par les médecins remplaçants, pour optimiser leur temps de travail, est l'éducation des patients. En leur indiquant la conduite à tenir face aux pathologies et en leur précisant les signes d'alertes pour reconsulter, les remplaçants pensent pouvoir échapper à des consultations qu'ils jugent inutiles.

« C'est vraiment d'éduquer les patients. Que si leur nez coule depuis 24h et bah ce n'est pas grave. Que si leur enfant a de la température depuis 2H, ils n'ont pas besoin de consulter un médecin dans la journée même, parce qu'à l'examen on ne va pas voir grand chose. (...) Je pense que si on leur explique, qu'on arrive à les rassurer devant un souci, ça nous ferait gagner du temps. De ne pas avoir des consultations inutiles. » E10

Dans l'optique d'une médecine de groupe, ils ont également insisté sur l'importance d'adopter un discours médical similaire entre confrères, pour une meilleure adhésion des patients.

« Il y a aussi en éduquant les patients, en se coordonnant avec les autres médecins du cabinet pour qu'on ait tous le même discours. Sinon les gens ne comprennent pas après. Il faut expliquer aux gens. » E8

Face à la multiplicité des demandes des patients, ils estiment qu'il est nécessaire de les hiérarchiser, en commençant par le plus urgent. Les problèmes moins pressants peuvent attendre une prochaine consultation.

« Il faut savoir hiérarchiser en fait. Le problème c'est que l'on veut tout gérer, devant la pression des patients aussi, surtout quand on débute. On ne veut pas laisser du travail à des collègues ou ceux qu'on remplace. Traiter le plus urgent en premier, c'est essentiel. » E6

Quant à la limitation annoncée du nombre de demandes par consultation, cela semble illusoire pour l'une des remplaçantes.

« Bah par exemple, dans le cabinet où je remplace, ils ont mis une affiche dans la salle d'attente avec pas plus de 3 demandes par consultation. Bon...un papier, ça ne fait pas tout. Il faut éduquer les patients, faut leur expliquer parce qu'ils ne comprennent pas forcément, parce que pour eux aller chez le médecin, c'est tout régler en une consultation. » E10

Même si l'éducation des patients relève en priorité du médecin généraliste, ils ont également évoqué le besoin de soutien des politiques de santé en matière d'éducation, pour que les messages soient mieux entendus.

« Je pense que c'est changer la mentalité des patients, et que c'est de l'ordre des pouvoirs publics et de la sensibilisation des patients. » E3

Enfin, l'idée de dérembourser certains soins pour mieux responsabiliser le patient en tant qu'assuré social, semble être la solution pour plusieurs remplaçants.

« Peut-être qu'en faisant moins de soins gratuits, les gens réfléchiraient plus sur leur santé. Parce que par exemple quand ils paient en garde, ils font attention. En déremboursant plus de choses. Pareil, je pense aux gens valides qui demandent des prises de sang à domicile, ce n'est plus possible. Il faudrait un peu limiter les droits je pense, le « c'est gratuit, j'ai le droit » E3.

DISCUSSION

I/ POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE L'ETUDE

A/ Points forts

Le premier fait frappant au détour de notre travail a été, chez les médecins remplaçants, les remerciements et la satisfaction de parler de leur métier. Ils l'ont clairement exprimé à chaque fin d'entretien. Cela peut témoigner de l'intérêt et, en quelque sorte, de leur besoin d'apporter un regard réflexif sur leur activité actuelle et future.

De plus, le choix d'étudier une population précise, à savoir les médecins généralistes remplaçants qui sont au plus proche d'une future installation, est assez innovant.

B/ Points faibles

Un des points faibles était la place occupée par l'auteur en tant qu'intervieweur. Sa position de remplaçant, connue par les participants, a pu induire un certain type de réponse.

Les entretiens et l'analyse des données ont également été réalisés par la même personne, ce qui peut causer un biais de recueil.

Par ailleurs, les participants ont été sélectionnés de proche en proche afin de constituer une population hétérogène. Le chercheur a essayé d'obtenir une répartition équilibrée de son échantillon en respectant la mixité homme/femme. Cependant il y a une prédominance de femmes dans l'échantillon.

Enfin, nous rappelons que pour beaucoup de questions, il était demandé aux remplaçants de se projeter dans le futur et d'indiquer quelles seraient leurs attitudes ou leurs choix. Une des limites repose sur le caractère déclaratif et non vérifiable des informations répondues par les personnes interrogées. Cette étude met en évidence les volontés de ces médecins remplaçants à un moment donné.

II / PRINCIPAUX RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

A/ Une stabilité des missions du médecin généraliste

Les rôles du médecin généraliste décrits par les médecins remplaçants correspondent aux missions définies dans la définition européenne de la médecine générale (2). Toutefois, l'approche globale du patient qui semble en rapport avec la complexité de la discipline, apparaît comme un élément nouveau comparé à leur formation initiale.

Un groupe d'experts de médecins généralistes enseignants s'est intéressé à redéfinir la médecine générale de manière plus précise, afin de faciliter l'élaboration de parcours de développement de ces compétences au cours de la formation. À l'instar de la WONCA, l'étude réalisée a défini la médecine générale par un nombre relativement réduit de compétences ayant un caractère très global, intégratif et combinatoire. Ses implications sont nombreuses en termes de formation initiale, puisque les compétences pourraient structurer les cursus et la certification des futurs médecins généralistes (11).

B/ Des expériences de terrain perçues comme lourdes

1. Une charge de travail importante

L'anxiété relative à la gestion du temps de travail des médecins remplaçants semble s'expliquer par la charge de travail qu'impose leur métier.

Ce qui semble difficile pour eux, c'est gérer les différents séquençages d'une journée : la durée de consultation, les activités en dehors de la consultation, et les consultations imprévues. Le caractère imprévisible de leur activité rend difficilement quantifiable leur temps de travail. C'est le constat d'une étude sur le temps de travail des médecins généralistes réalisée en 2009, où le manque d'informations représentatives sur les modalités de l'organisation et le contenu précis des pratiques, permettent seulement de fournir des ordres de grandeur sur l'emploi du temps des praticiens (12).

De plus, dans notre étude, nous avons eu l'impression que la perception d'une surcharge de travail relevait aussi d'une insatisfaction dans le contenu de leur travail. Le volet administratif faisant partie intégrante de leur pratique, ils semblent ne pas l'accepter. Les tâches administratives paraissent d'autant plus chronophages devant le manque de formation et d'informations pour les remplir, laissant peu de temps consacré aux soins. Ce phénomène a été décrit dans une étude menée sur l'emploi du temps des médecins libéraux en 2010 dont il ressort que, de façon générale, la hiérarchie des temps de travail s'effectuait plutôt selon qu'ils sont consacrés à de la *vraie médecine* ou pas. Cette hiérarchie distingue d'abord ce qui est médical de ce qui ne l'est pas. À cette aune, l'ensemble des tâches administratives sont disqualifiées. (13). Pour les médecins remplaçants, la maîtrise de leur temps de travail dépend essentiellement des modes d'organisation de leur pratique et de leur capacité à « dire non » aux patients. Que ce soit face à la multiplicité des demandes des patients durant la consultation, ou face aux patients qui n'ont pas pris rendez-vous durant la journée, oser « dire non » semble essentiel pour réguler leur temps de travail, et par conséquent mieux préserver leur vie personnelle. Si les médecins remplaçants ont conscience de cet enjeu, ils semblent avoir du mal à l'appliquer dans leur pratique. Pourtant, dans un article publié dans la revue du praticien en 2007, « Oser dire non » avec sérénité est une protection contre l'exaspération, l'agressivité, voire l'épuisement professionnel. (14). Selon les auteurs, savoir « dire non » est indispensable pour se protéger, poser ses propres limites aux autres et éviter de se laisser envahir par des demandes abusives : c'est un droit. Le médecin qui sait « dire non », a compris qu'il était inutile de chercher à convaincre et à s'y épuiser, en revanche, il sait établir, dans une relation de respect avec son patient, un compromis, des règles et des limites pour lui-même et le malade (14). Une habileté sociale qui s'apprend sur le terrain, comme l'ont décrits les médecins remplaçants, dont le choix semble personnel et évolutif tout au long de leur parcours professionnel.

2. L'émergence du nouveau patient

Le paradoxe des « patients impatientes », employé par l'un des remplaçants révèle le terme inadapté du terme « patient », à l'heure actuelle. D'ailleurs, le code de déontologie médicale et le code de la santé, utilise actuellement le terme « usager de santé ». Une mutation lexicale qui accompagne l'évolution du statut du patient.

Selon un article publié dans la revue Sciences sociales et santé, l'émergence du patient « acteur de santé » a fait principalement suite aux affaires de santé publique dans les années quatre-vingts : l'affaire du sang contaminé et l'épidémie du VIH. Le patient y a revendiqué, en plus d'être objet de soin, d'être sujet de droit (15). L'encadrement légal marqué par la loi du 4 mars 2002, semble témoigner d'une nouvelle étape, en donnant plus d'autonomie au patient. En particulier l'accès direct au dossier médical par les patients et la recherche du consentement éclairé.

De plus, l'accès à l'information au grand public par l'intermédiaire des médias ou d'internet, en a fait des patients plus informés sur leur état de santé. Les médecins remplaçants nous ont parlé du changement du contenu des consultations, où il n'est pas rare de voir arriver un patient avec son diagnostic posé.

Comme l'a écrit SAMU Urgences de France dans son livre blanc de 2015 (16) : « La société a profondément évolué. Les patients sont aujourd'hui plus informés, plus avertis et, surtout, plus enclins à éviter tout ce qui peut représenter un risque pour leur santé. Cette disposition d'esprit engendre, naturellement, une demande de soins ou parfois seulement de conseil. ». Une disposition d'esprit qui engendre un consumérisme médical, dont les médecins remplaçants nous ont parlé.

Pour eux, cette conduite de consommation a été favorisée par l'introduction du tiers payant ayant pour effet l'émergence d'un ressenti de « gratuité » des soins pour le patient. L'académie nationale de médecine, dans ses réflexions et propositions de 2011 concernant la situation de la médecine générale en France, évoquait la tentation croissante de consumérisme médical chez les patients. Ils auraient tendance à recourir d'emblée à la médecine spécialisée technique et à réclamer des examens paracliniques non justifiés (17).

3. Des conséquences sur la relation médecin-malade

Face à cette nouvelle figure du patient, la relation médecin-malade en ressort bouleversé.

Les médecins remplaçants dénoncent l'impact du consumérisme médical sur leur relation avec les patients. Tendante vers une relation commerciale, elle fait émerger le médecin comme un prestataire de services. Une représentation du soin qui semble en décalage avec la leur, et par conséquent source d'agacement et de désarroi face aux

attentes des patients. Ce ressenti a également été retrouvé dans un travail de thèse sur le vécu des médecins généralistes du consumérisme médical en 2017. Il en ressort l'expression d'un abus de la part des patients, venant dans leur droit chercher un dû comme dans toute relation commerciale (18).

Par ailleurs, face à des patients mieux informés sur leurs pathologies, le savoir du médecin tend à perdre de sa valeur. Des sentiments de perte de pouvoir médical qui vont de pair avec les craintes et les ressentis négatifs de chacun : le manque de confiance en ses compétences, la peur de l'erreur médicale ou encore l'appréhension des plaintes. Dans un rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'évolution du métier du médecin, ces craintes sont décrites. Les auteurs ont parlé du risque inhérent de ces nouveaux comportements, pouvant aboutir à une certaine démotivation du médecin vis à vis du malade, avec une désaffectation et un désinvestissement, voire une réserve défensive (19).

Toutefois, des effets positifs ressortent de l'émergence de ces nouveaux patients.

D'abord, les médecins remplaçants ont décrit un exercice attractif et dynamisant devant des patients renseignés sur leurs pathologies.

Ensuite, en participant activement à leur santé, les patients semblent dans une relation plus horizontale avec les praticiens. Les médecins remplaçants ont souligné ces rapports plus étroits, marqués par la fin d'un modèle paternaliste, dont ils semblent tirer une satisfaction personnelle. Ce constat est corroboré par les résultats d'une étude écossaise explorant les principaux facteurs influençant la satisfaction des praticiens dans le cadre de leur consultation. Les rapports des médecins faisant état d'expériences satisfaisantes et insatisfaisantes au cours des consultations portaient principalement sur le développement et le maintien de relations, plutôt que sur les aspects techniques du diagnostic et du traitement (20).

4. Des difficultés dans le lien ville-hôpital

Le lien ville-hôpital semble encore complexe pour les médecins remplaçants, même « inexistant » pour l'une des remplaçantes. Ils nous ont surtout parlé de la dimension humaine inhérente à la relation entre les professionnels de santé. Il en ressort un manque de considération et de soutien de la part de leurs confrères. Ils l'expliquent

par la méconnaissance de la médecine générale des médecins spécialistes, dans un monde de plus en plus hospitalo-centré et technique.

Ces sentiments ont été retrouvés dans un travail de thèse explorant le ressenti des médecins généralistes face aux difficultés de communication dans la relation ville-hôpital en 2016. Il en résulte que les problèmes persistants, sont essentiellement d'ordre relationnel et comportemental, faisant réellement obstacle à l'amélioration de la communication ville-hôpital. La communication entre la ville et l'hôpital doit donc encore continuer à s'améliorer, en prenant peut être plus en compte la dimension humaine entre professionnels de santé sur le plan local, individuel, mais aussi à l'échelon institutionnel (21).

C/ Des nouveaux modes de pratique

1. La volonté du collectif

Tous les médecins remplaçants perçoivent une rupture avec l'ancienne génération de médecins. Ils ne s'identifient plus dans la pratique de leurs aînés. L'installation seul et isolé dans sa pratique semble un modèle révolu.

Les médecins remplaçants ont tous évoqué un désir d'exercice groupé. Ce qui rejoint l'étude sur l'installation des jeunes médecins réalisés par le CNOM en janvier 2019 où seulement 3% des jeunes médecins souhaitent s'installer seuls (22).

C'est la possibilité d'assurer une continuité des soins tout en conciliant leur vie privée et professionnelle, qu'ils recherchent dans le désir d'exercice regroupé. Ce constat concorde avec l'étude menée sur les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale réalisée en 2016 (23).

Les médecins remplaçants sont allés plus loin dans leur réflexion sur l'envie de travailler à plusieurs. Pour eux, le seul fait d'être installé dans les mêmes locaux ne suffit pas. Ils souhaitent créer un vrai échange avec leurs confrères, allant même jusqu'à aménager des temps dédiés pour réfléchir collectivement autour des patients. Nous relevons que les médecins remplaçants n'ont pas évoqué les groupes de pairs ou groupes Balint pouvant répondre à leurs attentes. Est-ce par méconnaissance de ces groupes de paroles ou veulent-ils créer des échanges plus spontanés entre collègues de la même structure ?

De plus, les médecins remplaçants ont évoqué la nécessité pour eux de travailler en réseau. Il semble vouloir s'orienter vers des pratiques coordonnées. Par crainte de se retrouver isolés, ils ont insisté sur la volonté de s'installer à proximité d'autres professionnels de santé et de services publics. Cette aspiration rejoint l'étude du CNOM sur l'installation des jeunes médecins réalisée en janvier 2019 où 87% des remplaçants interrogés souhaitent disposer d'un réseau de professionnels de santé et 57% de services publics sur leur territoire d'installation (22). Dans notre travail, plusieurs souhaitent s'installer sur des territoires ruraux, mais ils souhaitent avoir l'assurance d'intégrer un réseau et ne pas se sentir isolés, pour pouvoir concrétiser leur projet.

2. La polyvalence de la médecine générale

En travaillant à plusieurs, la plupart des remplaçants souhaitent s'aménager des plages d'activités variées en dehors de leur cabinet. Ils ont d'ailleurs justifié le choix de spécialité de la médecine générale par ses multiples possibilités de rebondir.

G. Bloy, dans une étude menée sur la trajectoire des jeunes diplômés en médecine générale en 2011, met en lumière la diversité des parcours des jeunes diplômés de médecine générale. Elle l'explique principalement par le troisième cycle en médecine générale qui fonctionne davantage comme une ouverture, ce qui fait de la médecine générale une polyvalence avant d'être une spécialité. Selon elle, la situation des jeunes diplômés de médecine générale est caractérisée par la conjonction de trois éléments particuliers : une forte capacité d'adaptation et d'acquisition de compétences supplémentaires, un marché du travail porteur qui leur offre de multiples opportunités et la détention d'un diplôme très crédible, de valeur stable (6). Dans cette optique, le désir d'exercer des pratiques diversifiées chez les médecins remplaçants semble important à prendre en compte dans l'organisation d'une politique d'offre de soins.

3. Une formation continue variée

En France, depuis une trentaine d'années, la Formation Continue s'est considérablement développée. Elle a évolué dans sa définition avec le passage de la Formation Médicale Continue à l'Évaluation des Pratiques Personnelles puis au Développement Professionnel Continu. Mais également dans sa forme avec de nouveaux modes de formation, suite principalement à l'émergence d'internet. Et enfin,

dans son financement, du fait du désengagement progressif de l'industrie pharmaceutique et de la volonté d'indépendance des médecins (25).

Elle est actuellement au cœur des discussions avec le concept de recertification, qui relèverait d'une certification et une valorisation périodique du parcours professionnel et des acquis tous les six ans (24).

Face à l'avancée majeure de la formation continue, les médecins remplaçants interrogés envisagent leurs formations de manière très diverse : collectives, personnelles, ou en étant maître de stage.

Certains ont particulièrement souligné un désir de formation par l'intermédiaire de rencontres avec leurs confrères, ainsi qu'avec les spécialistes de proximité. Pour eux, elles permettent d'aborder des sujets plus concrets, en cohérence avec leur quotidien. Cette constatation confirme la volonté des médecins remplaçants d'une envie de réflexion dans un environnement particulier et sur un territoire donné. On peut comprendre que la formation continue ne se limite pas à informer sur les dernières recommandations médicales, mais vise également à appréhender la complexité des pratiques de terrain.

Ces précisions sont corroborées par le travail de thèse de M. Geeraert sur l'évaluation des différents modes de formation et d'amélioration des pratiques professionnelles connus et utilisés par les médecins généralistes lorrains, où 64 % des médecins disent se former lors de discussion entre confrères, 71% par des associations locales. Quant à la formation universitaire, utilisée par 78,6% des médecins interrogés, la participation dépendait de l'éloignement entre le cabinet et la faculté : 92,3 % chez les médecins installés à moins de 30 minutes, contre 76,9 % chez les 30-50 minutes et 58,8 % chez les plus de 50 minutes (25).

L'aspiration des jeunes médecins quant à leur désir de se former avec les professionnels de santé des alentours, semble un point important à prendre en compte pour la concrétisation de la formation continue.

D/ Favoriser une médecine axée sur le patient

1. Des avancées dans la formation initiale

Les médecins remplaçants ont conscience de la complexité du métier de médecin généraliste, et déplorent de ne pas avoir été mieux formés à leur futur métier durant leur internat.

Ils regrettent de n'avoir réalisé qu'un stage de six mois dans un cabinet de médecine générale, et de ne pas avoir été préparés à la fonction administrative de leur profession.

Face aux problèmes de démographie médicale et afin de rendre plus attractive l'installation en médecine générale, l'organisation du troisième cycle des études médicales a fait l'objet d'une attention particulière de la part du gouvernement ces dernières années. L'internat a subi de récentes modifications depuis novembre 2017. Ces réformes semblent aller dans le sens des revendications des médecins remplaçants, en ajoutant 50% de stages ambulatoires dans la maquette du 3^e cycle, ainsi qu'un suivi plus individuel et encadré dans la formation pédagogique de l'interne (26). Actuellement, des maquettes de transition sont en application, principalement dues au manque de terrains de stage ambulatoire et d'enseignants en médecine générale.

Toutefois, l'augmentation du nombre de MSU semble en bonne voie. Au 01/01/2019, il y a maintenant 10736 MSU soit +13.7% en un an, avec notamment 9096 MSU de 3^e cycle soit +14.6% en 1 an (27). Cette augmentation du nombre de MSU semble impulser le passage prochain de trois à quatre années de l'internat. Pourtant, les remplaçants de notre étude n'ont pas l'air favorable au rallongement des études médicales, déjà perçues comme des études longues.

2. Une majoration globale du tarif de consultation

Ce que souhaitent les médecins remplaçants, c'est revaloriser le prix de la consultation. C'est vraiment le tarif à l'acte qu'ils trouvent dévalué pour l'investissement fourni, car ils paraissent par ailleurs satisfaits de leur niveau de vie. Leur niveau de revenu ne semble pas être leur principale préoccupation. Ce constat semble aller dans le sens d'une enquête réalisée auprès de 197 étudiants en médecine en 2016. Interrogés sur leurs principales sources de motivation quant à leur

avenir, une qualité de vie satisfaisante semble l'un des principaux motifs chez 70 % des étudiants alors que bénéficier d'un salaire élevé se retrouve chez seulement 37% des étudiants interrogés (28).

Malgré l'évolution du système de cotations de ces dernières années, incluant les spécificités des différents actes de la médecine générale, les médecins remplaçants interrogés de notre étude ne semblent pas les appliquer dans leur pratique. Ils ont principalement évoqué la méconnaissance du système de codage, devant sa complexité. Ces obstacles ont été retrouvés dans un travail de thèse réalisée en 2017 sur les freins à la cotation des actes en médecine générale où 80,3% des médecins interrogés dénonçaient la complexité du système de codage et 60,9% disaient méconnaître la plupart des cotations (29). Par contre, la nouvelle génération de médecins semblait mieux utiliser ce système de cotation, ce qui n'a pas été retrouvé dans notre étude. Les médecins remplaçants n'ont pas l'air de s'intéresser à ce sujet, et ne revendiquent pas une meilleure formation pour pallier leurs carences.

Ils ont plutôt évoqué une tendance vers une réévaluation globale du tarif de consultation, et une simplification du système de cotations. Dans cette optique, ils ne semblent pas favorables aux dépassements d'honoraires, qui pour eux, entraînent une médecine à deux vitesses, renforçant l'inégalité d'accès aux soins.

3. Restructurer l'offre de soins autour du patient

La nécessité de restructurer l'offre de soins semble une évidence pour les médecins remplaçants.

A l'heure actuelle, La Stratégie Nationale de Santé 2017-2022 (30) annoncée par le gouvernement s'intéresse à un nouveau partage des tâches au sein des équipes de soins, et au déploiement de la pratique avancée des praticiens de santé.

Les médecins remplaçants semblent prêts aux transferts de compétences comme la vaccination ou le renouvellement d'ordonnance aux infirmiers. Ce qui semble avoir évolué car, selon une étude menée en 2014 par la DRESS, 59% des médecins généralistes n'étaient pas du tout disposés à déléguer une à plusieurs tâches à l'infirmier libéral (31).

Quant au déploiement des assistants médicaux, ils semblent également favorables à une aide quotidienne dans leur pratique. A condition que l'exigence de rentabilité en voyant plus de patients/heure ne soit pas l'objectif de cette mise en place.

Ce qui les inquiète, c'est la fragilisation de la relation médecin-malade que peut engendrer ce système, en passant moins de temps avec les patients, et en séquençant les différents temps de la consultation. C'est pour cela que la coordination entre les différents intervenants, doit être au centre de ses nouvelles mesures à nos yeux. Se rassembler autour du patient plutôt que de manière isolée, semble être la bonne voie à prendre pour pallier aux inquiétudes des médecins remplaçants.

Ensuite, les médecins remplaçants semblent pour l'apport des nouvelles technologies dans leur pratique, afin d'optimiser leur temps de travail.

Ce qu'ils revendiquent surtout, c'est l'aide de l'e-santé pour favoriser la communication entre la ville et l'hôpital. Le rapport de la fédération hospitalière de France datant de 2018 (32), semble aller dans ce sens en posant concrètement l'obligation de la transmission des résultats médicaux aux médecins généralistes, et réciproquement. Un des enjeux de développement qui peine à se mettre en place depuis de nombreuses années selon les médecins remplaçants.

Enfin, avant de penser à la délégation des tâches et l'aide par les nouvelles technologies pour optimiser leur temps de travail, les médecins remplaçants ont tous évoqués un besoin de simplification des tâches administratives. Une revendication qui semble relever des pouvoirs publics, et qui paraît importante à prendre à compte devant l'impact de la charge administrative dans la pratique des jeunes médecins.

4. Soutenir le médecin généraliste dans l'éducation des patients

L'Ordre National des médecins rapportait que pour 89% des patients, le médecin reste la première source d'information en matière de santé devant internet (64%), les proches (64%) et le pharmacien (63%) (33). Conscients de l'impact de leurs discours, les médecins remplaçants pensent pouvoir avoir de l'influence sur l'évolution comportementale des patients. En leur expliquant la conduite à tenir face aux pathologies et les signes d'alerte pour reconsulter, ils pensent gagner du temps en s'exemptant de consultations évitables.

Même si l'éducation des patients relève en priorité du médecin généraliste, ils ont évoqué le besoin de soutien des politiques de santé en matière d'éducation, pour que les messages soient mieux entendus. L'académie nationale de médecine en 2011 a publié un rapport visant à améliorer la médecine générale en France. Parmi ses propositions, elle évoque alors la possibilité d'organiser vis-à-vis des patients, des campagnes d'information : « Il faudrait en effet rappeler que, malgré une activité hebdomadaire de cinquante heures ou davantage, le temps médical que les généralistes peuvent consacrer à leurs malades n'est pas extensible » (17).

5. Le salariat : une solution ?

Tous les remplaçants dans notre étude ont exprimé le désir d'exercer la médecine générale en exercice regroupé en libéral et/ou en exercice mixte. Une vraie aspiration à l'exercice libéral est retrouvée dans notre étude. Cela concorde avec les résultats du CNOM sur l'étude de l'installation des jeunes médecins réalisée en janvier 2019, où 72 % des jeunes médecins envisagent une activité libérale et/ou mixte contre seulement 19 % qui souhaitent le salariat (22).

Pourtant cela ne semble pas la tendance actuelle. Selon une étude récente de la DRESS, l'exercice libéral exclusif est en perte de vitesse, au profit du salariat et de l'exercice mixte. L'étude pronostique que la part de médecins libéraux exclusifs reculera fortement (de 47 % en 2016 à 38 % en 2040), tandis que les proportions de médecins mixtes et salariés augmenteront respectivement de 11 à 15 % et de 42 à 46 % au cours de la même période (34).

Dans notre travail, malgré leur attachement pour la médecine libérale de par sa liberté d'exercice et d'organisation, les médecins remplaçants ont tous évoqué la possibilité d'une activité salariale si les conditions d'exercice ne s'amélioraient pas dans les années à venir. Il serait donc intéressant de suivre le parcours professionnel des médecins remplaçants interrogés, afin d'observer s'il se dessine un décalage entre leurs aspirations et la réalité.

CONCLUSION

Ce travail a tenté de mettre en lumière la vision de la Médecine Générale par de jeunes médecins généralistes remplaçants âgés de moins de 35 ans, ayant au moins un an d'expérience dans un ou plusieurs cabinets de médecine générale.

Ils décrivent une discipline globale et complexe, où répondre aux attentes des patients semble être la base de leur éthique professionnelle.

Toutefois, ils mesurent la lourdeur de leurs tâches. La charge de travail qu'impose leur métier rend difficile la gestion de leur temps de travail. Elle apparaît d'autant plus importante face à l'omniprésence des tâches administratives dans leur pratique.

Même s'ils placent la médecine générale au centre du système de soins, les difficultés de communication avec le monde hospitalier rendent leur rôle de coordination parfois compliqué. La relation médecin-malade semble être à la fois la source principale de leur satisfaction professionnelle, et des difficultés perçues dans leurs pratiques.

S'ils semblent attachés à une vision générale et interpersonnelle de leur profession, ils souhaitent l'exercer selon d'autres modes de pratiques. Tous souhaitent s'installer en exercice regroupé, permettant de concilier des soins de qualité pour les patients et une qualité de vie satisfaisante. Ils semblent vouloir travailler en coordination, à proximité d'autres professionnels de santé, mais aussi de services publics pour ne pas se sentir isolés. En travaillant à plusieurs, ils veulent également s'aménager des plages d'activités diversifiées, laissant place à un exercice mixte. Ils projettent de se former tout au long de leur carrière, soulignant l'essor de diverses modalités de formation continue. Ils sont tout particulièrement à la recherche de rencontres inter-spécialités de proximité.

Par ailleurs, ils estiment que la médecine générale doit se réorganiser. Ils proposent un parcours moins hospitalo-centré et l'intégration d'un apprentissage de la gestion d'une activité libérale dès la formation initiale. Ceci semble aller dans le sens des propositions récentes de la réforme du 3^e cycle des études médicales.

Ils considèrent également qu'il faut revaloriser le prix de la consultation et simplifier le système de cotations pour éviter « la course à l'acte » dans leur pratique.

Pour optimiser leur temps de travail, ils sont prêts à déléguer des tâches, à condition d'une coordination efficace entre les professionnels de santé, pour éviter la fragilisation de la relation médecin-malade. Ils sont favorables à l'apport des nouvelles

technologies dans leur pratique, mais revendiquent surtout une simplification des tâches administratives.

Enfin, s'ils se sentent responsables de leurs patients, ils soulèvent l'importance du besoin de soutien des politiques de santé via des campagnes d'information en matière d'éducation.

Cette vision de la médecine générale dévoile une stabilité des missions du médecin généraliste de demain, avec de nouveaux modes de pratique, de nouvelles compétences, et de nouveaux outils pour fonctionner dans un nouveau concept de soins.

Dans ce contexte, il pourrait être intéressant de compléter ce travail par une étude auprès des patients sur leurs attentes concernant la médecine générale et sa place dans le système de santé de demain.

BIBLIOGRAPHIE

1. Grignon M. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, sous la direction de Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer. Revue française des affaires sociales. 2011;2-3:49-62
2. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Wonca Europe. 2002. 52 p.
3. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale?. IRDES : Questions d'économie de la Santé. Mars 2011;163. 6 p.
4. Bloy G. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. Revue française des affaires sociales. 2011; 2-3:9-28
5. Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. DREES : Etudes et résultats. 2010;720. 8 p.
6. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi qualitatif d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). Paris : DREES : série Études et Recherches; février 2011;104.144 p.
7. E. Galam. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives [En ligne]. Paris : URLM IDF; juin 2007. 59 p. Disponible : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
8. Dory V, Pouchain D. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. Exercer. 2009;85:4-7

9. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Grenoble. FRA. Etude des mutations de la médecine générale : Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes [En ligne]. Grenoble : URML Rhône-Alpes; février 2005. 84p. Disponible: <http://www.urps-med-aura.fr/medias/content/files/publications/mutationsmedgene1199268760529-1439994373.pdf>
10. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Rennes, France : EHESP; 2010. 22 p.
11. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarosian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;108:148-55
14. Galam E. Oser dire « non » avec sérénité. La revue du praticien Médecine Générale. 20 novembre 2007;788-789(21):1079-80
15. Pierron JP. Une nouvelle figure du patient? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sciences sociales et santé. 2007;25(2):43-66
16. Samu Urgences de France. Paris. FRA. Livre blanc : Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. Les propositions de SAMU urgences de France. Paris : Samu Urgences de France ; 2015. 48 p.
17. Ambroise-Thomas P. La situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine;2011;195(4-5):1133-42
18. Mougeole C. Consumérisme médical : la parole est aux médecins généralistes. [Thèse d'exercice] Lyon, France : Université Claude Bernard; 2017
19. Bouquier J-J. Evolution du métier de médecin. Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins ; 23 juin 2001. 22 p

20. Buetow S, Jutel A, Hoare K. Shrinking social space in the doctor-modern patient relationship: a review of forces for, and implications of, homologisation. Patient Education Council. Janvier 2009;74(1):97-103
21. Lemaire L. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication [Thèse d'exercice] Paris, France : Université Paris Descartes; 2016
22. Conseil National de l'Ordre des médecins. Paris. FRA. Installation des jeunes médecins. Paris : CNOM; 2019. 27 p.
23. Anselm M, Mielcarek M, Imbert F. Les attentes professionnelles et devenir des internes de médecine générale : enquête auprès des internes en médecine générale. Strasbourg : ORS Alsace; 2016. 46 p
24. Uzan S. Mission de recertification des médecins : Exercer une médecine de qualité grâce à des connaissances et des compétences entretenues. Comité de Pilotage de la Recertification des médecins; novembre 2018. 69 p. Disponible: https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_recertification_05112018.pdf
25. Geeraert M. Evaluation des différents modes de formation et d'amélioration des pratiques professionnelles connus et utilisés par les médecins généralistes lorrains. [Thèse d'exercice] Nancy, France : Université de Lorraine; 2017
26. ISNAR-IMG. Lyon. FRA. La réforme du troisième cycle des études médicales en trois minutes. Lyon : ISNAR-IMG; juillet 2018. 16 p. Disponible: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/180720-R3C-en-3-min.pdf>
27. Collège National des Généralistes Enseignants. Communiqué de presse. [En ligne]. 2019 [cité le 23 avril 2019] Disponible: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_laugmentation_du_nombre_de_msu_va_permettre/

28. Randstad. Enquête Appel Medical Search sur les motivations des étudiants en médecine : Les étudiants en médecine placent la qualité de vie au cœur des préoccupations pour leur avenir. [En ligne]. 2017 [cité le 16 février 2017]
Disponible: <https://www.grouperandstad.fr/wp-content/uploads/2017/02/cp-appel-medical-search.pdf>
29. Poissonnet C. Freins à la cotation des actes en médecine générale : étude qualitative auprès de 1201 médecins généralistes des pays de la Loire. [Thèse d'exercice] Nantes, France : Université de Nantes; 2017
30. Ministère des Solidarités et de la Santé. Paris. FRA. Stratégie Nationale de Santé. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2017. 103 p. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
31. Massin S, Paraponaris A, Bernhard M, Verger P, Cavillon M, Mikol F, et al. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. DREES : Études et résultats; février 2014; 873. 8 p.
32. Fédération Hospitalière de France. Paris. FRA. Renforcer le lien Ville-Hôpital. FHF : Paris ; 2018. 36 p.
33. Conseil National de l'Ordre des médecins. Paris. FRA. Livre blanc : Déontologie Médicale sur le Web. Paris : CNOM ; décembre 2011. 46 p.
34. Bachelet M. Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DREES : Etudes et résultats. Mai 2017;1011. 6 p.

ANNEXE

Guide d'entretien :

1/ Pour toi, à l'heure actuelle, qu'est-ce qu'être médecin généraliste ?

Relance : Quand as tu l'impression de jouer ton rôle de médecin généraliste ?

2/ Par rapport à la vision que tu avais du métier, qu'est-ce que tu as découvert depuis que tu remplaces ?

Relance : sur quels points ?

3/ Qu'est ce que tu trouves difficile dans ce métier ?

Relance : en consultation ? De manière générale dans le métier de médecin généraliste ?

4/ Et vis à vis de tes confrères spécialistes, quelle relation as-tu avec eux ? Et avec les paramédicaux ?

Relance : comment te sens-tu considéré(e) ?

5/ Et avec les patients ?

Relance : que penses-tu qu'ils attendent de toi en tant que médecin généraliste ?

6/ Concernant tes attentes professionnelles, quel serait ton schéma idéal de pratique ?

Relance : dans quelles conditions ?

7/ Quelle place souhaiterais-tu accorder à ta formation continue ?

Relance : comment l'envisages-tu ?

8/ Concernant les difficultés que tu as évoquées précédemment, comment faire pour dédramatiser la situation ?

Relance : comment faire face à ces difficultés ?

9/ Enfin, quelles actions concrètes pourrait-on imaginer ?

Relance : qu'est ce qui pourrait être changé et/ou créé ?

AUTEUR : Nom : CORIOU

Prénom : Marie

Date de Soutenance : 25 Septembre 2019

Titre de la Thèse : La Médecine Générale vue par les médecins généralistes remplaçants : regards sur les enjeux d'une discipline.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Médecin remplaçant, exercice de la médecine générale, attentes professionnelles, évolution du métier de médecin généraliste

Résumé :

Contexte : Malgré l'évolution de la place et de la reconnaissance de la médecine générale ces dernières années, la profession est souvent décrite en crise. De plus en plus de jeunes médecins généralistes s'orientent vers d'autres spécialités, ou quittent complètement la profession. Les conditions de travail sont décrites comme de plus en plus lourdes par les médecins généralistes. L'objectif de ce travail est d'analyser le regard des médecins remplaçants sur la Médecine Générale afin de mieux appréhender les enjeux de la discipline.

Méthodes : Etude qualitative utilisant une approche par théorie ancrée. Dix entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés auprès de médecins remplaçants âgés de moins de 35 ans. Ils ont été guidés par un guide d'entretien et les données ont été codées manuellement.

Résultats : Les médecins remplaçants décrivent une discipline globale et complexe, où répondre aux attentes des patients semble être la base de leur éthique professionnelle. Toutefois, ils mesurent la lourdeur de ces tâches dans leur pratique et souhaitent s'organiser dans de nouvelles pratiques en travaillant à plusieurs. Ils voient dans l'exercice regroupé et coordonné, la possibilité de concilier des soins de qualité pour les patients et une qualité de vie satisfaisante. Ils souhaitent également se libérer du temps pour des pratiques diverses et se former tout au long de leur carrière. Par ailleurs, ils estiment que la médecine générale doit se réorganiser. Ils proposent un parcours moins hospitalo-centré et l'intégration d'un apprentissage de la gestion d'une activité libérale dès la formation initiale. Ils considèrent également qu'il faut revaloriser le prix de la consultation et simplifier le système de cotations. Ils sont prêts à déléguer des tâches, à condition d'une coordination efficace entre les professionnels de santé, pour éviter la fragilisation de la relation médecin-malade. Ils sont favorables à l'apport des nouvelles technologies dans leur pratique, mais revendiquent surtout une simplification des tâches administratives. Enfin, s'ils se sentent responsables de leurs patients, ils soulèvent l'importance du besoin de soutien des politiques de santé en matière d'éducation.

Conclusion : Cette vision de la médecine générale dévoile une stabilité des missions du médecin généraliste de demain, avec de nouveaux modes de pratique, de nouvelles compétences, et de nouveaux outils pour fonctionner dans un nouveau concept de soins.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Assesseurs : Madame Le Professeur Sophie Quinton-Fantoni, Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur François Loez