

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

N° 2019-109

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Médecine Générale

Par

Noémie ROUXEL

Née le 30 janvier 1990 à Rennes

Présentée et soutenue publiquement le 16 juillet 2019

**Quelles solutions préfèrent les remplaçants en médecine générale
pour pallier les difficultés de remplacement, parmi celles envisagées
par les médecins installés ?**

Président du jury : Monsieur le Professeur Rémy Senand

Directrice de thèse : Madame le Docteur Aline Van Cleef

Membres du jury : Monsieur le Professeur François-Xavier Blanc

Monsieur le Professeur Jean-Noël Trochu

Avertissements :

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

Remerciements

À Monsieur le Professeur Rémy Senand,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider mon jury, veuillez trouver ma plus sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur François-Xavier Blanc,

Veuillez trouver mes remerciements les plus respectueux d'avoir accepté de faire partie de mon jury avec spontanéité.

À Monsieur le Professeur Jean-Noël Trochu,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de mon jury.

Veuillez trouver l'expression de ma sincère gratitude.

À Madame le Docteur Aline Van Cleef,

Ma directrice de thèse. Un grand merci pour ta patience et ton implication.

Aux Docteurs Rangde, Paboeuf, Ganry, Drouin et Landrin qui m'ont beaucoup appris durant les stages de médecine générale.

Aux Médecins remplaçants qui m'ont accordé leur temps pour remplir mon questionnaire.

À mes parents, pour votre éternelle patience durant toutes ces longues années d'étude.

À Manuella, Jennifer, mes sœurs, Emeric, Méwen et Maina pour avoir ensoleillé mes dimanches au cours de ces années.

À Mamie, pour ta bonne humeur et tes « mentilleries ».

À Monique et Marcel, mes beaux-parents, pour votre accueil chaleureux et votre gentillesse.

À Julie, ma belle-sœur, pour avoir fait des heures supplémentaires en corrigeant ma thèse.

À David, mon conjoint. Tu as toujours été disponible pour m'écouter, me soutenir dans les moments de doutes et de stress. C'est un vrai bonheur de vivre à tes côtés avec autant d'optimisme et de légèreté.

À notre futur bébé, qui est encore dans mon ventre au moment où je rédige ma thèse et dont je ne dévoilerai ni le sexe ni le prénom. Raté Julie ! Tu m'as fait connaître le quotidien des patients avec les nausées, les vomissements, les lombo-sciatiques, les reflux gastro-œsophagiens, les douleurs ligamentaires et j'en passe. Il me tarde de voir ta petite bouille.

Table des matières

1 Introduction	8
2 Matériel et Méthode	12
2.1 Type d'étude	12
2.2 Diffusion du questionnaire	12
2.3 Population étudiée	12
2.4 Questionnaire	13
2.5 Analyse	13
3 Résultats	14
3.1 Population étudiée	14
3.2 Rythme de travail	15
3.3 Planning de travail	16
3.4 Avantages financiers	17
3.5 Logiciel	19
3.6 Équipement du cabinet	20
3.7 Fonctionnement du cabinet.....	22
3.8 Relation avec le médecin remplacé	24
3.9 Recherche de remplacements	25
3.10 Solutions coercitives	27
3.11 Choix parmi les items	28
4 Discussion.....	31
5 Conclusion.....	39
6 Bibliographie.....	40
7 Annexes	43
7.1 Annexe 1 : Questionnaire	43
7.2 Annexe 2 : Causes d'exclusion de questionnaires	55
7.3 Annexe 3 : Profil	56

Liste des tableaux

Tableau 1 : Score attribué aux solutions concernant le rythme de travail.

Tableau 2 : Score attribué aux solutions concernant le planning de travail.

Tableau 3 : Score attribué aux solutions concernant les avantages financiers.

Tableau 4 : Score attribué aux solutions concernant le logiciel.

Tableau 5 : Score attribué aux solutions concernant l'équipement du cabinet.

Tableau 6 : Score attribué aux solutions concernant le fonctionnement du cabinet.

Tableau 7 : Score attribué aux solutions concernant la relation avec le médecin remplacé.

Tableau 8 : Score attribué aux solutions concernant la recherche de remplacements.

Tableau 9 : Score attribué aux solutions concernant les mesures coercitives.

Tableau 10 : Score attribué aux solutions concernant tous les items.

Liste des abréviations

MR	Médecin remplaçant
MI	Médecin installé
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
REAGJIR	Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants
CMSF	Confédération des Syndicats Médicaux Français
MG France	Fédération Française des Médecins Généralistes

1. Introduction

Selon l'Atlas de la démographie médicale (1), au 1er janvier 2017, il y avait 12 011 médecins remplaçants (MR) dont 66.8% exerçaient la médecine générale. À ces MR inscrits à l'Ordre des Médecins, il faut ajouter les remplaçants non thésés. Les MR en médecine générale étaient âgés en moyenne de 41.5 ans et 62% étaient des femmes. Sur les dix dernières années, les effectifs des MR ont augmenté de 24,6%. Selon les projections de l'Ordre des Médecins, il est prévu qu'en 2025, il y ait 14 300 MR.

Le tableau de l'Ordre des Médecins comptait 88 137 médecins généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2017 ; soit une diminution de 9,1% des effectifs depuis 2007. La tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 79 262 médecins généralistes en activité régulière.

Malgré une augmentation du nombre de MR, les médecins installés (MI) ont tout de même des difficultés à trouver un remplaçant. Selon S.Boudjabi Fadli, 64% des MI interrogés en Picardie ne trouvent pas systématiquement un MR et en moyenne, leur cabinet est fermé 23 jours par an faute d'avoir trouvé un MR (27). Selon V. Carlier, parmi 109 MI du Nord et Pas-de-Calais n'ayant pas trouvé de MR, 27% annulaient leurs périodes d'absence, 54% fermaient leur cabinet et orientaient leurs patients vers un confrère (29).

Selon l'article L6315-1 du code de santé publique (9), les MI ont pour devoir de permettre une continuité des soins en leur absence (congrés, formations, arrêts maladie, activités professionnelles variées). Selon une étude REMPLACT de 2009, un MR assure la continuité des soins de 7 MI (10).

Il existe plusieurs types de MR :

- Les médecins titulaires d'une thèse, donc inscrits au tableau du conseil de l'Ordre des Médecins du département de leur résidence.
- Les étudiants en troisième cycle des études médicales titulaires d'une licence de remplacement, valable un an. Ils ont déjà effectué 3 semestres d'internat dont un chez un médecin généraliste. Certains ont fini leur cursus, mais sont en attente de soutenir leur thèse.
- Les médecins ayant pris leur retraite, voulant effectuer des remplacements, considérés comme des "médecins retraités actifs".

Si l'activité de remplacement est souvent considérée comme une période transitoire, elle peut également être un mode d'exercice à part entière : 20% des MR interrogés par G. Levasseur s'imaginent bien remplacer pendant une durée indéterminée (13). 10% des MR interrogés par E. Coppolani (11) et 16% de ceux interrogés par G. Szwarc (24) ne souhaitent jamais s'installer. 90% des MR interrogés par E. Coppolani (11) sont satisfaits de leur qualité de vie personnelle et professionnelle.

L'activité de remplacement offre de nombreux avantages comme une liberté du temps de travail, un temps de formation complémentaire, se faire une idée du métier, avoir un temps de stabilisation familiale. Cela permet également de se rendre compte de la diversité des prises en charge tant au niveau des patientèles que des terrains d'exercice avec l'organisation du territoire local (13, 20, 21, 25, 26).

Les éléments négatifs rapportés sont le manque d'informations dans les dossiers, la précarité du mode d'exercice, l'adaptabilité aux habitudes (horaires, visites à domicile) du MI, le manque de suivi des patients notamment pour les maladies chroniques (15, 19, 20, 21, 25).

Selon A. Husson (14), il existe 2 genres de MR : Le « nomade plus ou moins intermittent » qui est le profil majoritaire (65%), à prédominance masculine. L'absence de remplacement dans un cabinet fixe est le caractère spécifique de ce profil avec un temps de travail variable. Le deuxième type est le « sédentaire intermittent » qui exerce dans un seul ou plusieurs cabinet(s) fixe(s) avec une prédominance féminine. Ces remplacements réguliers permettent une meilleure connaissance du cabinet et des patients avec qui l'on peut créer une relation de confiance ainsi qu'une certaine stabilité financière (18).

Les critères de choix d'un remplacement par les MR sont multiples :

- La présence d'un secrétariat et d'un logiciel informatique (18, 24, 25).
- Le fait qu'il s'agisse d'un cabinet de groupe (18, 23, 24) ce qui paraît plus sécurisant, suivi par les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP). Remplacer dans un cabinet seul est très peu souhaité.
- La proximité du domicile : la plupart des MR préfèrent que la durée de trajet soit inférieure à 30 minutes, et si celle-ci est supérieure à 1 heure qu'un logement situé près du cabinet puisse être proposé (18, 25).

- Un bon contact avec le médecin remplacé : qualités relationnelles, transmissions des informations concernant l'organisation (clés, codes CPS, d'alarme, d'EHPAD...) et les patients, retours sur les prises en charge, tenue des dossiers (15, 25).
- Le milieu d'exercice : le semi-rural étant le plus souhaité avec une activité plus diversifiée, un cadre de vie agréable, un type de patientèle recherché (18, 22, 23, 25).
- Le rythme de travail avec 25 consultations par jour, un maximum de 3 visites par jour (18, 24).
- Des consultations sur rendez-vous (25).
- Selon N. Gallet (15), les MR ont tendance à exercer chez un MI qui leur ressemblent ou qu'ils considèrent comme un modèle, qui pourra leur apprendre des choses. En effet, 2/3 des MR estiment leurs connaissances insuffisantes au terme de leur internat d'après J. Deschaume (16) portant essentiellement sur le manque de formation spécifique à la médecine générale (traitement symptomatique, petites pathologies), la gestion d'un cabinet et la relation médecin-malade.

Les remplacements se mettent en place par le biais d'annonces sur les sites internet des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) ou sur des sites internet dédiés (voire des réseaux sociaux), par les confrères, le bouche à oreille, un ancien étudiant stagiaire selon T. Fabregat Sevil (22). Plus de la moitié des MR interrogés par E. Le Tacon (25) sont contactés par les MI pour des demandes de remplacement.

Des MI champardennais ont été interrogés dans une thèse qualitative sur les moyens qui leur semblaient nécessaires à mettre en œuvre pour trouver plus facilement des MR. La création d'un site internet unique de remplacement et la mise à jour d'une liste des remplacements sur le site internet du CDOM arrivaient en tête (31).

Certaines solutions ont été mises en place par les MI comme l'augmentation du pourcentage de rétrocession, la flexibilité des horaires, la mise en place exceptionnelle d'un secrétariat, l'assurance d'un nombre minimum de consultations par jour. Les MI ayant proposé ces solutions sont significativement surreprésentés dans le groupe « avec difficulté » à trouver des MR dans le Nord et le Pas-de-Calais (27).

Notre hypothèse est que les propositions faites par les MI qui rencontrent des difficultés pour trouver des MR ne semblent pas forcément correspondre aux attentes des MR.

L'objectif était d'évaluer les préférences selon les MR des propositions faites par les MI pour pallier les difficultés de remplacement.

2. Matériel et Méthode

2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale basée sur un questionnaire rédigé à partir des résultats obtenus dans les thèses de V. Carlier (29) et C. Richard (31) qui ont interrogés les MI sur les solutions pour pallier les difficultés de remplacement. Notre étude a été faite en utilisant un questionnaire sous forme électronique Google Form[®].

2.2. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé du 22/01/2019 au 19/02/2019 avec une relance le 02/02/2019.

Le lien du questionnaire a été publié sur les groupes Facebook[®] de remplacement en médecine générale en Pays de la Loire, Indre et Loire, dans la Manche, le Calvados, le Finistère, le Morbihan, les Côtes d'Armor, à Paris/ Île-de-France, Lyon/ Rhône Alpes, Loire/ Haute-Loire.

Un mail demandant la diffusion du questionnaire avec le lien de celui-ci a été envoyé à tous les CDOM français. Ceux qui l'ont transmis aux MR directement par mail sont : l'Hérault, l'Indre, la Meuse, les Vosges, l'Aude, la Corrèze et les Côtes d'Armor. Le Vaucluse a diffusé à des correspondants susceptibles d'avoir les adresses mail des MR. D'autres départements comme l'Allier, les Bouches du Rhône, la Charente-Maritime, le Loiret, les Pyrénées-Atlantiques l'ont mis en ligne sur leur site internet. La plupart des CDOM n'ont pas répondu à notre demande et certains y ont répondu négativement expliquant qu'ils n'avaient pas le droit de diffuser des mails sans avoir obtenu l'accord des médecins concernés faisant référence à la Loi Informatique et libertés.

2.3. Population étudiée

La population étudiée concernait les MR en médecine générale en libéral uniquement et ayant fini leur internat, qu'ils soient thésés ou non.

Les internes effectuant des remplacements et les médecins n'ayant pas encore débuté les remplacements ont été exclus pour que les répondants aient idéalement pu remplacer plusieurs médecins, dans des cabinets et/ou MSP différents.

2.4. Questionnaire

Le questionnaire était anonyme.

Il était divisé en deux parties (Annexe 1) :

- La première concernant le profil du MR interrogeait sur le sexe, l'âge, la région d'exercice, la longévité de l'exercice du remplacement et l'obtention de la thèse.
- Les questions suivantes portaient sur le rythme et le planning de travail, les avantages financiers, le logiciel, l'équipement et le fonctionnement du cabinet, la relation avec médecin remplacé, la recherche de remplacements et les solutions coercitives.

Les répondants devaient hiérarchiser les solutions proposées pour chaque item.

À la fin de chaque item, nous avons proposé « pas de solution », considérée comme une réponse neutre. Nous avons postulé que les propositions hiérarchisées avant la réponse « pas de solution » étaient pertinentes du point de vue des MR. A l'opposé, les solutions classées après celle-ci étaient jugées inintéressantes selon les MR. La proposition « pas de solution » avait pour objectif de dissocier ce que les MR préféraient de ce qu'ils aimaient moins.

2.5. Analyse

Pour analyser les résultats et établir la hiérarchie, nous avons imaginé un système de notation des réponses permettant une pondération selon l'ordre de préférence choisi.

Prenons l'exemple d'un item ayant 4 solutions. Le système de notation était le suivant :

Les répondants devaient hiérarchiser les solutions en indiquant 1, 2, 3, 4 selon leurs préférences, 1 étant leur solution préférée et 4 celle qu'ils aimaient le moins.

Nous avons ensuite attribué 1 point au dernier rang, 2 points à l'avant-dernier rang et ainsi de suite. Pour chaque solution proposée, nous avons multiplié l'effectif obtenu par le nombre de points attribué au rang donné. La somme des points des rangs 1 à 4 correspondait au score final pour une solution proposée.

3. Résultats

Nous avons obtenu 345 réponses. Il y avait 224 questionnaires exploitables. 139 d'entre eux ont été recueillis suite à la première diffusion du questionnaire et 85 après la relance du 02/02/2019.

121 questionnaires ont été exclus, les causes étant reportées en Annexe 2.

3.1. Population étudiée

Parmi les 224 personnes interrogées, 184 étaient des femmes soit 82,1 % et 40 étaient des hommes soit 17,9 %.

L'âge moyen était de 29.5 ans avec un écart type de 2.36. Le plus jeune MR avait 26 ans et le plus âgé avait 42 ans.

Les régions ayant le plus répondu au questionnaire étaient par ordre décroissant : la Bretagne (58 réponses), Les Pays de la Loire (48 réponses), Auvergne Rhône Alpes (33 réponses) et l'Occitanie (27 réponses).

Le répondant ayant débuté les remplacements depuis le moins longtemps exerçait depuis 15 jours et celui qui le faisait depuis le plus longtemps exerçait depuis 13 ans.

La moyenne de durée de remplacement était de 22.6 mois avec un écart type de 20.7.

127 MR avaient obtenu leur thèse (56.7 %) et 97 ne l'avaient pas encore soutenue (43.3 %).

3.2. Rythme de travail

Tableau 1 : Score attribué aux solutions concernant le rythme de travail.

Flexibilité de l'emploi du temps			
Rang	Effectif	Points	Score
1	150	4	600
2	44	3	132
3	28	2	56
4	2	1	2
SCORE FINAL			790

Limitation du nombre de visites			
Rang	Effectif	Points	Score
1	25	4	100
2	93	3	279
3	95	2	190
4	11	1	11
SCORE FINAL			580

Assurance d'un nombre minimum de consultations			
Rang	Effectif	Points	Score
1	45	4	180
2	82	3	246
3	91	2	182
4	6	1	6
SCORE FINAL			614

Pas de solution			
Rang	Effectif	Points	Score
1	4	4	16
2	5	3	15
3	10	2	20
4	205	1	205
SCORE FINAL			256

La solution la plus appréciée était la flexibilité de l'emploi du temps. 67% des personnes interrogées la plaçaient au premier rang.

L'assurance d'un nombre minimum de consultations obtenait ensuite un meilleur score final. 20% des répondants classaient cette proposition en première position.

La limitation du nombre de visites se plaçait en troisième position.

« Pas de solution » arrivait en dernier et 92% des répondants la classaient en dernier rang.

3.3. Planning de travail

Tableau 2 : Score attribué aux solutions concernant le planning de travail.

Planning prévisionnel à l'année			
Rang	Effectif	Points	Score
1	51	4	204
2	63	3	189
3	89	2	178
4	21	1	21
SCORE FINAL			592

Adaptabilité des demandes des MI aux plannings des MR			
Rang	Effectif	Points	Score
1	54	4	216
2	78	3	234
3	77	2	154
4	15	1	15
SCORE FINAL			619

Remplacement hors vacances scolaires			
Rang	Effectif	Points	Score
1	109	4	436
2	73	3	219
3	40	2	80
4	2	1	2
SCORE FINAL			737

Pas de solution			
Rang	Effectif	Points	Score
1	10	4	40
2	9	3	27
3	19	2	38
4	186	1	186
SCORE FINAL			291

Proposer des remplacements hors vacances scolaires était la solution préférée des MR. 49% des MR désignaient cette solution en premier rang.

L'adaptabilité des demandes des MI aux plannings des MR occupait la seconde place.

Le planning prévisionnel à l'année était en troisième position.

En dernière position, il y avait « pas de solution ». 83% des personnes interrogées plaçaient cette proposition en dernier rang.

3.4. Avantages financiers

Tableau 3 : Score attribué aux solutions concernant les avantages financiers.

Augmentation de la rétrocession			
Rang	Effectif	Points	Score
1	148	6	888
2	27	5	135
3	19	4	76
4	15	3	45
5	9	2	18
6	6	1	6
SCORE FINAL			1168

Indemnités pour les repas			
Rang	Effectif	Points	Score
1	1	6	6
2	12	5	60
3	33	4	132
4	64	3	192
5	93	2	186
6	21	1	21
SCORE FINAL			597

Indemnités kilométriques			
Rang	Effectif	Points	Score
1	10	6	60
2	49	5	245
3	78	4	312
4	59	3	177
5	25	2	50
6	3	1	3
SCORE FINAL			847

ROSP pour les MR			
Rang	Effectif	Points	Score
1	30	6	180
2	49	5	245
3	31	4	124
4	39	3	117
5	57	2	114
6	18	1	18
SCORE FINAL			798

Prime de remplacement en zone déficitaire			
Rang	Effectif	Points	Score
1	31	6	186
2	84	5	420
3	58	4	232
4	36	3	108
5	14	2	28
6	1	1	1
SCORE FINAL			975

Pas de solution			
Rang	Effectif	Points	Score
1	4	6	24
2	3	5	15
3	5	4	20
4	11	3	33
5	26	2	52
6	175	1	175
SCORE FINAL			319

L'augmentation de la rétrocession était placée en première position. 66% des MR lui attribuaient la première position.

La prime de remplacement en zone déficitaire occupait la seconde position.

En troisième position, il y avait les indemnités kilométriques.

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) pour les MR arrivait en quatrième position.

Les indemnités pour les repas étaient en cinquième position. Cette solution remportait le plus de voix en quatrième et cinquième rang avec respectivement 64 et 93 répondants et 9% la classaient en dernier.

« Pas de solution » était en dernière position. 78% des répondants la plaçaient en dernier rang.

3.5. Logiciel

Tableau 4 : Score attribué aux solutions concernant le logiciel.

Logiciel unique			
Rang	Effectif	Points	Score
1	73	4	292
2	56	3	168
3	65	2	130
4	30	1	30
SCORE FINAL			620

Formation des MR aux logiciels			
Rang	Effectif	Points	Score
1	68	4	272
2	49	3	147
3	90	2	180
4	17	1	17
SCORE FINAL			616

Limitation du nombre de logiciels			
Rang	Effectif	Points	Score
1	75	4	300
2	105	3	315
3	40	2	80
4	4	1	4
SCORE FINAL			699

Pas de solution			
Rang	Effectif	Points	Score
1	8	4	32
2	14	3	42
3	29	2	58
4	173	1	173
SCORE FINAL			305

La limitation du nombre de logiciels arrivait en tête. C'était cette solution qui obtenait le plus de voix pour le premier et deuxième rang avec respectivement 75 et 105 personnes.

Cette solution était suivie par le logiciel unique pour tous les cabinets et MSP.

La formation des MR aux logiciels était en troisième position.

Les scores finaux pour ces trois premières propositions étaient proches les uns des autres.

En dernière position, il y avait la proposition « pas de solution ». 77% des répondants la plaçaient en dernier rang.

3.6. Équipement du cabinet

Tableau 5 : Score attribué aux solutions concernant l'équipement du cabinet.

Informatisation			
Rang	Effectif	Points	Score
1	154	5	770
2	51	4	204
3	16	3	48
4	3	2	6
5	0	1	0
SCORE FINAL			1028

Secrétariat			
Rang	Effectif	Points	Score
1	50	5	250
2	141	4	564
3	30	3	90
4	3	2	6
5	0	1	0
SCORE FINAL			910

Logement à proximité			
Rang	Effectif	Points	Score
1	5	5	25
2	3	4	12
3	25	3	75
4	161	2	322
5	30	1	30
SCORE FINAL			464

Pas de solution			
Rang	Effectif	Points	Score
1	0	5	0
2	0	4	0
3	0	3	0
4	30	2	60
5	194	1	194
SCORE FINAL			254

Cabinet agréable			
Rang	Effectif	Points	Score
1	15	5	75
2	29	4	116
3	153	3	459
4	27	2	54
5	0	1	0
SCORE FINAL			704

L'informatisation était classée en première position. 69% des répondants lui attribuaient le premier rang.

Le secrétariat arrivait en deuxième position. 63% des personnes interrogées le classaient en deuxième rang.

Le fait d'avoir un cabinet agréable était placé en troisième position.

Il y avait ensuite le logement à proximité en avant-dernière position. 30 personnes (13 %) classaient cette solution en dernier alors qu'aucune personne ne le faisait pour l'informatisation, le secrétariat et le fait d'avoir un cabinet agréable.

« Pas de solution » arrivait en dernière position. 87% des répondants le positionnaient en dernier rang.

C'était le premier item où « pas de solution » était classé tout en dernier car personne ne l'avait placé en premier, deuxième ni troisième rang.

3.7. Fonctionnement du cabinet

Tableau 6 : Score attribué aux solutions concernant le fonctionnement du cabinet.

Secrétariat sur place			
Rang	Effectif	Points	Score
1	71	7	497
2	81	6	486
3	36	5	180
4	15	4	60
5	13	3	39
6	8	2	16
7	0	1	0
SCORE FINAL			1278

Patientèle ayant reçu une éducation thérapeutique			
Rang	Effectif	Points	Score
1	33	7	231
2	23	6	138
3	58	5	290
4	55	4	220
5	38	3	114
6	16	2	32
7	1	1	1
SCORE FINAL			1026

Cabinet de groupe			
Rang	Effectif	Points	Score
1	85	7	595
2	74	6	444
3	38	5	190
4	15	4	60
5	10	3	30
6	2	2	4
7	0	1	0
SCORE FINAL			1323

Inclusion dans un projet de soins mené par le cabinet			
Rang	Effectif	Points	Score
1	4	7	28
2	4	6	24
3	5	5	25
4	16	4	64
5	40	3	120
6	142	2	284
7	13	1	13
SCORE FINAL			558

MSP			
Rang	Effectif	Points	Score
1	26	7	182
2	32	6	192
3	50	5	250
4	58	4	232
5	50	3	150
6	8	2	16
7	0	1	0
SCORE FINAL			1022

Pas de solution			
Rang	Effectif	Points	Score
1	0	7	0
2	0	6	0
3	1	5	5
4	3	4	12
5	5	3	15
6	11	2	22
7	204	1	204
SCORE FINAL			258

Dynamique locale attrayante			
Rang	Effectif	Points	Score
1	5	7	35
2	10	6	60
3	37	5	185
4	64	4	256
5	68	3	204
6	37	2	74
7	3	1	3
SCORE FINAL			817

Le cabinet de groupe était placé en tête. 38% des répondants lui consacraient le premier rang.

Il y avait ensuite le secrétariat sur place.

Pour ces deux premières propositions, aucun des répondants ne les a placées en dernier rang.

En troisième position, il y avait la patientèle ayant reçu une éducation thérapeutique suivie de près par la MSP. Cependant, la MSP obtenait plus de voix pour les rangs 2 (32 versus 23), 4 (58 versus 55) et 5 (50 versus 38).

La dynamique locale attrayante était en cinquième position.

L'inclusion dans un projet de soins mené par le cabinet était en avant-dernière position. 5 % des répondants la classaient même en dernière position.

« Pas de solution » occupait la dernière place. 91% des personnes interrogées la plaçaient en dernier rang. Aucun des MR ne l'a placé en premier ni deuxième rang.

3.8. Relation avec le médecin remplacé

Tableau 7 : Score attribué aux solutions concernant la relation avec le médecin remplacé.

Débriefing à la fin du remplacement			
Rang	Effectif	Points	Score
1	21	4	84
2	36	3	108
3	147	2	294
4	20	1	20
SCORE FINAL			506

Annuaire de ses correspondants habituels			
Rang	Effectif	Points	Score
1	86	4	344
2	105	3	315
3	32	2	64
4	1	1	1
SCORE FINAL			724

Dossiers informatifs rapidement			
Rang	Effectif	Points	Score
1	117	4	468
2	80	3	240
3	25	2	50
4	2	1	2
SCORE FINAL			760

Pas de solution			
Rang	Effectif	Points	Score
1	0	4	0
2	3	3	9
3	20	2	40
4	201	1	201
SCORE FINAL			250

Le fait d'avoir des dossiers informatifs rapidement arrivait en tête. 52% des personnes interrogées lui attribuaient le premier rang.

Bénéficier d'un annuaire des correspondants habituels du médecin remplacé occupait la seconde place.

Faire un débriefing à la fin de la période de remplacement était en troisième position. 9% des MR plaçaient cette solution en dernier.

« Pas de solution » était en dernière position. 90% des répondants classaient cette proposition en dernier.

3.9. Recherche de remplacements

Tableau 8 : Score attribué aux solutions concernant la recherche de remplacements.

Développer des rencontres physiques			
Rang	Effectif	Points	Score
1	40	7	280
2	20	6	120
3	30	5	150
4	53	4	212
5	44	3	132
6	29	2	58
7	8	1	8
SCORE FINAL			960

Site internet basé sur la localisation et les conditions de remplacement			
Rang	Effectif	Points	Score
1	71	7	497
2	73	6	438
3	39	5	195
4	24	4	96
5	9	3	27
6	8	2	16
7	0	1	0
SCORE FINAL			1269

Visites de cabinets qui ne trouvent pas de MR			
Rang	Effectif	Points	Score
1	4	7	28
2	18	6	108
3	22	5	110
4	32	4	128
5	72	3	216
6	58	2	116
7	18	1	18
SCORE FINAL			724

Réseaux sociaux			
Rang	Effectif	Points	Score
1	63	7	441
2	55	6	330
3	40	5	200
4	30	4	120
5	9	3	27
6	22	2	44
7	5	1	5
SCORE FINAL			1167

Évaluation de l'offre de remplacement par un MR référent			
Rang	Effectif	Points	Score
1	6	7	42
2	15	6	90
3	29	5	145
4	49	4	196
5	45	3	135
6	64	2	128
7	16	1	16
SCORE FINAL			752

Pas de solution			
Rang	Effectif	Points	Score
1	2	7	14
2	0	6	0
3	10	5	50
4	7	4	28
5	13	3	39
6	19	2	38
7	173	1	173
SCORE FINAL			342

Site internet du CDOM unique et à jour			
Rang	Effectif	Points	Score
1	38	7	266
2	43	6	258
3	53	5	265
4	30	4	120
5	32	3	96
6	24	2	48
7	4	1	4
SCORE FINAL			1057

Un site internet basé sur la localisation et les conditions de remplacement était en première place. Cette solution obtenait le plus de voix en premier et deuxième rang avec respectivement 71 et 73 répondants.

Cette solution était suivie par les réseaux sociaux.

Le site internet du CDOM unique et à jour était placé en troisième position.

Développer des rencontres physiques était placé en quatrième position puis l'évaluation de l'offre par un MR référent était en cinquième position. Les visites de cabinets ne trouvant pas de MR occupait l'avant-dernière position.

« Pas de solution » était située en dernier. 77% des répondants lui consacraient le dernier rang.

3.10. Solutions coercitives

Tableau 9 : Score attribué aux solutions concernant les mesures coercitives.

Remplacements 2/3 du temps en zone déficitaire et 1/3 du temps partout				Périodes de remplacement en zone déficitaire obligatoires hors vacances scolaires			
Rang	Effectif	Points	Score	Rang	Effectif	Points	Score
1	10	4	40	1	25	4	100
2	47	3	141	2	89	3	267
3	68	2	136	3	57	2	114
4	99	1	99	4	53	1	53
SCORE FINAL			416	SCORE FINAL			534

Idem mais 1/2 du temps en zone rurale et 1/2 du temps en ville				Pas de solution			
Rang	Effectif	Points	Score	Rang	Effectif	Points	Score
1	38	4	152	1	151	4	604
2	77	3	231	2	11	3	33
3	94	2	188	3	5	2	10
4	15	1	15	4	57	1	57
SCORE FINAL			586	SCORE FINAL			704

C'est le seul item où la proposition « pas de solution » était en tête. 67% des personnes interrogées la plaçaient au premier rang et 25% la classaient au dernier rang.

La deuxième position était occupée par les remplacements obligatoires en répartissant la moitié du temps en zone rurale et l'autre moitié en zone urbaine.

Les périodes de remplacement en zone déficitaire obligatoires hors période de vacances scolaires étaient placées en troisième position.

En dernière place, il y avait les remplacements obligatoires les deux tiers du temps en zone déficitaire et un tiers du temps partout. 44% des répondants classaient cette proposition en dernier rang.

Cette question a entraîné l'exclusion de 16 questionnaires, les MR ayant répondu en notant soit le même rang pour deux ou trois solutions ou en marquant oui et non aux solutions coercitives au lieu de numéroter les solutions.

Un des répondants a précisé que la coercition pourrait le faire passer du libéral au salariat.

3.11. Choix entre tous les items

Tableau 10 : Score attribué aux solutions concernant tous les items.

Rythme de travail			
Rang	Effectif	Points	Score
1	113	10	1130
2	51	9	459
3	21	8	168
4	16	7	112
5	8	6	48
6	10	5	50
7	4	4	16
8	1	3	3
9	0	2	0
10	0	1	0
SCORE FINAL			1986

Fonctionnement du cabinet			
Rang	Effectif	Points	Score
1	27	10	270
2	20	9	180
3	49	8	392
4	45	7	315
5	40	6	240
6	29	5	145
7	10	4	40
8	4	3	12
9	0	2	0
10	0	1	0
SCORE FINAL			1594

Planning de travail			
Rang	Effectif	Points	Score
1	40	10	400
2	91	9	819
3	36	8	288
4	17	7	119
5	13	6	78
6	9	5	45
7	16	4	64
8	1	3	3
9	0	2	0
10	1	1	1
SCORE FINAL			1817

Relation avec le médecin remplacé			
Rang	Effectif	Points	Score
1	13	10	130
2	12	9	108
3	18	8	144
4	30	7	210
5	36	6	216
6	25	5	125
7	73	4	292
8	15	3	45
9	2	2	4
10	0	1	0
SCORE FINAL			1274

Avantages financiers			
Rang	Effectif	Points	Score
1	17	10	170
2	30	9	270
3	41	8	328
4	24	7	168
5	16	6	96
6	43	5	215
7	36	4	144
8	11	3	33
9	4	2	8
10	2	1	2
SCORE FINAL			1434

Recherche de remplacements			
Rang	Effectif	Points	Score
1	4	10	40
2	0	9	0
3	3	8	24
4	6	7	42
5	8	6	48
6	13	5	65
7	7	4	28
8	151	3	453
9	21	2	42
10	1	1	1
SCORE FINAL			743

Logiciel			
Rang	Effectif	Points	Score
1	6	10	60
2	10	9	90
3	35	8	280
4	46	7	322
5	39	6	234
6	41	5	205
7	35	4	140
8	10	3	30
9	2	2	4
10	0	1	0
SCORE FINAL			1365

Solutions coercitives			
Rang	Effectif	Points	Score
1	0	10	0
2	0	9	0
3	0	8	0
4	0	7	0
5	1	6	6
6	1	5	5
7	3	4	12
8	6	3	18
9	113	2	226
10	100	1	100
SCORE FINAL			367

Équipement du cabinet			
Rang	Effectif	Points	Score
1	1	10	10
2	10	9	90
3	20	8	160
4	39	7	273
5	62	6	372
6	52	5	260
7	28	4	112
8	8	3	24
9	2	2	4
10	0	1	0
SCORE FINAL			1305

Pas de solution			
Rang	Effectif	Points	Score
1	1	10	10
2	0	9	0
3	1	8	8
4	1	7	7
5	1	6	6
6	1	5	5
7	2	4	8
8	17	3	51
9	80	2	160
10	120	1	120
SCORE FINAL			375

En première position, il y avait le rythme de travail. Quasiment la moitié des répondants plaçait ce critère en premier rang. Aucune d'elles ne le classaient en neuvième ni dixième rang.

Le planning de travail était classé en seconde position suivi du fonctionnement du cabinet.

Les avantages financiers étaient à la quatrième place puis le logiciel en cinquième position.

Les sixième et septième places étaient respectivement occupées par l'équipement du cabinet et la relation avec le médecin remplacé.

La recherche de remplacements était classée en huitième position. 67% des personnes interrogées la plaçaient au huitième rang.

« Pas de solution » était en avant-dernière place.

Les solutions coercitives étaient classées en dernier malgré que le neuvième rang comptait 113 voix pour les solutions coercitives et 80 pour « pas de solution » et le dixième rang en comptait 100 pour les solutions coercitives et 120 pour « pas de solution ». Aucun des répondants n'a classé les solutions coercitives en premier, deuxième, troisième ni quatrième rang.

4. Discussion

Les résultats nous ont permis de dire que, parmi les propositions faites par les MI, les MR préféreraient par ordre décroissant :

- Le rythme de travail : la solution la plus appréciée était la flexibilité de l'emploi du temps devant l'assurance d'un nombre minimum de consultations et la limitation du nombre de visites.
- Le planning de travail : les MR préféreraient effectuer des remplacements en dehors des vacances scolaires. Le fait que les MI s'adaptent à leur planning et proposent un planning prévisionnel à l'année semblait moins les intéresser.
- Le fonctionnement du cabinet : le cabinet de groupe se plaçait en premier suivi du secrétariat sur place. On retrouvait ensuite la patientèle ayant reçu une éducation thérapeutique puis la MSP, la dynamique locale attrayante et enfin l'inclusion dans un projet de soins mené par le cabinet/ MSP.
- Les avantages financiers : L'augmentation de la rétrocession se plaçait en tête suivie de la prime de remplacement en zone déficitaire. On retrouvait ensuite par ordre décroissant les indemnités kilométriques, la ROSP pour les MR et les indemnités pour les repas.
- Le logiciel : Limiter leur nombre intéressait davantage que d'en proposer un seul ou de former les MR aux différents logiciels mais les scores attribués à ces différentes propositions étaient assez similaires.
- L'équipement du cabinet : Les MR préféreraient l'informatisation puis le secrétariat. Avoir un cabinet agréable ou un logement à proximité semblaient moins important.
- La relation avec le médecin remplacé : Les MR aimaient l'idée d'avoir des dossiers informatifs rapidement puis de bénéficier d'un annuaire de ses correspondants habituels et enfin de faire un débriefing à la fin du remplacement.
- La recherche de remplacements : Les MR préféreraient un site internet basé sur les conditions de remplacement ainsi que la localisation et les réseaux sociaux. Un site internet du CDOM unique et à jour, développer des rencontres physiques, l'évaluation des offres de remplacements par un MR référent et les visites de cabinet ne trouvant pas de MR semblaient moins les attirer.
- Les solutions coercitives : C'est le seul item où la proposition « pas de solution » arrivait en premier devant les autres solutions qui sont par rang décroissant, les remplacements

obligatoires en répartissant la moitié du temps en zone rurale et l'autre moitié en zone urbaine, des périodes de remplacement en zone déficitaire obligatoires en dehors des vacances scolaires, puis les remplacements obligatoires les deux tiers du temps en zone déficitaire et un tiers du temps partout. De la même façon, parmi le choix entre tous les items, les solutions coercitives étaient classées en toute dernière position même après « pas de solution ».

Les forces et les limites :

La principale force de cette étude était la forte participation. Nous avons dénombré 345 réponses au total, en moins d'un mois, avec une unique relance, sur une population assez large, ce qui peut laisser entendre que ce sujet intéresse les MR.

Nous pouvons citer également comme une force le fait d'avoir pu évaluer des données issues de recherches qualitatives à travers cette étude.

Cependant, seulement 224 sur 345 réponses étaient exploitables, ce qui constitue une limite de l'étude. On peut mettre en cause la méthodologie du questionnaire. Par exemple, les personnes pouvaient répondre par une réponse courte pour numéroter les solutions et certains ont écrit des commentaires, des lettres ou des croix à la place d'un chiffre. D'autres attribuaient un rang dépassant le nombre de solutions proposées ou ne précisaient pas la longévité de leur remplacement en mois ou en années (Annexe 2).

Les biais :

Il existait un biais de sélection car la diffusion du questionnaire a été faite par deux moyens :

- Les réseaux sociaux via les groupes Facebook[®] de remplacement en médecine générale, ce qui a pu cibler les remplaçants les plus jeunes. Le plus âgé des répondants avait 42 ans alors que les médecins retraités constituent une part non négligeable de remplaçants. La moyenne d'âge des répondants était de 29.5 ans alors que d'après les chiffres de l'Ordre des Médecins, les MR avaient en moyenne 41.5 ans au 1^{er} janvier 2017 (1).
- La diffusion par les CDOM qui ont envoyé le questionnaire par mail ou mis en ligne sur leur site internet. Tous les départements n'ont donc pas été interrogés car certains n'ont pas répondu favorablement à notre demande et ceux qui l'ont été n'ont pas été interrogés de la même façon.

Il y avait également des biais méthodologiques :

- Le problème de recoupement des solutions. Nous avons associé par item les solutions proposées et demandé à la fin du questionnaire ce que les MR préféraient parmi tous les items pour limiter ce biais mais nous pouvons facilement imaginer qu'en associant différemment les solutions, les résultats auraient pu changer.
- L'effet de primauté a pu inciter à classer en première position la première solution proposée et inversement l'effet de récence a pu mettre en avant la ou les dernière(s) solution(s) proposée(s) laissant de côté les propositions situées au milieu.
- La longueur du questionnaire et le fait de devoir classer toutes les solutions proposées demandaient un effort intellectuel avec probablement une diminution de la concentration au fur et à mesure des questions.
- La proposition « pas de solution » a pu être mal comprise même si elle était expliquée en début de questionnaire. En effet, certains questionnaires ont été exclu car les répondants disaient qu'ils ne la comprenaient pas ou lui attribuaient le même rang qu'à d'autres solutions.

Cependant, nous pouvons penser que les répondants ont bien tout lu étant donné la différence nette sur la logique de réponse entre l'ensemble des propositions et spécifiquement celle concernant la coercition.

Nous nous posons la question du biais de désirabilité sociale qui consiste à se montrer sous une facette positive lorsque nous sommes interrogés. Concernant les avantages financiers, l'augmentation de la rétrocession était placée loin devant les propositions d'indemnités

kilométriques, de prime de remplacement en zone déficitaire, et de mise en place d'une ROSP pour les MR. L'augmentation de la rétrocession ne demande aucune adaptation de la part du MR mais les autres solutions proposées en requièrent. À l'opposé, parmi tous les items, les avantages financiers occupaient la quatrième place sur dix.

Le rythme et planning de travail :

La liberté d'organiser son emploi du temps et d'avoir du temps libre sont des critères essentiels pour les MR d'après A. Husson (14), K. Mazalovic (20), E. Galand (21). N. Gallet rapporte dans sa thèse sur les MR que les contraintes horaires sont un des inconvénients des remplacements (15). L'adaptation au fonctionnement du cabinet est un autre inconvénient cité par E. Galand (21).

À l'inverse, les MI attendent un mimétisme des MR envers eux. Les MI préfèrent que les MR aient les mêmes habitudes de prescription, d'horaires, relationnelles et de fonctionnement d'après A. Robin (17). V. Carlier demande aux MI du Nord et Pas-de-Calais les moyens mis en œuvre pour attirer les MR. Les réponses les plus citées sont « aucune, ce n'est pas à moi de modifier mon fonctionnement » à 23.3% et « aucune, je n'y avais jamais pensé » à 22.6% (29).

AS. Querrec rapporte dans sa thèse que les MI proposent des remplacements à 41% pendant les vacances scolaires, 23% hors vacances scolaires et 36% aussi bien pendant qu'en dehors des vacances scolaires (30).

Dans notre étude, concernant le rythme de travail, l'assurance d'un nombre minimum de consultations et la limitation du nombre de visites étaient secondaires. Ceci va dans le même sens que la thèse de S. Boudjabi Fadli qui montre que ces deux facteurs n'influencent pas le degré de difficulté pour trouver un MR (27). AS. Querrec dit que 59% des 175 MI bretons interrogés dans son étude garantissent un nombre minimum de consultations quotidiennes. Cependant, le nombre de visites quotidiennes influe sur le degré de difficulté à trouver un MR. Il est plus difficile de trouver un MR quand il y a 2 à 3 visites que lorsqu'il n'y en qu'une seule (30).

Plusieurs personnes ayant répondu à notre étude ont abordé le problème inverse, indiquant qu'il serait intéressant de fixer un nombre maximal de consultations. Les MI réalisant plus de 100 actes par semaine sont significativement plus nombreux dans le groupe « avec difficulté » pour

trouver un MR selon l'étude de V. Carlier (29), de même que ceux qui ont minimum 30 consultations par jour ont plus de difficulté à trouver un MR selon la thèse d'AS. Querrec (30).

Le fonctionnement du cabinet :

G. Szwarc (24) nous dit dans sa thèse que sur 77 MR normands, 90% veulent exercer en cabinet de groupe et 14% en MSP. Nous retrouvons ces notions dans la thèse d'A. Pierquet (18) qui explique que le fait d'être dans un cabinet de groupe crée un environnement sécurisant. Ne pas se retrouver seul notamment en début de carrière après avoir connu la collégialité de l'hôpital est rassurant. Cela permet d'échanger, de demander conseil auprès de ses collègues. Cela peut aussi permettre de remplacer plusieurs médecins d'après S. Boudjabi Fadli (27).

Dans notre étude, nous constatons que la MSP se plaçait en quatrième position sur sept dans l'item « fonctionnement du cabinet ». Les MR alsaciens interrogés par A. Dumoulin sont pourtant enthousiasmés par ces structures qui sont considérées comme attrayantes, anxiolytiques, lieux de formation, ayant des locaux neufs et adaptés, permettant une prise en charge plus efficace, une souplesse organisationnelle, une continuité des soins, une pluridisciplinarité, un transfert de compétences, des échanges entre professionnels, un cadre de travail agréable et une lutte contre l'isolement médical (26). Il serait donc intéressant de questionner les MR sur les inconvénients des MSP et pourquoi ils préfèrent les cabinets de groupe aux MSP.

Nous pouvons penser qu'avoir une patientèle ayant reçu une éducation thérapeutique permette un confort de travail et mette en avant le côté pratique qu'aiment les MR. À l'opposé, être inclus dans un projet de soins mené par le cabinet ou MSP était moins sollicité, témoignant d'une moindre implication des MR qui considèrent souvent les remplacements comme une période transitoire avant une installation.

Les avantages financiers :

Selon l'étude de V.Carlier (29), augmenter le pourcentage de rétrocession comme moyen pour « attirer » les MR en cas de difficultés de recrutement est significativement associé à la présence de difficultés pour se faire remplacer. Dans notre étude, l'augmentation du pourcentage de rétrocession représentait l'avantage financier favori des MR.

73% des MI bretons interrogés par AS. Querrec (30) donnent 70% de rétrocession alors que dans l'étude de S. Boujabi Fadli (27), la moyenne de rétrocession est de 79.2 % chez les médecins picards.

Il serait intéressant de savoir quel pourcentage de rétrocession aimeraient percevoir les MR.

Les avantages financiers occupaient la quatrième place sur dix parmi tous les items dans notre étude. Les revenus de l'activité de remplacement sont d'une importance moyenne dans celle de G. Szwarc, ce qui montre que les mesures à privilégier pour inciter l'exercice en zone défavorisée ne doivent pas être focalisées exclusivement sur l'aspect financier (24).

Le logiciel :

La plupart des MR connaissent plusieurs logiciels et ont l'habitude de s'adapter à ce qu'ils ne connaissent pas. La formation aux logiciels n'était pas prise en compte, demandant probablement des contraintes de temps voire de déplacement pour se rendre aux formations.

L'équipement du cabinet :

L'informatisation et la présence d'un secrétariat sont des critères prioritaires dans le choix des MR (18, 24, 25), ce qui est concordant avec notre étude.

Le logement à proximité était moins réclamé dans notre étude. On peut expliquer cela par le fait que la majorité des MR aiment exercer à moins de 30 minutes de leur domicile. Ils représentent 75% dans la thèse de E. Le Tacon et M. Briquet (25).

La relation avec le médecin remplacé :

Disposer des dossiers informatifs rapidement et de l'annuaire de ses correspondants habituels étaient les solutions qui arrivaient en tête dans notre étude, mettant une fois de plus en avant le côté pratique afin de ne pas perdre de temps lors des consultations par exemple. Nous retrouvons comme point négatif rapporté par les MR le manque d'information dans les dossiers dans la thèse de N. Gallet (15).

Dans notre étude, le débriefing avec le médecin remplacé se plaçait derrière ces deux premières propositions. Nous pouvons ajouter que la relation avec le médecin remplacé se situait en septième position sur les dix items proposés en dernière question. N. Gallet nous indique que les MR sont demandeurs de débriefings d'une façon générale (15). Ceci ne semble pas prioritaire dans notre étude.

La recherche de remplacements :

75.3% des MI interrogés par V. Carlier (29) sont intéressés par une mise à jour de la liste des MR sur le site du CDOM et 72.7% par un site internet unique alors qu'une précision des zones géographiques et des conditions de remplacement souhaitées par les MR n'atteint que 60.4%. Dans notre étude, cette dernière solution était la solution favorite des MR.

Dans notre étude, les MR privilégiaient les réseaux sociaux aux rencontres physiques et aux visites de cabinets ne trouvant pas de MR. On peut peut-être expliquer cela par le fait qu'il s'agisse d'une population majoritairement plus jeune que les MI et donc plus habituée à leur utilisation. Par ailleurs, les recherches sur les réseaux sociaux peuvent se faire à tout moment et ne nécessitent pas de déplacement.

AS. Querrec détaille les méthodes de recherche des MI bretons : liste de MR sur le site du CDOM pour 67.2%, par le biais de confrères pour 44.8%, candidature spontanée pour 43.7%, ancien interne stagiaire pour 29.3%, via les visiteurs médicaux pour 18.4% puis les réseaux sociaux pour 6.9% seulement (30). C. Richard (31) a interrogé 4 groupes de MI et 1 groupe de MR sur les solutions à mettre en place pour favoriser la mise en relation MI-MR : seul le groupe des MR a proposé l'utilisation des réseaux sociaux. On peut constater un décalage entre les préférences de recherche des MR et des MI même si ces chiffres ont probablement évolué depuis la réalisation de ces enquêtes menées en 2013 et 2015.

62.4% des MI ne modifient pas leur mode de recrutement pour un prochain remplacement s'ils ne trouvent pas de MR (29).

Dans sa thèse, V. Carlier (29) interroge les MI du Nord et Pas-de-Calais sur les 3 principaux moyens de communication avec les MR. Les plus cités sont le bouche à oreille, le site Remplanor® et le site du CDOM. Il n'existe pas de réseaux sociaux dédiés au remplacement comme les groupes Facebook®. Il serait probablement intéressant de développer les réseaux sociaux dans les régions qui n'en possèdent pas.

Les solutions coercitives :

La coercition était très mal perçue par les MR.

Cette question a entraîné l'exclusion de 16 questionnaires, témoignant du refus de la part des MR envers les mesures obligatoires.

L'un des répondants a ajouté que la coercition pourrait le faire passer du libéral au salariat.

Des syndicats de médecins comme le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (REAGJIR), la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CMSF) et la Fédération Française des Médecins Généralistes (MG France) s'opposent à la coercition, notamment en terme d'installation des médecins. Ils avancent que les pays ayant utilisé ce moyen ont échoué et qu'il vaut mieux répondre aux aspirations des médecins. La coercition aurait pour effet de détourner les jeunes médecins de la médecine ambulatoire et d'augmenter le nombre de médecins hors convention (34, 35, 36).

5. Conclusion

Malgré l'augmentation du nombre de MR, une majorité de MI a toujours des difficultés à se faire remplacer.

L'objectif de notre étude était d'évaluer les préférences selon les MR des propositions faites par les MI pour pallier les difficultés de remplacement.

Cette étude montre que les MR aimeraient que les MI puissent être flexibles sur le planning de travail et proposent des remplacements hors vacances scolaires.

Exercer au sein d'un cabinet de groupe et bénéficier d'un secrétariat de préférence sur place sont des critères importants pour les MR.

L'augmentation de la rétrocession représente l'avantage financier préféré des MR.

Un site basé sur la localisation et les conditions de remplacement représente un bon moyen de recherche de remplacement. Les MR privilégient également les réseaux sociaux.

Les solutions coercitives sont largement repoussées par les MR. Nous pouvons facilement l'extrapoler aux propositions concernant l'installation des médecins étant donné les positions que revendiquent les syndicats de médecins. La coercition ne doit donc pas être une solution à proposer.

Pour pallier les difficultés de remplacement, il faudrait ainsi que les MI soient capables de modifier leurs habitudes pour converger vers les attentes des MR. Il serait intéressant de réunir les MI et les MR pour que chacun fasse des efforts dans les deux sens afin de trouver des solutions pérennes. Le gouvernement pourrait proposer des solutions destinées aux MR en étant à leur écoute et non pas en les contraignant.

6. Bibliographie

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2017.
2. Larivière-Abdoussi S. La perception du médecin généraliste remplaçant par le patient: enquête par questionnaire réalisé auprès des patients d'un échantillon de 26 médecins généralistes du département du Nord, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université du droit et de la santé, Faculté de Médecine de Lille. 2009.
3. Dupin M. Perception du médecin remplaçant par le patient, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université d'Angers, Faculté de Médecine d'Angers. 2016.
4. Bresson-Benbrahim É. Perception du médecin généraliste remplaçant: analyse qualitative et statistique textuelle, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université Paris Diderot, Faculté de Médecine Paris 7. 2013.
5. Juste S. Perception du médecin remplaçant en médecine générale par le patient et son évolution au cours des vingt dernières années, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université de Reims Champagne-Ardenne, Faculté de Médecine de Reims. 2015.
6. Le Brech L. L'image du médecin remplaçant vu par les patients : enquête réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes de Loire Atlantique, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université de Nantes, Faculté de Médecine de Nantes. 1997.
7. Petrigny L. Perception par les patients du remplaçant de leur médecin traitant habituel, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université Jean Monnet, Faculté de Médecine de Saint-Etienne. 2012.
8. Lefebvre N. Représentation du médecin généraliste remplaçant, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université de Rouen-Normandie, Faculté de Rouen. 2009.
9. Code de la santé publique - Article L6315-1. Code la santé publique.
10. Remplact : remplaçant en France, quelle activité ? ReAGJIR : 2010.
11. Coppolani E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi?, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université Toulouse III Paul Sabatier, Faculté de Médecine de Toulouse. 2014.
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2012.
13. Levasseur G, Scheweyer F-X. Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne ? Rapport de recherche; Rennes. 2008.

14. Husson A. Le jeune médecin généraliste remplaçant en France: éternellement nomade ? : Enquête nationale descriptive réalisée en novembre 2011 par questionnaire en ligne, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université Paris Diderot - Paris 7, Faculté de Médecine de Paris. 2012.
15. Gallet N. Analyse des facteurs influençant le travail du médecin généraliste remplaçant, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université Claude Bernard, Faculté de Médecine de Lyon. 2015.
16. Deschaume J. Difficultés rencontrées par les remplaçants en médecine générale après un an d'exercice : enquête auprès des étudiants inscrits en TCEM1 en 2004 à l'Université Paris 7, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université Paris Diderot - Paris 7, Faculté de Médecine de Paris. 2010.
17. Robin A. Le ressenti et les attentes du médecin généraliste vis à vis de son médecin remplaçant, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université Claude Bernard Lyon 1, Faculté de Médecine de Lyon. 2016.
18. Pierquet A. Critères de choix d'un remplacement en médecine générale: entretiens auprès de médecins remplaçants du Maine et Loire, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université d'Angers, Faculté de Médecine d'Angers. 2011.
19. Analyse descriptive des demandes et des contrats de remplacement en lien avec l'ordre des médecins dans le département du Nord en 2015.
20. Mazalovic K. Le remplacement en médecine générale : pourquoi un tel engouement pour ce mode d'exercice ?, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université de Bourgogne, Faculté de Médecine de Dijon. 2012.
21. Galand E. Quelles sont les motivations à rester médecin généraliste remplaçant ? : méthode focus group et entretiens semi-directifs, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université de Nantes, Faculté de Médecine de Nantes. 2012.
22. Fabregat Sevil T. Le remplaçant en médecine générale : son mode d'emploi, son statut, son vécu, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université Paris 12 Créteil, Faculté de Médecine de Paris. 1997.
23. Fraizy D. Modalités de début d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS : étude descriptive menée à Dijon de novembre 2003 à octobre 2011, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université de Bourgogne, Faculté de Médecine de Dijon. 2012.
24. Szwarc G. Les nouvelles générations de médecins généralistes : profils et perspectives, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université de Caen, Faculté de Médecine de Caen. 2005.

25. Le Tacon E, Briquet M. Les médecins généralistes remplaçants en Bretagne : profils, activités et projets professionnels, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université de Rennes 1, Faculté de Médecine de Rennes. 2008.
26. Dumoulin B. Le médecin généraliste face aux enjeux de l'installation : perceptions et perspectives. À propos d'une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes remplaçants en Alsace, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université de Strasbourg, Faculté de Médecine de Strasbourg. 2016.
27. Boudjabi Fadli S. Evaluation des difficultés et identification des freins et leviers pour trouver un médecin remplaçant en Picardie, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université de Picardie-Jules-Verne, Faculté de Médecine d'Amiens. 2013.
28. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Rapport au Président de la République Française. Novembre 2010.
29. Carlier V. Difficultés des médecins généralistes à trouver un remplaçant : une étude quantitative dans le Nord et le Pas-de-Calais, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université droit et santé Lille 2, Faculté de Médecine de Lille. 2017.
30. Querrec AS. Remplacement : les difficultés du remplacé, Thèse d'exercice: Médecine générale. Université Rennes 1, Faculté de Médecine de Rennes. 2013.
31. Richard C. Quelles solutions mettre en œuvre pour pallier les difficultés de remplacement des médecins généralistes champardennais. Thèse d'exercice: Médecine générale. Université de Reims Champagne-Ardenne, Faculté de Médecine de Reims. 2015.
32. Walter JC. Difficultés et attentes du médecin généraliste vis-à-vis du médecin remplaçant à Paris. Thèse d'exercice: Médecine générale. Université Pierre et Marie Curie, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie. 2007.
34. REAGJIR. (page consultée le 26/03/19). Réduire les déserts médicaux La coercition une fausse bonne idée, [En ligne]. <https://www.reagjir.fr/presse/reduire-les-deserts-medicaux-la-coercition-une-fausse-bonne-idee/>
35. CMSF. (page consultée le 26/03/19). Rapport sur les déserts médicaux : le Cese manque la cible, [En ligne]. <http://www.csmf.org/actualites/2017-12-13-000000/rapport-sur-les-deserts-medicaux-le-cese-manque-la-cible>
36. MG France. (page consultée le 26/03/19). Démographie médicale : le retour des travaux forcés ?, [En ligne]. <https://www.mgfrance.org/index.php/component/tags/tag/coercition>

7. Annexes

7.1. Annexe 1 : Questionnaire

QUESTIONS	RÉPONSES
Rubrique 1 sur 12	
Questionnaire de thèse Chères consœurs, chers confrères, Je suis médecin généraliste remplaçante actuellement en cours de préparation de thèse dont la question est: Quelles solutions intéressent les remplaçants en médecine générale pour pallier les difficultés de remplacement? Ce questionnaire anonyme est dédié aux médecins généralistes remplaçants ayant fini leur internat. Voici quelques informations pour répondre à ce questionnaire: - Il faut numéroté <u>TOUTES</u> les solutions proposées. - <u>UN MEME RANG NE PEUT PAS ETRE ATTRIBUE A PLUSIEURS SOLUTIONS.</u> - si une ou des solution(s) ne vous plaît / plaisent pas du tout, classer la en dernier et numéroté l'option "pas de solution" avant la ou les solution(s) qui ne vous plaît / plaisent pas du tout. - Ces solutions ont été proposées par des médecins installés, certaines ont déjà été mises en place , d'autres ont été imaginées. A vous de choisir lesquelles vous intéressent le plus. Je vous remercie par avance de me consacrer votre temps. Je reste à votre disposition si vous avez des questions. Noemie Rouxel <u>rouxel.noemie@outlook.fr</u>	

Profil

Etes-vous? *

☐ Un homme

☐ Une femme

Quel est votre âge? *

Votre réponse

Dans quelle région exercez-vous? *

Votre réponse

Avez-vous fini votre internat? *

	1	2	
Oui	☐	☐	Non

Depuis combien de temps faites-vous des remplacements? *

Votre réponse

Etes-vous thésé? *

	1	2	
Oui	☐	☐	Non

Rythme de travail: que préférez-vous?

Hierarchiser les propositions de 1 (la plus intéressante) à 4 (la moins intéressante)

a) Flexibilité de l'emploi du temps (horaires et jours travaillés) *

Votre réponse

b) Limitation du nombre de visites *

Votre réponse

c) Assurance d'un nombre minimum de consultations *

Votre réponse

d) Pas de solution *

Votre réponse

Planning de travail: que préférez-vous?

Hiérarchiser les réponses de 1 (la plus intéressante) à 4 (la moins intéressante)

a) Planning prévisionnel à l'année *

Votre réponse

b) Proposition de remplacement hors périodes de vacances scolaires *

Votre réponse

c) Adaptabilité des demandes des médecins installés aux planning des remplaçants *

Votre réponse

d) pas de solution *

Votre réponse

Avantages financiers: que préférez-vous?

Hiérarchiser les réponses de 1 (la plus intéressante) à 6 (la moins intéressante)

a) Augmentation de la rétrocession *

Votre réponse

b) Indemnités kilométriques *

Votre réponse

c) prime de remplacement en zone déficitaire *

Votre réponse

d) Indemnités pour les repas *

Votre réponse

e) ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) pour les remplaçants *

Votre réponse

f) Pas de solution *

Votre réponse

Logiciel: que préférez-vous?

Hiérarchiser les réponses de 1 (la plus intéressante) à 4 (la moins intéressante)

a) Logiciel unique pour tous les cabinets et maison de santé pluri-disciplinaire *

Votre réponse

b) Limiter le nombre de logiciels *

Votre réponse

c) Formation des remplaçants aux logiciels *

Votre réponse

d) Pas de solution *

Votre réponse

Equipement du cabinet: que préférez-vous?

Hiérarchiser les réponses de 1 (la plus intéressante) à 5 (la moins intéressante)

a) Informatisation *

Votre réponse

b) Logement à proximité *

Votre réponse

c) cabinet agréable *

Votre réponse

d) Secrétariat (sur place ou téléphonique) *

Votre réponse

e) Pas de solution *

Votre réponse

Fonctionnement du cabinet: que préférez-vous?

Hiérarchiser les réponses de 1 (la plus intéressante) à 7 (la moins intéressante)

a) Secrétariat sur place *

Votre réponse

b) Cabinet de groupe *

Votre réponse

c) Maison de santé pluri-disciplinaire *

Votre réponse

d) Dynamique locale attrayante *

Votre réponse

e) Patientèle ayant reçu une éducation thérapeutique *

Votre réponse

f) Etre inclus dans un projet de santé mené par le cabinet/
maison de santé pluri-disciplinaire *

Votre réponse

g) Pas de solution *

Votre réponse

Relation avec le médecin remplacé: que préférez-vous?

Hierarchiser les réponses de 1 (la plus intéressante) à 4 (la moins intéressante)

a) Debriefing à la fin de la période de remplacement *

Votre réponse

b) Dossiers informatifs rapidement *

Votre réponse

c) Bénéficier d'un annuaire de ses correspondants habituels *

Votre réponse

d) Pas de solution *

Votre réponse

Recherche de remplacements: que préférez-vous?

Hierarchiser les réponses de 1 (la plus intéressante) à 7 (la moins intéressante)

a) Développer des rencontres physiques *

Votre réponse

b) Visites de cabinet qui ne trouvent pas de remplaçants *

Votre réponse

c) Evaluation de l'offre de remplacement par un médecin remplaçant référent *

Votre réponse

d) Site internet de l'Ordre des médecins à jour et unique *

Votre réponse

e) Site internet basé sur la localisation et les conditions de remplacement *

Votre réponse

f) Réseaux sociaux *

Votre réponse

g) Pas de solution *

Votre réponse

Solutions coercitives: que préférez-vous?

Hierarchiser les réponses de 1 (la plus intéressante) à 4 (la moins intéressante)

a) Remplacement obligatoire les 2/3 temps en zone déficitaire et 1/3 du temps partout *

Votre réponse

b) Idem mais 1/2 temps en zone rurale et 1/2 en ville *

Votre réponse

c) Périodes de remplacement en zone déficitaire obligatoire hors vacances scolaires *

Votre réponse

d) Pas de solution *

Votre réponse

Parmi tous les items suivants: que préférez-vous?

Hiérarchiser les réponses de 1 (la plus intéressante) à 10 (la moins intéressante)

a) Rythme de travail *

Votre réponse

b) Planning de travail *

Votre réponse

c) Avantages financiers *

Votre réponse

d) Logiciel *

Votre réponse

e) Matériel du cabinet *

Votre réponse

f) Fonctionnement du cabinet *

Votre réponse

g) Relation avec le médecin remplacé *

Votre réponse

h) Recherche de remplacements *

Votre réponse

i) solutions coercitives *

Votre réponse

j) Pas de solution *

Votre réponse

7.2. Annexe 2 : Causes d'exclusion

Causes d'exclusion	Effectif
Hierarchisation dépassant le nombre de solutions proposées	18
Hierarchisation comprenant 0	2
Même hierarchisation pour plusieurs solutions	59
Même rang pour plusieurs solutions dans l'item solutions coercitives	11
Commentaires au lieu d'un rang dans l'item solutions coercitives	5
Commentaires, croix ou lettre au lieu d'un rang dans un autre item	10
Pas de précision en mois ou années pour la longévité des remplacements	12
Internat non terminé	3
Remplacement non débuté	1
TOTAL	121

7.3. Annexe 3 : Profil

		Effectif	Pourcentage
Sexe	Homme	40	17,9
	Femme	184	82,1
Âge	26	3	1,3
	27	25	11,1
	28	43	19,2
	29	52	23,2
	30	39	17,3
	31	27	12,1
	32	21	9,4
	33	4	1,8
	34	3	1,3
	35	2	0,8
	37	1	0,4
	38	1	0,4
	41	1	0,4
	42	2	0,8
Lieu d'exercice	Bretagne	58	25,9
	Pays de la Loire	48	21,5
	Auvergne Rhône Alpes	33	14,8
	Occitanie	27	12,1
	Normandie	15	6,7
	Ile de France	14	6,3
	Centre Val de Loire	15	6,7
	Plusieurs régions	5	1,3
	Lorraine Alsace Champagne Ardenne	4	1,8
	Aquitaine Limousin Poitou Charentes	3	1,3
	PACA	1	0,4
	La réunion	1	0,4
Longévité	0 à 3 mois	37	16,5
	4 à 6 mois	18	8
	7 mois à 1 an	47	21
	Plus d'un an à 5 ans	116	51,8
	Plus de 5 ans à 10 ans	5	2,2
	Plus de 10 ans à 13 ans	1	0,4
Thésé	Oui	127	56,7
	Non	97	43,3

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Résumé

Quelles solutions préfèrent les remplaçants en médecine générale pour pallier les difficultés de remplacement, parmi celles envisagées par les médecins installés ?

Contexte: Dans une conjoncture où l'offre de remplacement augmente, les médecins généralistes sont en difficulté pour trouver des médecins remplaçants (MR). L'objectif de cette étude était d'évaluer les préférences selon les MR des propositions faites par les médecins installés (MI) pour pallier les difficultés de remplacement.

Méthode: Il s'agissait d'une étude quantitative réalisée grâce à un questionnaire basé sur des propositions faites par les MI retrouvées dans une précédente étude qualitative. Ce questionnaire a été diffusé en ligne durant 4 semaines et destiné aux MR exerçant dans toute la France.

Résultats: 345 questionnaires ont été recueillis, dont 224 exploitables. Les MR appréciaient particulièrement la flexibilité concernant leur planning de travail, la possibilité de remplacer en dehors des vacances scolaires, l'exercice au sein d'un cabinet de groupe, la présence d'un secrétariat et l'augmentation de la rétrocession. Le logiciel, la relation avec le médecin remplacé, l'équipement du cabinet et la recherche de remplacements semblaient moins importants. Les MR privilégiaient les recherches en ligne notamment par le biais des réseaux sociaux. La coercition était largement contestée par les MR.

Discussion: Pour pallier les difficultés de remplacement, il faudrait que les MI envisagent de s'adapter aux attentes des MR concernant le rythme, le planning, le fonctionnement du cabinet et les avantages financiers. Il serait intéressant que les MI et les MR trouvent ensemble des solutions pérennes. Le gouvernement pourrait proposer des solutions destinées aux MR en étant à leur écoute et non pas en les contraignant.

Mots-clés : Médecins généralistes, Gestion des soins aux patients, Zone médicalement sous-équipée.

Abstract

Among solutions suggested by general practitioner, which solutions prefer general practitioner substitutes to overcome replacement difficulties ?

Background: At this time the need for general practice substitutes (GPS) is increasing, many general practitioners (GP) are facing difficulties to be replaced. This study was aiming to evaluate GP's proposals by GPS in order to overcome replacement difficulties.

Method: This study was a quantitative study made thanks to a form based on GP's proposals found in a previous qualitative study. This form was online for 4 weeks, only available for GPS all around France.

Results: 345 forms have been collected, 224 of them were usable. Flexibility over work hours, replacements out of school holidays period, working with other GP at the same place, working with a medical secretary and increased retrocession were the most appreciated proposals. Software, GP's relationship, equipment of the work place, and the way to find substitutes were secondary proposals for the GPS. Online job search was preferred by GPS especially through social network. GPS were against coercion.

Discussion: To overcome replacement difficulties, GP should consider GPS's expectations about rhythm, job hours, organisation and financial benefits. It would be interesting that GP and GPS find long-term solutions together. Government could propose solutions to GPS listening them rather than forcing them.

Key words: General practitioner, Patient care management, Medically underserved area.