

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2016

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
Médecine Générale

Diplôme d'Etat

Par

BONNET Tiffany

Née le 26 juillet 1986 à Lagny-sur-Marne (77)

Présentée et soutenue publiquement le 13 mai 2016

TITRE

Attentes des internes de Médecine Générale de la Région Centre vis-à-vis des
remplacements au cours du Troisième Cycle des Etudes Médicales de Médecine
Générale

Jury

Président de Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU
Monsieur le Docteur Eric DRAHI

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZE - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Philippe BOUGNOUX
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Yvon LEBRANCHU
Professeur Elisabeth LECA
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Gérard LORETTE
Professeur Michel ROBERT
Professeur Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – G. GINIES – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
	BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
MM.	BARON Christophe	Immunologie
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
	BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Médecine interne, nutrition
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	EHRMANN Stephan	Réanimation d'urgence
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
	GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
	HANKARD Régis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, gériatrie
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
	MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie

	MAILLOT François.....	Médecine interne, gériatrie
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
Mme	MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MM.	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
Mme	MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MM.	MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
	ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médical, médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
	WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	LEBEAU Jean-Pierre
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
	POTIER Alain.....	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M.	BAKHOS David.....	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne	Cardiologie
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
Mmes	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Éric	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
Mmes	DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe.....	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MM.	HOARAU Cyrille.....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques

MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
	PLANTIER Laurent	Physiologie
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
	TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël.....	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
Mme	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	IVANES Fabrice.....	Cardiologie
----	---------------------	-------------

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M.	BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM.	KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

Madame le Professeur Lehr Drylewicz,

Merci de ton implication pour le développement de la Médecine Générale. Merci de ton travail au service des internes de médecine générale et plus particulièrement aux Internes de la Région Centre. Merci de ton écoute et des conseils que tu m'as prodigués tout au long de mon internat.

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury.

Monsieur le Professeur Chantepie,

Merci de l'intérêt que vous portez à la Médecine Générale. Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury.

Monsieur le Professeur Lebeau,

Merci pour votre investissement dans le développement de la discipline de Médecine Générale et de l'enseignement de notre spécialité. Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury.

Monsieur le Docteur Eric Drahi, mon directeur de thèse.

Eric, merci pour tout ce que tu m'as appris (et ce que tu m'as conseillé de désapprendre) et apporté au cours de mon internat. Ce stage de niveau 1 dans ton cabinet a changé pour toujours ma vision de la Médecine Générale et m'a montré que, contrairement à ce que disent nombre de médecins y compris généralistes, on peut être Médecin Généraliste et heureux de l'être. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, et d'avoir gardé la motivation malgré le temps que j'ai mis pour le mener à bien

Merci pour tout.

Madame le Docteur Cécile Renoux, ma tutrice.

Merci pour m'avoir guidé et accompagné patiemment et avec bienveillance durant mes années d'internat, y compris quand je ne comprenais pas grand-chose à ce qu'on me demandait. Je t'en suis profondément reconnaissante. Merci également du travail que tu accomplis pour les internes de la Région Centre et pour notre collaboration lorsque j'étais à GRACE-IMG.

Merci à tous les médecins et à tous les professionnels de santé que j'ai croisé au cours de mes études et surtout à ceux croisés au cours de mes stages d'internat et grâce à qui j'ai pu apprendre et grandir.

Merci à tous les médecins que j'ai remplacé pour votre confiance.

Un immense merci à mes parents, d'avoir toujours été là et de m'avoir soutenu dans les bons comme dans les mauvais moments. C'est grâce à vous que j'en suis là à présent. Merci, merci merci. Je ne vous le dis pas assez souvent : Je vous aime fort.

A mes grands parents, merci de votre affection, j'espère continuer à vous rendre fiers. Je vous aime.

A mes sœurs et leurs petites familles. Merci d'être toujours là pour moi, même si le téléphone c'est vraiment pas du tout notre truc, les retrouvailles sont toujours géniales. Méli bon vent à l'île Maurice ! Si tu crois que tu vas réussir à te débarrasser de moi en partant aussi loin c'est raté !
Je vous aime les soeurette !

A tout le reste de la famille que je ne vois pas assez souvent, mais quelle idée d'être dispersés comme ça ?

A tous les copains, eux aussi bien trop dispersés... mais dans le monde entier !

Aux amis de toujours ou presque : Nico et Mimi merci de m'avoir fait l'honneur de me faire marraine de Mathéis, Sandra et Stef : comme pour Mélissa ne vous faites pas d'illusions je vais venir vous voir !

Merci à toutes les personnes rencontrées pendant l'internat

A Charlotte (et Nono), Steph, Noé et Clairelyne, compagnes internes de la première heure à Chartres... Merci d'avoir partagé ces 6 premiers mois et d'être toujours présentes malgré la distance et ma mauvaise habitude d'être toujours en vadrouille☺.

Merci à GRACE-IMG et principalement à Isa pour m'avoir fortement incité à me lancer dans l'aventure syndicale, je n'en serai pas là sans ton aide ! Merci à Morgane, Nathalie et Alban de vous être embarqués dans l'aventure ! Merci à Alex et Steph pour la co-organisation du meilleur congrès de l'ISNAR ^^

Merci aux personnes rencontrées à l'ISNAR-IMG, que de belles rencontres (pour certains 2^{ème} rencontre) : May, Elo, Manu (tu vois moi je t'ai pas oublié !), Pilou, Pierre, Sabine, Michou, Annelore, Yves-Marie, Bab...

Merci aux actuels et anciens ReAGJIRiens : un grand merci à Jaco, Marion, Sophie, Cha, Yannick, Caro, JB, Vanessa, Julie, Seb, Yoyo, Elisabeth, Julien, Virginie, Steph : quelle(s) équipe(s) de choc ! Et merci aux ReAGJIRiens du Centre : Marie, Carmen, Thibault, Patrick pour continuer à être présent malgré les difficultés.

Merci à mes relectrices attentives : Choupette et Anaïs (qui a tué une forêt entière pour corriger mes fautes), et à mes traductrices Clairelyne, Sabine, Dada et Marty !

Merci la faluche pour m'avoir permis de rencontrer des gens merveilleux depuis 10 ans... et surtout parce qu'on s'est quand même bien marré ! Mais qui à dit que c'était fini ?

Merci à ma famille falucharde, à Marjo et Pandi, mon parrain et ma marraine d'amour, merci pour tout. A mes fillotes Célia et Audrey, je suis fière de vous !
L'OAP vaincra ! Les pandas ne sont qu'amour !

Aux niçois, déjà 11 ans pour certains, qu'on se connaît et on peut dire qu'on en a vécu des aventures ensemble... Zogy et Anaïs, Cassius, Beethov, Dada et Dadou, Pandette, Osi et Ian, Goby, Manuxxx, Agnès, Célia, Audrey et Julien (mais toi tu triches t'es à Tours maintenant)!
Merci de continuer à vous rendre disponibles pour moi le peu de fois où je daigne revenir, c'est toujours génial de vous revoir.

Aux turons : Hanane, Alex, Cath, Camille, Alexis, Mika (parrain !!!!), Estelle (marraine !!!!), Lulas, Romu. C'est quand vous voulez pour prendre l'apéro, et tant pis pour ceux qui sont partis loin, vous aviez qu'à rester !^^

Aux inclassables ! (liste absolument pas exhaustive): Merci à Jax (mon mari qui m'a fait un enfant dans le dos, bisous à Gergana et Alexandre) , Anaïs, Geoffrey, Aude (mon Momentin d'amour, promis je viens un de ces jours en Guyane si tu en es pas déjà repartie et les Canaries ne sont que partie remise), Louise (ma nouvelle globe trotteuse), Alicia, PAF, Nîmcès capitale, les nîmoises, la Gayloc, le Rainboawt, Romain, Katia et Antoine, Grand Vincent et Katia, Mc Gyver, Pierre, Chonchon, Canson (merci de m'avoir laissé squatter chez toi aussi souvent), Fabien (la même que Canson), Chrissio (mon dernier fillot !), et merci à tous ceux que j'oublie !

Merci Jean Emmanuel pour ton soutien toute cette année et pour ton amour. Je t'aime.

Résumé

Attentes des internes de Médecine Générale (IMG) de la Région Centre vis-à-vis des remplacements au cours du Troisième Cycle des Etudes Médicales.

Introduction : Le remplacement au cours des études médicales est autorisé depuis 1945. C'était la seule expérience des médecins à l'exercice de la médecine générale. Malgré l'amélioration de la formation et l'augmentation des stages ambulatoires, les IMG continuent à faire des remplacements.

Objectifs : Etudier les raisons de la réalisation des remplacements, le contexte des premiers remplacements, la différence ressentie par rapport au SASPAS, l'impact sur le projet professionnel.

Les autres objectifs étaient : recueillir le vécu de ces remplacements, les motivations à réaliser ou non un SASPAS, mesurer l'impact du remplacement sur la vision de la place du médecin généraliste (MG) dans le système de soins.

Matériel et méthodes: Réalisation d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès d'IMG et d'anciens IMG en région Centre ayant réalisé des remplacements au cours de leur internat.

Résultats: 15 internes ont participé aux entretiens. Les motivations principales étaient le besoin d'autonomie, l'envie de se tester, l'aspect lucratif des remplacements, compléter leur formation et construire leur avenir professionnel. Ils débutaient leurs remplacements par un lieu connu sans préparation du remplacement. Les différences avec le SASPAS étaient la supervision et le débriefing. Les remplacements influaient peu sur le projet professionnel des internes mais confirmaient leur projet préalable et renforçaient leur choix de la médecine générale. Le médecin généraliste était le centre du système de soins.

Conclusion: Les internes sont ambivalents sur leur recherche d'autonomie. Le DES en quatre ans pourrait être une réponse à cette ambivalence sous réserve que l'encadrement pédagogique soit suffisant. Il est néanmoins probable que les internes continuent de faire des remplacements libéraux malgré le passage du DES à quatre ans. Les remplacements et le SASPAS ne permettent pas actuellement aux internes de se projeter vers l'installation ou de définir leur place de médecin généraliste dans le système de soins.

Mots clés: Motivations, remplacement, DES de médecine générale, SASPAS, projet professionnel, système de soins

Abstract

Expectations of general practice residents (GPR) in the Center Area of France regarding working as locum general practitioner (GP) during medical studies.

Introduction : Working as a locum doctor during medical studies has been authorized in France since 1945. It used to be the only way to experiment ambulatory practice of family medicine. Despite the improvement of GPR training and the increase of ambulatory internships, GPR keep working as locum doctors.

Objectives : Our study primary goals were to analyse the residents' motivations to act as a substitute doctor, the environment leading to replacements' initiation, differences between the primary care fellowship in supervised autonomy and substitution and the impact of this type of practice on one's professional plan. The secondary aims were to assess difficulties and benefits of being a locum, motivations to perform a primary care fellowship in supervised autonomy and to find out if experiencing general private practice during training has any effect on their representation of the GP's role in the healthcare system.

Methods : A qualitative study was based on semi-structured interviews of current and former GPR in Center area who worked as locum doctors during their training.

Results : 15 residents were interviewed. They stated their main motivations as acquisition of autonomy, will to challenge themselves, financial aspects, completing their training and to help plan their professional future. They mainly started in private practice they were already familiar with, without specifically planning it. The difference between the primary care fellowship in supervised autonomy and substitution were the indirect supervision and debriefing. Working as a substitute for a GP didn't change their professional plan but enhanced their decision to work as GP in private practice. The role of the GP was seen as centre in the healthcare system.

Conclusion : Residents were ambivalent about their need for independency. Adding one year to GP Residency could be an answer to this ambivalence if educational support is sufficiently provided. Nonetheless, GPR will probably keep practicing as locum despite the increase of DES' length. Neither working as a substitute nor internship helped the residents envision their future practice or define their future role in the health care system.

Key words : Expectations, locum doctor, General Practitioner Residency, Primary care fellowship in supervised autonomy ; professional plan, healthcare system

Table des matières

Table des Abréviations	13
Introduction.....	14
Matériel et méthodes	16
1. Méthode et population	16
2. Entretiens	16
3. Retranscription et analyse	17
Résultats	18
1. Population	18
a. Questionnaire informatique.....	18
b. Caractéristiques des personnes interrogées	18
2. Motivations à effectuer des remplacements.....	18
a. Financier	18
b. Vie Personnelle	19
c. Se confronter à l'autonomie.....	19
d. Formation personnelle	21
e. Avenir professionnel.....	22
f. Garder une activité de MG	23
g. Pression du médecin installé	23
3. Contexte des remplacements	23
4. Conclusions des remplacements.....	26
a. Difficultés rencontrées	26
b. Apports constatés.....	31
5. Comparaisons avec le SASPAS.....	36
a. Motivations à faire un SASPAS	36
b. Comparaison entre le remplacement et le SASPAS	38
6. Projet professionnel	42
a. Avancement du projet préalable au remplacement	42
b. Projet préalable	43
c. Impact du remplacement sur le projet professionnel.....	44

7. Place du médecin généraliste dans le système de soins	46
a. Vision négative véhiculée par les stages hospitaliers	46
b. Compétences du médecin généraliste	47
c. Diversité du métier	50
d. Rôle du remplaçant	51
e. Difficulté du métier.....	51
Discussion.....	52
1. A propos de la méthode.....	52
a. Méthode qualitative exploratoire	52
b. Biais.....	52
2. A propos des résultats.....	53
a. Les invariants	53
b. Les variants	60
3. Perspectives et propositions	68
Conclusion	72
Bibliographie	73
Annexe 1 : Questionnaire informatique	76
Annexe 2 : Trame d'entretien semi-dirigé	77
Annexe 3 : Caractéristiques des sujets.....	78

Table des Abréviations

ALD : Affection longue durée
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
BNC : Bénéfice non contrôlé
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CERFA : Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs
CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIVG : Centre d'interruption volontaire de grossesse
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignant
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
DES : Diplôme d'études spécialisées
DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DIU : Diplôme inter universitaire
DU : Diplôme universitaire
DUMG : Département universitaire de médecine générale
ECG : Electrocardiogramme
ECN : Epreuves Classantes Nationales
GRACE-IMG : Groupement Représentatif Autonome pour la région Centre des Internes de Médecine Générale
HAS : Haute Autorité de Santé
IMG : Internes de Médecine Générale
ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
IRSA : Institut InterRégional Pour la Santé
MMG : Maison médicale de garde
MSP : Maison de santé pluridisciplinaire
MSU : Maître de stage universitaire
PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires
PMI : Protection maternelle et infantile
RCP : Responsabilité Civile Professionnelle
RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique
SAMU : Service d'aide médicale Urgente
SASPAS : Stage ambulatoire de soins primaires en autonomie supervisée
SSR : Soins de suite et Réadaptation
UNV : Unité NeuroVasculaire
URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Introduction

Le remplacement au cours de la formation de médecine générale est une pratique courante chez les internes en médecine générale (IMG) français.

L'autorisation de pouvoir remplacer au cours de ses études est ancienne en France. L'ordonnance n° 45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien et de sage-femme autorisait déjà *“ les internes français des hôpitaux et hospices des villes de facultés et écoles de médecine, [...] et les étudiant en médecine français ayant vingt inscriptions validées [...] à exercer la médecine en temps d'épidémie ou à titre de remplaçants de docteur en médecine. ”*(1)

En 1979, Isabelle Baszanger (2) décrivait les remplacements comme une *“étape informelle du cursus des généralistes [...] un moment critique de l'itinéraire des médecins généralistes, moment qui se déroule hors de l'institution socialisante”*. Les remplacements étaient donc pour les jeunes généralistes, la première occasion de découvrir la médecine générale et ses critères de pratiques. C'était au cours des remplacements qu'allaient s'élaborer les références de ces jeunes médecins.

La Commission Fougère (1973-1975) (3) avait pour objectif de revaloriser la médecine générale en allongeant la durée du troisième cycle à deux ans et en créant un stage extrahospitalier auprès de praticiens généralistes enseignants. L'ambition de ce stage était de permettre aux résidents de découvrir l'exercice de la médecine générale (dont ils ignoraient presque tout) de façon sécurisée et non plus de façon improvisée comme c'était le cas lors des remplacements. Ces stages ne seront effectifs qu'à partir de la publication des décrets d'application du 15 avril 1981.

La loi Ralite du 23 décembre 1982 permit la mise en place de stages extrahospitaliers facultatifs (30 à 50 demi-journées par semestre) en parallèle d'un stage hospitalier, auprès de praticiens libéraux.

Cette loi permit également la création du statut d'enseignant coordonnateur en médecine générale en 1984 (4) et des départements de formation et de recherche en médecine générale en 1985. C'est en 1987 avec la loi Barzach que le stage chez le praticien devient obligatoire. (5)(6)

L'ordonnance du 24 avril 1996 (7) fût à l'origine du semestre chez le praticien devant se dérouler chez des praticiens agréés et allonge ainsi le 3ème cycle de MG à 2 ans et demi. Le décret d'application parait le 16 mai 1997. (8,9)

Il fallut donc attendre plus de 20 ans entre la création des premiers stages ambulatoires et la mise en place effective du stage obligatoire chez le praticien.

Le stage était prévu pour se dérouler selon trois phases : phase d'observation, phase semi-active et phase active ou phase d'autonomie.

En 2004 est créé le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale, reconnaissant enfin la Médecine Générale en tant que spécialité.

Parallèlement, la même année, parait la circulaire de la Direction Générale de la Santé (DGS) concernant la création et l'organisation du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) instauré par l'arrêté du 19 octobre 2001. (10)

Les objectifs de ce stage sont de permettre aux résidents et aux internes de médecine générale d'approfondir leur expérience et leur connaissance de l'exercice ambulatoire de la Médecine Générale.

La maquette actuelle du DES de médecine générale (11) permet ainsi la réalisation d'au moins deux stages en cabinet ambulatoire de Médecine Générale. Certaines subdivisions d'internat permettent même de faire 3 semestres (soit la moitié de l'internat) en ambulatoire avec le développement des stages mère-enfant en ville plutôt qu'à l'hôpital.

Malgré cette multiplication des initiatives pour former les internes à l'ambulatoire, les résidents puis les IMG ont continué à effectuer des remplacements au cours de leur cursus.

Ainsi en 2011, soit sept ans après la création du SASPAS, un interne sur 5 ayant répondu à l'enquête de l'ISNAR-IMG (12) déclarait avoir fait des remplacements au cours de l'internat.

En 2014 en Région Centre, 61 étudiants en médecine générale ont demandé leur première licence de remplacement (13). Nous n'avons cependant pas la possibilité de savoir si ces étudiants étaient encore en cursus ou s'ils avaient fini leurs stages de DES sans avoir soutenu leur thèse. De même, demander sa licence de remplacement n'est pas forcément synonyme de remplacements effectifs.

Actuellement la législation du remplacement en médecine générale impose la réalisation préalable d'au moins trois semestres de stage de troisième cycle dont le stage de médecine générale de niveau 1. (14,15)

Si des études ont déjà été réalisées sur le remplacement comme mode d'exercice au sortir de l'internat, très peu se sont intéressées aux internes qui effectuent des remplacements. Nous avons donc voulu étudier dans un premier temps les motivations qui poussent les internes à faire des remplacements, le contexte de ces remplacements, le parallèle qu'ils font avec le SASPAS et l'impact des remplacements sur le projet professionnel. Les objectifs secondaires ont été de rechercher les difficultés rencontrées au cours des remplacements mais également les apports constatés par les internes et la vision qu'ils avaient de la place du médecin généraliste dans le système de soins.

Matériel et méthodes

1. Méthode et population

Il s'agit d'une étude qualitative utilisant la méthode des entretiens semi-dirigés.

Le recrutement s'est déroulé en deux parties.

La première partie a consisté en un questionnaire informatique distribué via la Plateforme Google Forms. Ce questionnaire a été envoyé à tous les internes de médecine générale de la Région Centre ayant débuté leur internat en 2010 ou 2011. La liste des internes a été fournie par le syndicat GRACE-IMG et les adresses électroniques ont été récupérées via le site du DUMG (module d'envoi de message électronique). Il était demandé aux internes s'ils avaient réalisé des remplacements en médecine générale au cours de leur internat, le semestre de début de ces remplacements et la durée approximative des remplacements.

Il leur était également demandé s'ils accepteraient de participer à un entretien individuel. Ce questionnaire figure en annexe 1.

A partir des données recueillies par le biais de ce questionnaire et de l'accord des internes interrogés, nous avons réalisé un échantillonnage de type variation maximale, afin d'obtenir une diversité des opinions, des représentations et des comportements, l'échantillon comprenant des médecins aux caractéristiques sociodémographiques très différentes.

Quatre caractéristiques ont été définies comme pertinentes pour la constitution de l'échantillon. Le critère "sexe" a été retenu dans la mesure où le métier de médecin généraliste tend à se féminiser. Le semestre de début des remplacements a également été retenu comme pertinent, ainsi que la durée totale des remplacements. Le mode d'exercice actuel de l'interviewé a également été jugé discriminant compte tenu des questions sur le projet professionnel.

L'investigateur a donc sélectionné parmi les internes ayant accepté de réaliser un entretien, les personnes à interviewer, selon les critères considérés comme pertinents. Un interviewé a été recruté par bouche à oreille.

2. Entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre janvier 2015 et février 2016, selon le souhait des personnes interviewées, au cours d'entretiens physiques ou à distance grâce au logiciel SKYPE® ou à l'application mobile ACR®.

La trame d'entretien a été testée sur deux personnes, l'une interne en médecine générale n'ayant pas effectué de remplacement et l'autre interne de pneumologie ayant fait des remplacements. Le but était de rendre la trame la plus acceptable et pertinente possible ainsi que d'en évaluer la durée.

La grille d'entretien commençait par des questions d'ordre général de présentation puis était déclinée sur les thèmes : cursus médical, remplacements au cours de l'internat (motivations, apports, difficultés ressenties), réalisation d'un SASPAS et différence(s) par

rapport au remplacement, projet professionnel et rôles du médecin généraliste. Nous nous sommes attachés à la recherche d'une modification du point de vue de l'interrogé vis à vis de ces thèmes suite aux remplacements. La trame d'entretien se trouve en annexe 2.

3. Retranscription et analyse

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés par l'investigateur principal, après un bref exposé de la question de recherche. Chacun de ces entretiens a été mené grâce à un guide d'entretien qui a évolué au fil de l'analyse des données déjà collectées. Les entretiens ont été enregistrés sur un fichier audio ou vidéo (pour les entretiens à distance), après information et consentement de l'interviewé. Ils ont ensuite été retranscrits sur Word® puis anonymisés par l'investigateur principal.

Une analyse fine par thématique a ensuite été réalisée pour mettre en évidence des modèles explicatifs. Le codage a été réalisé par la méthode de la table longue, entretien par entretien. Un double codage a été utilisé pour le premier entretien afin d'uniformiser la façon de coder. Nous avons ensuite comparé les thèmes émergents entre chaque entretien. Nous avons repéré les thèmes récurrents, les similitudes et les différences, et les liens afin d'en déduire des réponses à notre question de recherche.

La phase de recueil des données a pris fin lorsque la suffisance des données a été atteinte pour les objectifs principaux.

Résultats

1. Population

a. Questionnaire informatique

Un questionnaire informatique a été envoyé à 127 internes et anciens internes de médecine générale. Le premier envoi a eu lieu le 16 décembre 2014. Un rappel a été envoyé le 04 janvier 2015.

Nous avons eu 86 répondants sur 127 internes sollicités.

46 internes déclaraient avoir réalisé des remplacements au cours de leur internat.

La durée de remplacement variait entre une demi-journée et cinq mois de remplacement. Le mode d'exercice majoritaire au moment de l'enquête était le remplacement en médecine générale.

b. Caractéristiques des personnes interrogées

Quinze entretiens ont été réalisés, avec 11 femmes et 4 hommes.

La suffisance des données a été atteinte au bout de 14 entretiens. Un quinzième entretien a été réalisé pour confirmer la suffisance.

La durée d'entretien variait entre 17 et 41 minutes.

Le Tableau 1 de l'Annexe 3 regroupe les principales caractéristiques des participants:

- Âge
- Sexe
- Lieu d'externat
- Statut marital
- Semestre de début des remplacements
- Durée approximative des remplacements effectués pendant l'internat
- Réalisation d'un SASPAS

2. Motivations à effectuer des remplacements

a. Financier

Le côté financier avait une place prépondérante dans les motivations, mais ses aspects étaient multiples.

Les remplacements représentaient pour certains un complément de revenus

- #1 "les samedis matins c'était financier [...] c'était [...] mieux payé que notre salaire d'interne"
- #2 "Alors le côté financier j'avoue que ça a été agréable, ça a quand même penché dans la balance."
- #3 "Le côté financier"
- #7 "Et puis la 2ème c'est que ça me faisait un peu d'argent en supplément"
- #12 "Pour des raisons financières"
- #14 "Bah de l'argent (*rires*). Rien d'autre."
- #15 "Clairement c'était pour des raisons financières"

Certains internes avaient réalisé leurs remplacements au cours d'une disponibilité. Les revenus étaient ici nécessaires pour financer cette disponibilité.

- #1 "Il fallait que j'ai un revenu donc fallait que je remplace un petit peu quoi."
- #6 "C'était dans le contexte d'une disponibilité [...] pour avoir, euh, des ressources on va dire financières"
- #8 "il me fallait quand même des revenus pendant 6 mois donc j'ai fait des remplacements comme ça."
- #10 "d'abord financer ma disponibilité"

Les internes évoquaient la volonté de pouvoir bénéficier du régime fiscal micro BNC à la fin de leur internat, justifiant le début précoce des remplacements.

- #4 "J'ai commencé mes remplacements en mai, plutôt que novembre, pour pouvoir bénéficier du régime micro BNC"
- #9 "Alors la vraie motivation c'était de bénéficier du régime micro BNC"

Un interne déclarait avoir fait des remplacements afin d'évaluer la rentabilité financière de l'exercice en tant que remplaçant.

- #11 "C'était d'avoir une certitude que je peux gagner ma vie en dehors de l'hôpital."

b. Vie Personnelle

Presque tous les internes interrogés évoquaient des motivations d'ordre personnel à la réalisation des remplacements.

Une des internes interrogés évoquait la nécessité pour elle de "prendre du recul", de "digérer l'internat"

- #1 "besoin de recul par rapport à mon internat [...] je ne me visualisais pas à la fin de de l'internat et ce que je voulais faire [...] digérer l'internat"

Les internes motivaient leur décision de prendre une disponibilité, et donc de faire des remplacements pour la financer, par la distance qui les aurait séparés de leur conjoint.

- #1 "question sur cette dispo ou pas. Donc euh, après y a aussi le facteur, euh, personnel. Parce qu'on ne pouvait pas être dans la même ville avec mon conjoint donc ça a joué aussi dans ma décision."
- #8 "bah j'avais pris une disponibilité, justement pour suivre mon conjoint"

c. Se confronter à l'autonomie

Pour certains ces remplacements représentaient un test, une façon de confronter ses compétences à leur exercice futur. Ils souhaitaient se mettre en conditions réelles.

- #1 "un peu calmer mes angoisses à remplacer et du coup me sentir plus à l'aise à la fin de l'internat quand je serai face à cette situation."
- #5 "savoir si j'allais être capable. en étant toute seule, de prendre des décisions, de gérer des situations qui étaient plus ou moins compliquées en fait [...] savoir si ça allait me rassurer ou pas"
- #8 "Donc c'était aussi se confronter au stress."
- #10 "C'est à dire me tester parce que je savais que derrière j'avais le SASPAS [...] Donc c'était un peu un test"
- #10 "Mais j'avais beaucoup de choses à me prouver d'accord. Et euh, on ne se prouve jamais mieux les choses qu'en se mettant, qu'en allant au feu quoi. [...] Euh, ouais, je crois que ça a été un truc super important pour moi ça. Moi personnellement je crois que c'est surtout ça qui, j'avais besoin de me prouver des choses quoi [...] Ouais me prouver que j'étais capable d'être médecin, que je suis pas nul comme on me

l'a expliqué pendant des années quand j'étais externe"

#11 "Que je suis capable de gérer une consultation sans avoir le maître de stage derrière moi."

#12 "Je crois que je voulais plutôt euh, tester mes capacités. Enfin, vérifier que j'en étais capable."

Il s'agissait également d'avoir une vision plus complète du métier auquel ils se destinaient, de découvrir la réalité du métier, la "vraie vie".

#2 "on va tenter la vraie expérience, se dire parce que là en SASPAS oui on nous lâche quand même beaucoup beaucoup de lest, surtout un de mes MSU qui m'a lancé comme si c'était réellement des remplacements"

#5 "c'était "la curiosité", entre guillemets. C'est à dire, euh, bah je voulais voir ce que c'était [...] que d'être seule, derrière le bureau [...] quel était le rôle du médecin généraliste en fait parce que, euh, dans les stages...hospitaliers euh... on a pas du tout de contact avec ce que c'est vraiment la réalité euh... en temps que médecin généraliste. Donc euh... l'important aussi pour moi c'était de savoir un peu, bah quel était le quotidien du médecin [...] les interactions qu'on peut avoir avec le patient, avec les autres collègues, enfin l'intrication, du réseau de soins, l'hôpital, la gestion des urgences etc...."

#6 "Oui, après je trouvais ça relativement intéressant d'avoir une approche beaucoup plus pratique, euh... dans le cadre de l'internat de médecine générale, de voir un petit peu ce, que c'était quoi, au delà du stage de niveau 1

#7 "la 1ère chose je pense que c'était pour, bah pour voir ce que ça donnait, la, la 1ère expérience de remplacement. En fait comment ça se passait"

#11 "Et c'est ça en fait, qui me faisait peur, d'être toute seule, faire les consultations, faire le secrétariat, répondre aux messages, assurer les bilans, et ça par contre je savais pas faire, c'est pour ça que j'ai fait le remplacement."

#12 "découvrir la profession quoi, même si on l'avait déjà découverte mais quand on est tout seul c'est un autre regard quand même."

#13 "de voir déjà un peu comment s'exerce en cabinet, comment t'exerce seul quoi"

Certains internes précisait que c'était une façon pour eux de dédramatiser le post internat.

#1 "la fin de l'internat me faisait euh un peu peur, je pense. Parce que on a quand même, on est quand même encadré [...] un peu calmer mes angoisses à remplacer et du coup me sentir plus à l'aise à la fin de l'internat quand je serai face à cette situation."

#4 "de faire une transition un petit peu, de préparer la suite vu que j'allais faire des remplacements [...] Il y a toujours un petit peu la peur de "tu sais pas comment ça va se passer", même si on te dit que, y'a besoin de médecin et qu'on trouve facilement des remplacements, il y a toujours un peu cette appréhension là."

#7 "Euh, bah, la 1ère chose je pense que c'était pour, bah pour voir ce que ça donnait, la, la 1ère expérience de remplacement. En fait comment ça se passait. Je m'étais dit que là c'était les bonnes conditions donc je me suis lancée, mais c'était vraiment pour me dire, ben voilà ça y est je me lance dans les remplacements, comment ça se passe? Qu'est ce que ça donne?"

#9 "Je voulais me sentir plus professionnel au moment de commencer mes premiers remplacements après."

#11 "Je voulais gagner une confiance en moi. Pour pouvoir me lancer par la suite et me stresser moins pour les remplacements"

13 "ça pouvait m'apporter [...] un peu de sérénité de remplacer "

Plusieurs exprimaient leur envie d'être en conditions réelles, sans maître de stage et ainsi de se rendre compte des responsabilités incombant au médecin généraliste.

#5 "Je suis passé en stage de niveau 1[...] ça m'a donné envie de, de... bah "de voler de mes propres ailes" [...] sans forcément avoir le maître de stage derrière qui vérifie [...] je voulais voir ce que c'était, en fait que d'être, euh, que d'être seule, derrière le bureau"

#7 "c'était surtout pour [...] la responsabilisation de la prise en charge des consultations. Parce que du coup même si c'était moi qui menait les consultations de la même manière qu'en SASPAS, euh bah j'avais personne derrière moi pour vérifier ce que je faisais"

#8 "Bah en SASPAS on garde quand même le truc de se dire le soir on va vérifier avec le maître de stage qu'on a bien fait et on peut rattraper les choses. En rempla, bah c'est plus pareil à la limite tu peux demander un peu aux collègues quand t'hésites mais tu es quand même un peu tout seul à prendre les décisions et ça stresse..."

#11 "On a plus conscience de la prise de responsabilité, c'est ça que ça m'a... que ça m'a permis de voir en fait."

#13 "que tu es tout seul à prendre des décisions globalement"

#14 "Savoir quand toi t'es en autonomie complète, c'est-à-dire sans personne derrière toi, sans parachute, qu'est-ce qui se passe."

#15 "c'était le grand bain pour la première fois on était, on était euh, j'étais interne, euh j'étais pas interne, le lapsus, j'étais médecin, j'étais "médecin titulaire""

Une interne, décrivait l'intérêt pour elle de créer une relation différente avec le patient de ce qu'elle avait vécu en stage. Elle espérait que les remplacements pourraient lui permettre de s'affranchir complètement de la présence du médecin "titulaire". La relation en tête à tête en SASPAS ne suffisait pas selon elle, car le "spectre" du maître de stage était toujours présent au cours de la consultation.

#5 "je voulais avoir une... autre, enfin, une autre relation [...] que de regarder son... le maître de stage qui, finalement c'était une relation un peu triangulaire. Donc là j'étais vraiment, moi en face du patient et donc c'était initialement, la, la curiosité de savoir ce que ça faisait"

d. Formation personnelle

Toutes les personnes interrogées avaient une optique d'auto-formation pour leur remplacement.

Deux internes considéraient que le remplacement au cours de l'internat pouvait compenser l'absence de SASPAS durant le cursus.

#8 "Mais dans mon idée j'étais de toute façon... plus dans l'option bah... vu mon rang de classement je pourrais pas faire de SASPAS donc ce sera plus euh du rempla pendant 6 mois qui me tiendront lieu de SASPAS"

#9 "que mes premiers remplacements seraient aussi formateurs qu'un SASPAS. Je pouvais toujours, si je ne me sentais pas à l'aise, faire des remplacements en cabinet de groupe"

Quelques uns avaient un objectif d'auto-formation "sur le tas" durant leur remplacement. Le remplacement devait leur permettre d'acquérir des connaissances et des compétences sur des champs peu connus jusque là.

#4 "Apprendre aussi du médecin que j'allais remplacer"

#10 "y'a plein de choses à mon avis super importantes qu'on ne nous a pas appris dans notre cursus [...] Et en particulier l'administratif, la gestion d'un cabinet, la comptabilité, tous les formulaires Cerfa euh... Quand on était en niveau 1 on se retrouvait avec le médecin qui disait "oh là non c'est un peu complexe, attends je vais le faire." Il nous laissait juste nous occuper de la partie médicale. Ce qui fait que ça on l'avait pas, et il y a bien un moment où faut l'apprendre quoi. [...] c'est à dire de compléter les lacunes euh, que je pouvais avoir, que la fac ne m'avait pas, ne m'avait pas donné."

#11 "et parce que je me suis dit "bon c'est une manière de gagner ma vie et c'est une manière de se former toute seule sur place à la pratique courante de médecine générale"

#12 "perfectionner aussi notre apprentissage parce que je pense que c'est le meilleur moyen d'apprendre [...] Parce que, je voulais mettre en pratique la théorie qu'on nous apprenait au début."

e. Avenir professionnel

Un grand nombre d'internes souhaitait utiliser ces remplacements comme un moyen d'envisager et de se projeter dans leur avenir professionnel.

Dans un premier temps, ces remplacements leur permettaient de construire ou d'affiner leur projet. L'idée était de faire le tri entre ce qui leur convenait et ce qui ne leur convenait pas dans les différents remplacements effectués.

#3 "ça permet après de faire un choix entre ce qu'on veut et ce qu'on ne veut pas."
#3 "Des cabinets différents, des logiciels, des organisations"
#4 "On pioche un petit peu des choses qu'on va réutiliser, ou pas du tout à l'inverse. On voit des choses et on se dit "je travaillerai pas du tout comme ça" et à l'inverse d'autres choses "ah ça c'est pas mal, cette organisation là..." "
#6 "savoir si effectivement ça pouvait m'intéresser ou pas"
#8 "bah de découvrir aussi des façons d'exercer un peu différentes."

Pour un interne, c'était l'occasion de se créer un réseau de correspondants dans la perspective d'une installation rapide.

#3 "côté contact avec des médecins [...] on se fait un petit réseau"

Le remplacement pouvait permettre de se familiariser avec l'activité administrative concernant la logistique du cabinet médical.

#7 "aussi le côté comptabilité, administratif, la gestion d'appels annexes quoi on va dire. Tout ce qui, tout ce qui fait que y a... comment s'organise une journée de médecin généraliste"
#9 "Maîtriser la paperasse, il y avait pas mal de documents... Quand j'étais en stage, en deuxième semestre, en médecine générale je m'étais pas trop penché sur tout ce qui était papiers puisque... on s'en fout un peu quand on est interne au début"
#10 "Et en particulier l'administratif, la gestion d'un cabinet, la comptabilité"

Deux internes trouvaient intéressant de faire les démarches pour remplacer au cours de l'internat.

#4 "Commencer à me familiariser aussi avec tout ce qui était, comment on recherche un remplacement..., comment ça fonctionne le contrat entre le remplacé et le remplaçant, voilà tout ce qui est papiers, tout ce qui est URSSAF et compagnie. "
#11 "découvrir en fait qu'est-ce que c'est vraiment les remplacements, le monde du remplacement, si c'était la suite de mon cursus, j'avais un petit peu, j'étais un petit peu curieuse de voir effectivement qu'est ce que c'est, si je peux trouver facilement des remplacements, si je suis déjà capable de les faire, euh au niveau administratif euh, qu'est-ce qu'il faut faire, qu'est-ce qu'il faut pas faire."

L'acquisition d'expérience était une motivation importante pour les internes interrogés.

#3 " et puis l'expérience"
#4 "le cabinet dans la vraie vie quoi. Même si dans le stage SASPAS on le fait déjà, mais voilà continuer, avoir encore une autre expérience"
#8 "Bah de l'expérience, euh quand on a un SASPAS, enfin, déjà on, on apprend à avoir des moments où on est tout seul devant un patient et faut prendre une décision, faut gérer l'incertitude et, et voilà dire, voir si là on attend, on se donne 2-3 jours, si on envoie tout de suite aux urgences, si on envoie à un confrère en lui téléphonant ou pas."
#10 "puis me faire de l'expérience [...] bah "c'est en forgeant qu'on devient forgeron""

#13 "De trouver des choses que t'as pas l'habitude de faire, enfin des situations que t'as pas l'habitude de gérer en milieu hospitalier quoi."

Les remplacements étaient une façon d'apprendre à gérer les consultations. La gestion du temps de la consultation revenait comme sujet d'inquiétude, que ce soit dans la durée ou dans le contenu, notamment administratif.

#9 "maîtriser un peu le temps parce que je savais pas trop comment j'allais réussir à gérer ça le temps des consults et tout"

#9 "Maîtriser la paperasse, il y avait pas mal de documents... Quand j'étais en stage, en deuxième semestre, en médecine générale je m'étais pas trop penché sur tout ce qui était papiers"

#11 "Que je suis capable de gérer une consultation sans avoir le maître de stage derrière moi."

La gestion complète de la journée était décrite comme un point d'intérêt par les internes.

#7 "et puis voir aussi au niveau de la gestion de la journée, ça je le faisais déjà aussi en SASPAS"

#11 "D'essayer de voir comment je réagis à l'imprévu, aux urgences en médecine libérale, comment je peux tenir le rythme d'une journée à 20-30 consultations par jour. Parce qu'avant on faisait 15-20 d'observation environ et après on rentrait chez soi donc là tout est différent"

f. Garder une activité de MG

Certains internes ont choisi de remplacer alors qu'ils n'étaient plus en stage ambulatoire, qu'ils soient en stage hospitalier, en disponibilité ou dans un stage autre. Les remplacements étaient dans ces cas là, un moyen de continuer à avoir une activité de médecine générale.

#4 "ça me permettait de continuer à faire de la médecine générale alors que j'étais dans ce stage de Rezo Addictions"

#4 "c'est toujours un petit peu la peur de perdre, de perdre l'habitude de faire des consultations etc."

#5 "Finalement faire des remplacements alors que tu étais en stage hospitalier c'était un moyen de garder cette pratique qui te convenait? Oui"

#8 "Bah vu que j'avais fini mon SASPAS j'avais aussi envie de ne pas perdre la main, de garder le contact avec les patients"

#9 "Après il fallait bien que je me remette la tête dans la médecine générale puisque je n'en avais pas fait depuis le deuxième semestre... et que ça approchait mes futurs remplacements donc ça m'angoissait un peu"

g. Pression du médecin installé

La dernière raison évoquée pour le remplacement était la pression exercée par le médecin installé sur l'interne.

#13: "Euh mon père avait besoin de quelqu'un pour remplacer un samedi matin et du coup il m'a tanné pour que je le remplace."

3. Contexte des remplacements

Tous les internes ne prévoyaient pas de remplacer au cours de l'internat. Si plusieurs internes avaient prévu de remplacer et avaient même prévu le moment où ils remplaceraient, les autres déclaraient n'avoir remplacé que parce que l'occasion s'était présentée, parce qu'on leur avait proposé.

#1 " Et après pour la dispo, euh, bah une fois la décision prise de faire une dispo, j'avais pas le choix, il fallait que j'ai un revenu donc fallait que je remplace un petit peu quoi."
 #3 "C'était un choix, parce que plus de temps en SASPAS pour le faire. Sur les semestres d'avant je n'aurais pas eu le temps."
 #4 "Oui c'était un choix, j'ai trouvé que c'était, enfin, que c'était une bonne chose pour plusieurs raisons."
 #6 "D'accord, donc les remplacements c'est quelque chose que tu avais prévu de faire? Oui"
 #9 "j'avais depuis un petit moment pensé à faire des remplacements euh, mais j'avais pas pris le temps de m'en occuper."
 #10 "Ouais, ouais ouais c'est un truc qui a mûri bah au moins six mois avant quoi."
 #12 " Enfin je savais que dès que j'allais avoir la capacité de remplacer, je remplacerais, j'avais prévu ça."
 #15 "moi je leur ai tendu la perche en disant que j'aimerais bien me lancer dans les remplacements"

#1 "Alors au tout début les samedis matins c'était l'occasion, "
 #2 "Alors à la base ce n'était pas « inné » que je fasse des remplacements pendant l'internat.[...]le médecin de mon village d'enfance discutait avec ma mère [...]et disait « je suis embêtée pour les grandes vacances je n'ai pas du tout de remplaçant, [...]Et du coup ma mère, sans le dire au médecin en question, m'en a parlé à moi."
 #5 "Bon, en fait ça c'est présenté comme ça."
 #7 "Je pense que si on ne me l'avait pas proposé, je suis pas sûre que spontanément j'aurai cherché à remplacer, euh pendant mon SASPAS."
 #8 " c'est l'occasion qui s'est présentée"
 #11 "J'ai pas prévu à l'avance"
 #13 "Euh mon père avait besoin de quelqu'un pour remplacer un samedi matin et du coup il m'a tanné pour que je le remplace. Voilà."
 #14 "J'avais pas très envie au départ [...] j'étais pas super intéressé par les remplacements au départ hein, je voyais pas comment je pouvais dans le temps imparti avoir le temps de remplacer en fait au départ. [...]Non, j'étais absolument pas à la recherche d'un remplacement."

De la même façon, peu d'internes avaient réellement préparé leur remplacement. Même chez les internes qui avaient prévu de remplacer, les premiers remplacements ont plutôt été des "occasions" proposées par les médecins installés plus que du démarchage actif par les internes.

#6 " le premier c'était un médecin qui m'avait contacté, bah c'était dans le [département], suite au Conseil de l'Ordre, parce que j'avais laissé mon numéro au Conseil de l'Ordre pour, euh, en tant que remplaçante. Donc c'était une semaine qui tombait bien par rapport à mon calendrier, on va dire, personnel. Et donc du coup après c'était un médecin que j'avais contacté que je connaissais pas et que j'ai remplacé chez lui et pareil pour l'autre dans le [département]."
 #10 "J'avais élaboré le projet longtemps avant avec mon ami dans le sud et j'avais déjà appelé le Dr X. là à [ville] pour, pour lui dire "Ça m'intéresserait de vous remplacer cet été", j'avais déjà avancé des pions."
 #15 "moi je leur ai tendu la perche en disant que j'aimerais bien me lancer dans les remplacements"

#8 "Non c'est l'occasion qui s'est présentée, euh... J'ai posé ma dispo, après je me suis dit "Ah, ce serait peut être pas mal que j'ai ma licence de rempla". Une fois que j'ai eu ma licence de rempla et que je suis arrivée à [ville], là je me suis dit "Ah, il faudrait peut être que je cherche des remplacements.""
 #9 "Non ça s'est fait vite, c'était un remplacement de dernière minute"
 #12 "je comptais remplacer assez rapidement et eux avaient besoin et du coup ça c'est trouvé comme ça."
 #13 "C'était globalement plus pour dépanner."

Le choix du lieu de remplacement semblait primordial. La majorité des personnes interrogées avaient commencé par faire des remplacements de médecins qu'ils connaissaient.

De nombreux internes avaient choisi de remplacer chez leurs anciens maîtres de stage de niveau 1 ou de SASPAS.

- #1 "principalement chez mon ancien maître de stage"
- #3 "Et puis, via mes MSU de SASPAS."
- #5 "le premier remplacement qui s'est présenté à moi, c'était remplacer... en fait ma maître de stage de niveau 1."
- #7 "les médecins d'un cabinet dans lequel j'avais fait mon stage de niveau 1, m'avaient demandé de les remplacer parce qu'elles n'avaient pas trouvé de remplaçante."
- #10 "Mon remplacement dans la région Centre c'était un des médecins avec qui j'ai bossé en niveau 1, voilà"
- #11 "il y avait un maître de, un ancien maître de stage de niveau 1 qui m'a recontacté, qui m'a proposé [...] J'étais en sécurité plus ou moins [...] C'était rassurant de commencer de remplacer là-bas"
- #12 "Alors la première année j'ai remplacé les médecins que j'avais eu en niveau 1"

D'autres ont choisi plutôt de remplacer des médecins qu'ils connaissaient, que ce soit professionnellement ou personnellement, sans pour autant qu'ils soient passés en stage chez ces médecins.

- #1 "j'ai fait une semaine chez ma directrice de thèse aussi sur ces 6 mois."
- #2 "le médecin de mon village d'enfance, je la connaissais déjà même si ce n'était pas "mon" ancien médecin"
- #3 "J'ai commencé avec le Dr [nom] par connaissance et parce que c'est ma voisine. Et puis comme elle travaille en maison de santé je les ai tous remplacés"
- #4 " c'est un médecin qui était, que j'ai rencontré par ce stage, qui m'a proposé de le remplacer aussi, donc du coup j'avais un bon contact avec lui"
- #5 "j'ai aussi remplacé dans la maison de santé... euh de mon autre maître de stage.euh qui était à [Ville], donc j'ai remplacé les médecins de cette maison de santé là. Mais initialement, euh, je suis restée euh, que euh... "dans le cercle" des gens ... euh des gens que je connaissais."
- #8 "La chef de clinique, bin elle évoluait dans nos sphères"
- #10 "Puis mes remplacements dans le sud c'était chez un pote avec qui on était externe ensemble à Paris, qui maintenant est médecin généraliste là bas... [...] j'ai remplacé également son collègue"
- #13 "Euh mon père avait besoin de quelqu'un pour remplacer un samedi matin"
- #14 "J'ai remplacé dans le cabinet d'un de mes maîtres de stage mais pas mon maître de stage, un collègue. Ils étaient deux et ils partaient tous les deux en même temps."

Certains au contraire ne connaissaient pas les médecins qu'ils remplaçaient.

- #6 "Bah d'ailleurs je n'en ai fait aucun chez un médecin que je connaissais en fait"
- #8 "le cabinet où je suis arrivée il y avait un médecin qui cherchait 3 semaines, et finalement il y avait un de ses autres collègues qui cherchait pour 2 semaines et demi donc je suis restée longtemps."
- #9 "il y avait une annonce sur le site du DUMG, on recevait des mails comme chaque été, des médecins qui cherchent en urgence "
- #15 "Ah non, c'était pas des médecins que je connaissais non."

La priorité était donnée, pour une interne, à la proximité de son domicile.

- #6 "j'ai contacté en fait, euh, les médecins qui étaient proches de là où je vivais avec mon conjoint à ce moment là."

Deux internes signalaient avoir fait des remplacements en maison médicale de garde, raison pour laquelle ils ne connaissaient pas les médecins remplacés.

- #3 "en maison médicale de garde à [ville], par mon maître de stage qui était celui qui gérait la liste de garde"
- #15 "c'est une garde qui se faisait en... en maison médicale rattachée aux urgences de l'hôpital"

Le moment du remplacement était également très variable selon les internes. Pour certains le samedi matin ou les gardes de week-end semblaient être le moment idéal.

#1 "Je remplaçais le samedi matin, donc c'était sur mon 5^{ème} semestre"
#3 "je la remplaçais de temps en temps les samedis matins [...] remplacements en Maison médicale de garde."
#12 "je remplaçais toutes les vacances scolaires quasiment plus certains samedis."
#13 "Une demi journée (rires) [...] un samedi matin"
#15 "mes remplacements se faisaient principalement sur les week-ends, en garde [...] Et du coup sinon des samedis matins des fois, c'était que des week-ends du coup."

D'autres déclaraient avoir réalisé des remplacements fixes, ou au moins régulièrement sur des périodes précises comme les vacances scolaires.

#4 " j'ai remplacé presque un jour par semaine. "
#5 " sur des durées en général sur les vacances scolaires."
#12 "je remplaçais toutes les vacances scolaires "

Plusieurs internes ont fait des remplacements au cours d'une disponibilité réalisée à la fin de leur cinquième semestre d'internat.

#1 " j'ai posé une dispo et du coup j'ai fait des remplacements l'été."
#6 "dans le contexte d'une disponibilité"
#8 "j'avais pris une disponibilité"
#10 "Et bah à la fin de mon cinquième semestre sur ma disponibilité entre le cinquième et le sixième semestre."

Certains internes ont profité des jours libres de leurs stages pour réaliser ces remplacements, allant même pour certains jusqu'à remplacer sur des repos de garde.

#3 "c'était vraiment des journées isolées."
#4 " j'ai remplacé presque un jour par semaine [...] donc pas tout à fait parce que ça dépendait après bien sûr des priorités, la priorité c'était mon stage à ce moment là mais c'était presque quand même un jour par semaine. "
#7 "Et donc, euh, il me restait 2 jours par semaine de libre"
#9 "Donc c'était plus sur des repos de garde"

La dernière option adoptée par les internes pour réaliser des remplacements a été de poser des congés pour réaliser ces remplacements

#2 " Et finalement c'est tombé durant mes 3 semaines de vacances"
#3 " Je posais mes vacances pendant les stages et j'en profitais pour faire à ce moment là mes semaines de remplacements."
#9 "Donc c'était plus sur des repos de garde ou des vacances"
#10 "Je les ai fait pendant mes vacances."
#14 "poser une semaine de vacances pour travailler"

4. Conclusions des remplacements

a. Difficultés rencontrées

Les internes interrogés ont tous été, à un moment ou à un autre, confrontés à des difficultés au cours de leurs remplacements.

Mais un grand nombre déclaraient n'avoir eu, dans l'ensemble, aucune difficulté.

#1 "Et... comme autres difficultés... non je vois pas."

#2 "après j'ai pas eu de grosses difficultés"

#3 "mais j'ai pas eu spécialement de soucis."

#4 "Je me suis sentie relativement bien préparée par ma formation pour faire mes remplacements, même d'avoir la responsabilité de mes prescriptions [...] Tout ça c'est parce que j'ai fait le Niveau 1 et le Niveau 2. [...] il n'y aurait pas eu ces 2 stages là, ça aurait été beaucoup plus dur parce que les connaissances médicales qu'on a après les stages hospitaliers sont quand même très loin sur plein de domaines de ce qui se passe en cabinet de médecine générale "

#7 "bah dans mon souvenir je n'ai pas eu trop de difficultés"

#9 "je me souviens pas avoir eu des difficultés. Finalement ça s'est passé beaucoup mieux que ce que je pensais."

#10 "Je n'ai rencontré aucune difficulté..."

#11 "Du côté médical j'ai, j'ai pas eu des, des soucis qui m'ont paniqués"

#12 "Après globalement non, pas d'autres difficultés parce que... C'était des endroits où j'avais déjà, bah du coup, travaillé, je connaissais globalement les patients, ça c'est toujours super bien passé. J'ai pas été en difficulté technique on va dire, pratique quoi. J'ai toujours su gérer sans trop de soucis."

Pour certains les difficultés étaient plutôt d'ordre technique.

Quelques internes rapportaient la difficulté du passage à l'entrepreneuriat ainsi que la gestion de l'aspect comptable du cabinet où ils remplaçaient. Ils considéraient avoir été peu formés à ce sujet.

#2 "Je dévie un peu mais même l'URSSAF, la CPAM, c'est des sujets qu'on n'avait jamais abordé avec mes MSU et que finalement je patauge"

#4 "questionnements au niveau administratif, fiscal [...] passer du salariat à "chef d'entreprise""

#15 "j'ai rencontré des difficultés notamment sur le plan administratif. Il y avait des modes de paiement auxquels j'étais pas du tout euh, sensibilisé [...] Je me souviens la première fois qu'un, qu'un patient euh, que j'ai vu en consultation au moment de me payer il me disait "Ah mais moi je suis sous tutelle il faut l'envoyer. Il faut envoyer la feuille de soins à, à mon tuteur, c'est monsieur machin dans tel truc". J'avais l'impression qu'il essayait de, de me rouler [...] Pareil, la première fois qu'on m'a demandé un tiers payant sur la part AMO, ou le patient il me dit "moi je paye 6,90€ d'habitude" J'ai pas compris parce que on m'avait jamais, on m'avait jamais expliqué ça quoi."

Les internes indiquaient, dans certains cas, avoir eu des problèmes de matériel et d'utilisation du logiciel informatique.

#3 "Ouais plutôt techniques. [...] pour les problèmes techniques, j'ai trouvé que les médecins que j'ai remplacé ils étaient [...] joignables s'il y avait un problème. Après, ouais une ou deux fois pour des problèmes techniques j'ai dû les appeler par exemple"

#6 "Bah en fait je dirai que c'est plutôt inhérent, en fonction de chaque médecin, au matériel... informatique, ou pas. Parce que le premier remplacement était un peu galère, pas de dossier informatisé, sans vraiment de suivi... c'est un peu compliqué"

#9 "Euh des difficultés sur le fait qu'ils avaient un appareil à ECG qui datait du début du siècle [...]. Donc ma première douleur thoracique, en tant que bon interne qui sort de l'hôpital, je me suis dit "je vais faire un ECG". Je me rends compte que l'appareil ne marche pas et je l'ai tristement envoyé aux urgences alors que c'était un jeune de trente ans et que j'étais pas inquiet. Mais voilà, mon deuxième jour de remplacement, douleur thoracique..."

Le contenu réel de la consultation était pour les internes une source de difficultés à différentes échelles.

Le problème le plus fréquemment rencontré lors des consultations était la mauvaise connaissance des démarches et des formulaires administratifs pour le patient.

#1 "je pense qu'on en découvre tous les jours et euh, il y a toujours des choses qu'on ne sait pas faire, et il faut l'accepter en fait"

#2 "Et effectivement le côté administratif, à la fois en tant que professionnel de la santé et à la fois pour les patients, tout ce que les patients nous demandent de remplir, des formulaires que j'ai jamais vu et pour lesquels je me dis "qu'est ce que c'est que ça"

#4 "Mais oui il y'a eu ça et pas toujours être sûre de faire ce qu'il fallait à ce niveau là. [...] Après euh...je pense qu'on en aura tout le temps, parce qu'on aura toujours des nouveaux papiers à remplir."

#7 "Ça a du m'arriver une fois je crois, de l'appeler mais c'était plus pour un problème, euh, de comptabilité je crois, quelque chose qui était en rapport avec l'assurance maladie [...] ou alors en rapport avec la carte vitale, il me semble que je ne savais plus s'il fallait que je mette "médecin traitant" ou "médecin traitant de substitution" parce que je remplaçais. "

#10 "mais on ne nous apprend même pas comment on remplit les Cerfas quoi. On a des séminaires en plus, genre, "Assurance Maladie", "Documents", mais on sort à la fin de la journée on ne sait même pas ce qu'il s'est raconté dedans, on nous a rien appris quoi."

#13 "Bref c'était un mic mac d'administratif. "

#15 "les certificats d'accident de travail ça me stressait. Les arrêts de travail ça allait à peu près mais (*hésite*) l'accident de travail ou même remplir une feuille de soins au départ c'était un peu stressant et euh la gestion sur certains logiciels aussi, les feuilles de soins électroniques. Euh c'était pas... Voilà c'était pas l'aspect médical, c'était plus ce qu'il y avait autour"

La gestion du temps en consultation et sur la journée a également été un problème pour certains internes.

#5 "Ça a été une grosse difficulté pour moi [...] de gérer mon planning et mon temps"

#11 "les consults de 15 minutes j'ai jamais fait en 15 minutes donc ça se transformait en 30."

#15 "Savoir aussi comment gérer son planning sur la journée, quand est-ce qu'on mettait des pauses, quand est-ce qu'on n'en mettait pas?"

Les internes décrivaient pour certains des situations médicales ou sociales complexes les ayant mis en difficulté.

#2 "un jeune qui est arrivé pour un corps étranger dans l'œil [...]J'ai eu beau fouiller je n'ai rien trouvé [*le matériel*] et moi toute seule, j'ai dit non"

#8 "notamment quand on dit la loi des séries, j'ai eu sur la même semaine deux détournements de mineurs. [...] Et là tu te dis : "bah je fais quoi? Non mais pour de vrai, je fais quoi? Parce que elle est en train de me demander un examen gynéco, euh je me sens pas capable de dire euh, si une jeune fille est vierge ou pas, je sais pas si ça a une valeur si c'est moi, j'adresse à qui?" Enfin bref... Donc se poser toutes ces questions là, demander à un collègue, enfin voilà."

#13 "Après j'ai vu un monsieur avec une hypertension réfractaire à trois anti hypertenseurs, où tu sais pas quoi faire parce que (*rires*) le médecin que tu remplaces il sait déjà pas quoi faire. Et puis le diabétique qui veut pas se soigner et qu'en a rien à faire, ce genre de choses. Un peu de tout."

#14 "Il y a, je me souviens d'une consultation médicale particulièrement difficile... [...] mais effectivement médicalement parlant et euh, au niveau de la gestion globale de la consultation j'ai, alors là j'étais complètement dépassé. Complètement dépassé. C'était un domaine médical que je connaissais pas trop, [...] là j'étais ni formé ni informé [...] Ah oui de A à Z. De A à Z, en plus des gens pour qui je suis resté très longtemps au cabinet, parce que je les ai attendu, parce qu'ils venaient de loin et que bon, je dormais sur place ce soir là donc ça m'a pas... Mais voilà c'est vraiment tout le contexte"

Un interne décrivait la découverte des visites à domicile au cours de ses remplacements comme une vraie difficulté et un "traumatisme".

#15 "Les visites aussi, les visites ça m'a traumatisé [...] mais c'est quelque chose que j'appréhendais énormément. [...] C'était quelque chose, ça, ça me plaisait pas du tout. Et puis euh, c'était stressant. Je trouvais que c'était une perte de temps, aussi par rapport aux consultations au cabinet, enfin en une visite

on peut faire trois consultations au cabinet”

Plusieurs internes rapportaient des difficultés en lien avec le statut spécifique du remplaçant et le caractère, par définition, non habituel de ce statut.

L'adaptation aux habitudes du médecin remplacé a été un moment complexe pour certains internes.

#6 “ apprendre à connaître une population, en fonction des types de population, je dirai et en fonction de comment ils ont été plus ou moins éduqué aussi par leur ancien médecin. Donc il faut savoir ne pas accéder à certaines demandes, enfin en fonction, et puis en même temps les médecins des fois ils y accèdent. Sauf que du coup c'est vrai qu'en temps que remplaçant on a plus de liberté de dire non” [...] “c'est le côté cadré du patient, des thérapeutiques du patient , c'est de lui apprendre quand il doit consulter ou pas, qu'est ce qu'il peut demander ou ne pas demander, c'est pas qu'il y a des choses qu'on ne peut pas demander mais c'est que du coup, qui... J'ai découvert que la patientèle est à l'image du médecin c'est à dire que des patients vont être demandeurs de... certaines choses, des ordonnances faciles, des 100% pour tout alors que d'autres patients sont beaucoup plus cadrés, ils viennent moins consulter, ils demandent pas certaines choses... Enfin on voit vraiment qu'il y a un style de population, qui est adapté au style du patient, non du médecin.”

#8 “j'avais fait un ou deux remplacements de 4-5 jours dans des endroits différents et de changer d'endroits tout le temps ça me plaisait pas du tout. Je trouve qu'on dépense une énergie folle, enfin psychologique à essayer de comprendre comment tout est organisé, comment le médecin fonctionne tout ça”

#11 “j'ai été embêtée parce que les dossiers du, au niveau informatique le dossier du patient était vide, donc c'est compliqué de faire le point en, à chaque fois “

Cette difficulté était également le fait d'un manque d'“éducation” de la patientèle selon les internes.

#6 “en fonction de comment ils ont été plus ou moins éduqué aussi par leur ancien médecin. Donc il faut savoir ne pas accéder à certaines demandes, enfin en fonction, et puis en même temps les médecins des fois ils y accèdent. Sauf que du coup c'est vrai qu'en temps que remplaçant on a plus de liberté de dire non”

#8 “surtout je me suis aperçue que ne pas être complètement libre de ses prescriptions parce qu'il fallait quand même suivre un peu ce que fait le médecin d'habitude... S'il fait des, des arrêts de travail pour une otite externe parce que voilà, bah c'est un peu dur de dire au patient qui est pas allé travailler le matin “bah non je vous ferai pas d'arrêt de travail””

Les internes décrivaient des difficultés à s'imposer vis-à-vis de l'entourage professionnel, que ce soit les secrétaires médicales, les collègues ou même les médecins remplacés.

#5 “Il y a beaucoup de choses à gérer, déjà la relation au sein du cabinet. Il y a les relations avec les secrétaires, y a les relations avec les collègues, sachant que moi ça m'a été difficile de m'imposer [...] je me suis toujours très bien entendue avec les secrétaires mais... c'est difficile”

#12 “la première difficulté peut-être c'était le fait que j'étais trop proche des médecins que j'ai remplacé et donc ils en ont profité pour tarder à me payer, ou que, comment dire, ça... enfin c'était compliqué de, d'imposer ce dont moi j'avais envie ou besoin parce que... ils essayaient un peu de prendre le gauche quoi. Et qu'évidemment c'était sans contrat, tout ça, donc euh, je me suis sentie pas très protégée et ça a été compliqué.”

Les jeunes médecins interrogés ressentaient une pression de la part des patients et ressentaient parfois un manque de crédibilité vis-à-vis du patient.

#5 “jeune médecin remplaçant, déjà bah on fait jeune. Du coup c'est difficile, enfin moi je trouve que c'est difficile d'être crédible au regard des patients; au regard des autres [...] Et puis ensuite la 2ème chose ça a été effectivement avec les patients parce qu'ils me renvoyaient en fait une image, alors, qui était très respectueuse, hein ça y avait pas de souci. Mais ils renvoyaient une espèce d'image de, euh, de médecin

jeune en fait. On m'a plusieurs fois posé la question "quand est ce que vous allez finir vos études?". Donc c'est vrai que, alors que, et même maintenant alors que je suis censée avoir fini, on me pose toujours la question. Donc c'est vrai que c'est ce regard renvoyé qui est un peu difficile à gérer, posé sur la position du médecin remplaçant, je suis médecin et cætera, mais lutter contre ce regard qui est un petit peu difficile."

#12 "c'était important de faire un diagnostic et les patients nous mettent vraiment la pression vis-à-vis de ça"

Le faible nombre de patients vus au cours du remplacement était mal vécu par les internes concernés, notamment lorsque l'optique du remplacement était d'envisager le post-internat.

#9 "Bah j'ai eu quelques angoisses parce que j'ai vu très peu de patients. Alors la première journée ça m'arrangeait, les journées d'après, mes angoisses c'était parce que j'avais très peu, sur les cinq jours on a fait une moyenne j'avais vu dix patients par jour... Donc j'avais fait des petits calculs de rentabilité euh à ce moment là sur mes futurs remplacements et j'ai eu quelques angoisses. "

#14 "L'autre difficulté c'était plus dans le "remplissage des consultations"

Enfin la méconnaissance du dossier des patients vus en consultations a également été citée comme une difficulté du remplacement.

#13 "en même temps t'arrives à, au milieu de la situation ce qui fait que t'es pas forcément capable de, de gérer la chose le mieux possible quoi. Parce que tu la connais pas, parce que tu (*hésite*) tu la vois à un instant T et qu'il faut prendre la meilleure décision possible pour elle mais t'as pas forcément toutes les cartes en main."

Les difficultés d'ordre personnel étaient mises en avant par les internes.
La gestion du stress a été citée plusieurs fois comme une difficulté importante.

#1 "c'est le stress d'y aller"

#5 "j'ai fait ça un par curiosité, un peu pour me tester donc la première des difficultés que j'ai eu c'était de me gérer, moi, de gérer mes angoisses, de gérer mes incertitudes et elles étaient nombreuses, euh....Même des fois, jusqu'à 22h à repenser à des choses, à vérifier, revérifier encore, rappeler les gens, enfin bon voilà. Ça a été une grosse difficulté pour moi, de me gérer MOI, voilà et après de gérer mon planning et mon temps. Très difficile... (*rit*)."

#8 "Moi c'est surtout ça en fait, c'est d'avoir l'impression de travailler sans filet et... c'est stressant."

Le fait d'être seul responsable de ses actes, sans supervision par un maître de stage a été décrit comme difficile et générateur de stress.

#2 "le fait d'être toute seule, de se dire, là vraiment il n'y a plus de filet."

#8 "Moi c'est surtout ça en fait c'est d'avoir l'impression de travailler sans filet et... c'est stressant."

#15 "En terme de responsabilités tout était pour moi, j'avais pas un médecin au-dessus qui pouvait, euh, qui pouvait arrondir les angles ou me corriger si je faisais des conneries."

Les notions de "solitude" et d'"isolement" ont été utilisées, notamment par des internes ayant remplacé en cabinet isolé.

#2 "C'est plus le côté isolement... même si je n'étais pas complètement seule, il y avait la secrétaire et tout ça mais voilà"

#3 "des fois être un peu toute seule"

#4 "dans les remplacements maintenant, en plus souvent quand on fait des remplacements toute seule on est assez seul finalement"

Les internes ayant remplacé à distance de leur lieu de vie habituel décrivaient l'éloignement géographique comme une difficulté supplémentaire.

#1 "j'étais à distance du rempla que je faisais, donc j'avais ça en plus, donc je devais loger sur place du coup, j'étais pas chez moi."
#2 "L'éloignement"

b. Apports constatés

i. Personnels

Les internes décrivaient leurs remplacements comme leur ayant apporté un bénéfice personnel notamment en terme psychologique.

L'acquisition de confiance en soi a été fréquemment évoquée comme un apport notable des remplacements.

#1 " je pense que ça rassure de faire des remplacements avant de finir son internat [...] moins peur de finir mon internat [...] ça m'a fait avancer je dirai. Parce que du coup je me sentais plus bloquée dans cette situation de, où t'es interne t'es cocooné et t'as envie d'y rester en fait (*rires*). J'avais envie de passer à autre chose. [...] je ne me trouvais pas si mauvaise [...] ça m'a aidé quand même à commencer à la fin de l'internat."
#4 "C'est vrai que je pense que ça m'a aidé, ça m'a plus rassuré on va dire [...] j'étais plus à l'aise, par rapport à d'autres copines qui, euh, ont débuté les remplas juste en novembre "
#5 "ça m'a... ouais ça m'a rassuré, ça m'a donné une forme de confiance en moi"
#7 "je suis pas forcément quelqu'un qui ai hyper confiance en moi mais euh j'ai pas eu, en fait ça m'a vraiment plutôt conforté dans le fait que j'étais capable de le faire"
#9 "Ça m'a apporté une mise en confiance pour débiter mes deuxièmes remplacements. Moi j'ai débuté, j'ai commencé à remplacer le lendemain du dernier jour d'internat et je me sentais prêt."
#10 "La confiance en moi, la confiance en moi hein, comme je t'ai expliqué c'est important."
#11 "Ça m'a donné confiance en moi"
#12 "Donc ça t'as un petit peu donné confiance en toi Oui oui oui, certainement en quelque sorte et puis ça a validé les acquis théoriques quoi."

Une interne, ayant bénéficié d'un débriefing de son remplacement, attribuait la confiance en elle qu'elle en a retiré, justement à ce débriefing, sans lequel elle s'estimait peu compétente.

#13 "Bah un peu de sérénité [...]le fait d'avoir débriefé aussi parce que le remplacement euh, c'est, à part continuer tous les questionnements que j'avais et à part à la fin me dire que j'étais nulle parce que j'avais pas été capable de faire les choses correctement [...]Et bah en débriefant je me suis rendue compte que finalement j'ai pas fait trop de bêtises et que globalement j'avais bien réagi à ces situations"

Le remplacement avait servi, pour les internes, de catalyseur. Il les avait motivés à aller de l'avant et à finir leur internat ou à s'installer.

#1 "J'avais envie de passer à autre chose."
#8 "Et puis le truc un peu annexe qui m'est arrivé et qui m'a fait aussi me dire que je voulais m'installer... rapidement, que j'avais pas envie de faire des remplas trop longtemps"
#10 "ça m'a un peu donné envie de, de, ouais de faire ça.[...]Ouais pour faire d'autres emplacements etc. [...]Mais ce qui est sur, c'est que euh, en tout cas ça donne envie de faire des remplacements, euh, et en tout cas de goûter vraiment la vie en cabinet libéral parce que c'est cool quoi, juste..."

Le statut de remplaçant a permis aux internes de bénéficier d'une meilleure reconnaissance de la part des patients.

#10 "euh voilà t'es le médecin autonome, euh, tu, tu, tu fais ce que tu veux,"
#15 "j'étais médecin, j'étais "médecin titulaire"

Un des internes interrogés affirmait avoir acquis de la maturité grâce à ce remplacement.

#15 "j'avais l'impression que ça me faisait gagner en maturité professionnelle et je trouvais ça, personnelle aussi, je trouvais ça pas mal"

Les remplacements ont également été pourvoyeurs de bénéfices pratiques pour les internes qui en ont fait.

En premier lieu, il a permis aux internes de bénéficier de ressources financières, notamment pour les internes en disponibilité.

#8 "Oui parce que ça m'a permis de tenir en terme de finances pendant six mois. [...] je cherchais pas à avoir des sommes folles c'était vraiment juste pour continuer à payer les dépenses courantes."
#10 "Ouais, ça a répondu à mes attentes sur tous les plans. Sur tous les plans que j'ai énuméré avant, euh que ce soit formation, que ce soit financier"

Un interne confirme que ce remplacement lui a permis de bénéficier du régime fiscal du micro-BNC.

#9 "Ça m'a apporté le micro-BNC, voilà. Ça m'a apporté un régime de faveur des impôts on va dire."

Ces remplacements pendant l'internat, ont été l'occasion pour les internes de préparer et de trouver des remplacements pour la fin de leur internat.

#4 "j'ai continué à remplacer chez ce médecin par la suite d'ailleurs"
#10 "création d'un réseau. [...] dans la région Centre, enfin c'est des médecins, parfois il y a des médecins qui sont un peu aux abois, qui attendent qu'une chose de partir à la retraite ou qui cherche un remplaçant etc. Et en fait de bosser chez un mec et bah tu vas peut-être amené à en rencontrer un autre chez qui tu vas rebondir, faire un autre rempla etc. Et je vois par exemple dans le sud c'est ce qu'il s'est passé, c'est que ça m'a ouvert des portes."
#11 "je peux dire seulement que le fait que j'ai remplacé la première semaine de remplacement dans un cabinet médical, bah je remplace toujours là bas ça se passe toujours bien dans les mêmes conditions, il n'y a jamais eu de soucis. Il me propose une par une, lui-même, le monsieur que j'ai remplacé."

Ils ont également déclenché des propositions d'installation de la part des médecins remplacés.

#10 "ça m'a ouvert des portes parce que mon pote m'a dit "Bah écoute ce qui serait bien c'est que dans un, dans quelques mois quand tu as ta thèse, on bosse à trois quoi. On fasse un cabinet à trois avec la secrétaire qui est sur place etc."
#11 "Il m'a proposé une collaboration et de m'installer avec eux."
#12 "J'avais une proposition d'installation à la fin de mon internat pour m'installer dans ces conditions là."

ii. Pratique professionnelle

Plusieurs internes ont observé un impact positif sur leur maîtrise de la gestion administrative et comptable, à la fois concernant le cabinet de médecine générale, mais également des démarches propres au remplacement.

#6 "l'organisation aussi du travail au quotidien, savoir gérer aussi voilà tout ce qui est on va dire la paperasserie administrative, parce que pareil le premier remplacement que j'ai fait j'avais que des feuilles

euh... que des feuilles de soins, du coup j'avais pas d'informatisation de la carte vitale pour faire des télétransmissions, donc du coup voilà, y'a toute cette gestion à savoir les recettes, les dépenses, faire sa compta à la fin etc. et voilà savoir exactement ce qu'on attend et voilà. Ça apporte quand même beaucoup sur l'organisation au quotidien, de ce que peut être un cabinet.

#14 "comptabilité [...] C'est à dire que tous les soirs on fait des comptes, tous les soirs on regarde combien il y a eu de patients, tous les soirs on regarde s'il y a eu des factures payées ou pas. [...] quand on est en remplacement on s'aperçoit qu'il y a tout un tas de petites choses qui finissent par vraiment être polluantes quand c'est pas bien fait. "

#11 "avant de remplacer j'ai dû, j'ai été obligée de faire presque toutes les démarches administratives dont j'ai pu me renseigner, difficilement, mais j'ai pu faire mes démarches les unes après les autres. Euh ça c'est le point de vue administratif"

#12 "à tout ce qui était l'administration autour du remplacement on va dire. Que ce soit l'ordre, l'URSSAF, la CARMF et toutes ces petites brouilles géniales. Et c'est vrai que le fait de le faire quand t'es interne ça donne une sécurité parce que quelque part les, les démarches engagées sont pas très importantes ni même les sommes ni même... tout ça quoi. Même aussi sur le plan des assurances, des machins comme ça. Mine de rien, ça c'est bien aussi de le découvrir quand t'es interne parce que la fac nous forme pas à ça et je trouve que du coup voilà, si au pire tu oublies un truc et que tu t'en rends compte plus tard, l'enjeu n'est pas majeur"

#14 "Après il y a l'aspect purement administratif avec l'URSSAF aussi, j'ai découvert qu'en faisant un remplacement comme ça en plein milieu de mes études finalement "j'activais mon compte URSSAF"

Le remplacement et les difficultés rencontrées ont été l'occasion pour une interne de développer des outils d'aide à la consultation.

#8 "Oui j'avais plein de sites internet (rires) ouverts en permanence, Antibioclic mon ami. Dans le cabinet où j'étais longtemps ils avaient une sorte de euh Messenger intra cabinet donc on pouvait se poser des questions entre médecins sans que le patient le voit et ça j'ai trouvé ça génial. Enfin notamment c'est un truc que j'essaye d'amener dans mon cabinet maintenant."

Ces remplacements au cours de l'internat ont également permis aux internes interrogés de développer de nouvelles compétences.

Pour certains, cela leur a fait découvrir la gestion des urgences au cabinet de médecine générale.

#3 "Et puis vraiment les gardes, moi j'ai aimé avoir des expériences de gardes qui sortent un peu de... où on a du coup des fois à envoyer plus à l'hôpital, des relations avec le SAMU, des choses comme ça, qu'on a beaucoup moins en stage ou en remplaçant une semaine. Du coup ça aide à gérer ces situations là."

La communication des internes avec les patients a également été modifiée suite à ces remplacements.

#8 " Donc ça c'est, c'était aussi intéressant professionnellement parce que ça m'a fait, ça m'a fait aussi un électrochoc sur le, faire attention pas forcément, enfin toujours être vigilant tout ça. Et euh sur rappeler que ce qui est important c'est de communiquer aussi, même quand on fait des erreurs, de communiquer dessus ça peut éviter aussi des problèmes derrière."

#11 "Au niveau de la relation avec le patient, ça m'a permis de changer un petit peu, euh, le côté froid du "Bonjour, vous avez rien rentrez chez vous". C'était un petit peu différent."

Le remplacement a été utile pour les internes afin de mettre en pratique la notion " d'utiliser le temps comme un outil".

#11 "Je savais que je peux reconvoquer mes patients en fin de semaine s'il y avait besoin"
#11 "J'ai compris que les problèmes médicaux ça l'intéressait pas plus que ça, [...] parce que il revoit les patients, c'est ça que j'ai pas compris à ce moment là. Moi j'avais l'impression qu'il faut que je lui transmette tout, mais en fait [...] ils reviennent dans le même cabinet, ils revoient toujours le même médecin. Et ça par contre, je l'ai pas, je l'ai pas compris à ce moment là, je l'ai compris plus tard"
#12 "Et donc que soit tu peux reconvoquer, soit tu peux te donner le temps, soit tu peux, euh, faire des examens complémentaires"

Une interne disait également être plus à l'aise avec l'incertitude diagnostique suite à ses remplacements.

#12 "en gros ça m'a appris que effectivement c'était possible de gérer l'incertitude diagnostique.[...] on nous a toujours appris que voilà, c'était important de faire un diagnostic et les patients nous mettent vraiment la pression vis-à-vis de ça et euh en fait tu rends compte que, enfin nous en médecine générale, on nous apprend à gérer ça justement, l'incertitude diagnostique car on est tout seul et je trouve que le fait d'avoir fait ça toute seule, enfin des remplacements, tu mets en pratique ce qu'on t'a dit et tu te rends compte qu'en fait ça marche effectivement."

Le remplacement était aussi l'occasion d'acquérir un savoir-faire.

#12 "Je pense clairement parce que ça te permet vraiment d'acquérir, euh, un savoir-faire, euh que tu peux pas acquérir autrement."

Une interne décrivait son remplacement comme porteur d'informations concernant l'organisation future de son cabinet.

#11 "C'est là où j'ai appris que moi je vais jamais faire des consultations en 15 minutes, je suis trop longue, c'est pas possible. [...] il y a des idées dans la tête qui te viennent comme ça "Tiens ça j'aime pas, je vais pas le faire. Tiens ça j'aurai fait différemment, j'aurai organisé différemment mon, mon dossier médical pour essayer d'avancer beaucoup plus vite par la suite je pense" Mais ça ça vient au fur et à mesure du remplacement, tu prends des choses du, des médecins que tu remplaces. Des bons côtés, aussi des mauvais côtés, ça te permet d'avoir une idée de comment tu vas organiser ton travail par la suite."

Enfin une interne déclarait que les remplacements lui avaient surtout apporté de l'expérience.

#12 "Et qu'est-ce que ça t'a apporté ce remplacement?
Une expérience."

iii. Concernant le métier

Le remplacement était un moment intéressant pour découvrir d'autres facettes de la médecine générale, parfois mal explorées durant les stages.

Une interne avait pu découvrir les gardes de permanence de soins ambulatoire (PDSA).

#3 " faire des gardes de week-end en ambulatoire. Je trouve qu'on voit des choses plus intéressantes qu'en cabinet classique en proportion de choses un peu banales et pas urgentes."

Quelques internes ont pu, au cours des remplacements, se rendre compte du rôle psychosocial du médecin généraliste.

#6 "Et puis aussi savoir aussi les patients qui sont anxieux etc. on se rend compte que les patients des fois consultent parce que bah, ils sont plus anxieux mais il y a vraiment une raison derrière [...] Que des fois c'est

là, ça fait partie aussi “

#11 “Ça m’a permis de découvrir qu’il y a des consultations que ça a rien à voir avec la médecine; Simplement pour parler, ne rien dire et écouter et voilà la consultation c’est fini. Le patient te remercie mais tu sais même pas pourquoi. Mais bon, j’ai appris ça, par contre je ne l’ai pas vu à l’hôpital.”

Un interne signalait avoir découvert l’intérêt des visites à domicile au cours de son remplacement.

#14 “Les visites à domicile c’est quelque chose que tu connais pas avant les remplacements, que t’es pas censé connaître ou alors, tu les choisis pas, tu les décides pas, c’est pas ton planning. Et quand tu attaques les remplacements tu t’aperçois que finalement, les visites à domicile ça fait vraiment partie de, de, bah du travail tout simplement. [...] ça fait vraiment partie de ton travail. Le truc que tu connais pas avant d’arriver dans le monde du travail et des remplacements.”

Les internes trouvaient que les remplacements leur avaient permis de mieux apprécier le métier de médecin généraliste.

#5 “surtout je me suis pas trompée sur mon choix, ça ne m’a pas “dégoûté” de faire des remplacements. [...] Donc j’ai été rassurée, en faisant ces remplacements, en me disant que c’était vraiment ce chemin que j’avais choisi et puis qui me plaisait.[...] Et ça m’a fait beaucoup plus apprécier la médecine générale et je pense que c’est à ce moment là, c’est vraiment ce niveau 1 et ces gardes qui m’ont fait un déclic et qui m’ont fait dire que “ouais vraiment, la médecine générale me plaît et c’est là dedans que je veux être””
#6 “Même si je pense que ce qui m’a apporté c’est que c’est quand même un maillon indispensable [...]un côté assez plaisant je pense, quelque part de se sentir totalement autonome, de ne pas avoir de comptes à rendre”
#10 “la vie en cabinet libéral parce que c’est cool quoi, juste...”

Pour certains médecins interrogés, les remplacements ont été révélateurs des différences avec le monde hospitalier. Ils ont mis en évidence la différence de prise en charge technique ainsi que la différence dans le mode de réflexion entre la Médecine Générale Ambulatoire et l’Hôpital.

#5 “j’avais de temps en temps aussi pris des gardes aux urgences de [ville] donc je revenais aux urgences de [ville], et la 1ère fois que je suis revenue aux Urgences, je me suis dit “mais qu’est ce que c’est que ça? qu’est ce que c’est que cette médecine?” C’est à dire que c’était une débâcle d’examens complémentaires, des choses etc.... [...] je me suis dit qu’on avait un métier complètement différent”
#11 “ Et sur le plan médical, ça m’a permis de, de changer un petit peu l’optique de réflexion que j’avais à l’hôpital, pendant mes gardes et pendant mes stages.[...] dans la semaine de remplacement [...] j’ai changé du, de réflexion médicale, j’étais moins, moins paniquée pour, par les urgences relatives, j’ai arrêté de réfléchir comme à l’hôpital. Je savais que je peux reconvoquer mes patients en fin de semaine s’il y avait besoin. Ça je pouvais pas le faire à l’hôpital, j’ai compris que la médecine générale c’est différent par rapport à tout ce que l’on a appris pendant les 5-6 stages qu’on a fait à l’hôpital.”

Enfin, les remplacements ont montré aux jeunes médecins interrogés l’importance de la relation de confiance qui existe entre le médecin et son patient.

#5 “quand je vois comment les patients parlent de leur médecin, de leur médecin généraliste, euh, ils sont, y a des fois ils accordent même beaucoup plus de confiance, de ce que disent les médecins généralistes par rapport à un spécialiste.”
#6 “et puis des fois on se rend compte aussi de l’importance du relationnel médecin avec ses patients parce que voilà en tant que remplaçant on a pas du tout...euh...comment dire? La même appréciation et le même déclic en fait face aux patients, alors que le médecin généraliste il y a des choses auxquelles il aurait, il aurait pensé voilà, et peut être aussi que les patients sont parfois un peu plus réticents avec les médecins

remplaçants, encore que des fois ils préfèrent avoir des médecins remplaçants, c'est un peu bizarre..."

5. Comparaisons avec le SASPAS

a. Motivations à faire un SASPAS

Nous nous sommes interrogés sur les motivations qu'avaient les internes pour réaliser un SASPAS. Ces motivations s'articulaient autour de trois grands axes: la formation, le projet professionnel et l'intérêt personnel.

Concernant la formation attendue, les internes étaient à la recherche de supervision, d'un regard extérieur sur leur pratique.

#1 "SASPAS t'offrait cette possibilité d'avoir du recul sur tes prises en charge [...] Parce que les remplacements, bah t'es là une semaine, tu fais de ton mieux mais t'as pas forcément de retour sur ce que tu as fait"

#10 "si jamais certaines difficultés dans la gestion d'un cabinet bah avant de finir définitivement pouvoir encore en débriefer avec une ou deux personnes puisque c'est le but. "

Le SASPAS était aussi l'occasion d'acquérir des compétences qu'ils n'avaient pas pu mettre en pratique jusque là, à la fois des compétences médicales et administratives.

#1 "Et donc le SASPAS avec à la fois le suivi, [...] la gestion des chroniques"

#15 "De comment gérer une douleur chronique où on trouve pas d'étiologie. Enfin voilà des choses un peu plus, euh, pratico-pratiques"

#1 "se confronter à d'autres situations administratives"

#15 "[En niveau 1] j'étais pas forcément euh, à l'écoute de toutes les informations notamment la gestion administrative, la gestion d'un cabinet, la gestion du secrétariat [...] Sur la gestion des différents formulaires"

Pour certains, la réalisation d'un SASPAS répondait à une logique du cursus de médecine générale, c'était un stage professionnalisant indispensable.

#2 "la médecine générale il y a quand même une grosse part qui est faite dans les cabinets libéraux, et que finalement dans notre cursus on est beaucoup [...] à l'hôpital, on n'a que le niveau 1 où on est avec des médecins généralistes [...] dans des cabinets libéraux. Et du coup, pour moi, ça manquait. Même s'il y a d'autres types [...] d'exercices de la médecine générale, euh, l'un des plus importants [...] c'est le côté libéral et du coup dans notre cursus, pour moi il n'y en avait pas assez. Faire six mois sur trois ans, c'est pas assez."

#4 "oui j'étais sûre de vouloir m'installer et du coup pour moi c'était le stage professionnalisant comme il s'appelle, il fallait le faire."

#5 "Bah en fait, j'ai décidé de faire un SASPAS parce que... ça me semblait être la suite logique des choses. "

#7 "Là le SASPAS c'était vraiment pour moi la transition entre euh, bah l'internat et puis la et puis bah les remplacements."

#8 "Et j'avais envie de passer du temps dans mon futur métier.[...] Ah ouais c'était, enfin j'avais du mal et j'ai toujours du mal à concevoir que sur 3 ans d'internat on n'ait que 6 mois obligatoires dans notre euh futur métier. Parce que bah la médecine générale c'est en ambulatoire, c'est pas à l'hôpital."

#10 "Parce que je trouve que dans la maquette de médecine générale c'est important déjà. Ça fait quand même partie du stage de médecine générale que tu dis quand tu fais la maquette de médecine générale faut peut-être le faire"

#12 "j'avais besoin de faire des semestres hors hospitalier parce que c'était pas, toute façon mon but c'était de m'installer"

#15 "Parce que je pense que c'était une bonne manière d'approfondir, d'approfondir l'apprentissage de la

médecine générale libérale. Puisque comme je t'ai dit j'ai fait mon niveau 1 en deuxième semestre donc assez tôt dans mon internat "

Un interne considérait que la réalisation d'un SASPAS était un point positif pour la validation du DES.

#10 "Je vois que des amis qui n'ont pas fait de SASPAS, on été embêtés au moment de leur DES donc voilà. Ça t'assure peut-être une validation de DES plus tranquille."

Un interne disait avoir eu besoin de ce stage pour gagner en autonomie.

#14 "J'étais pas assez autonome. [...] J'avais vraiment besoin d'un, d'un SASPAS. Je crois que j'aurai pas pu être aussi libéré médicalement si j'avais pas fait un SASPAS."

La construction du projet professionnel était un des atouts du SASPAS reconnu par les internes interrogés.

C'était l'occasion d'obtenir de l'expérience supplémentaire.

#3 "je vais m'installer assez rapidement, donc je ne vais pas faire beaucoup de remplacements à la fin de l'internat, donc je me suis dis que ce serait 6 mois d'expérience de médecine générale"

Un des médecins soulignait la possibilité, grâce au SASPAS, de voir de nouvelles façons d'exercer et de s'organiser.

#1 "découvrir d'autres cabinets et encore d'autres façons d'exercer [...] 3 maîtres de stages différents avec 3 façons de fonctionner différentes. Et euh... c'est pour ça, enfin j'avais choisi mon trinôme avec 3 personnes à des endroits différents aussi pour cette raison là, pour découvrir d'autres façons d'exercer."

La possibilité de faire une "quatrième patte de SASPAS", à savoir un jour par semaine dans une autre activité, était un argument pour ce stage.

#15 "mon SASPAS ça me permettait aussi d'avoir aussi, ce qu'on appelle à Tours une "quatrième patte" c'est-à-dire, être une journée par semaine dans un service hospitalier dans lequel je voulais passer qui était le, le service de gynéco à [Ville] un jour par semaine."

On retrouvait également des motivations plus personnelles à la réalisation du SASPAS. Les internes signalaient ne pas vouloir retourner en stage hospitalier.

#2 « c'est aussi vis-à-vis de l'hôpital. [...] j'avais qu'une envie c'était de ne plus aller à l'hôpital. »
#8 "ne pas retourner à l'hôpital. Je sortais des urgences du CHU j'avais ... pas du tout envie de remettre les pieds à l'hôpital."
#12 "parce que j'en avais marre de l'hôpital"

Pour certains internes le choix du SASPAS s'expliquait par la possibilité d'avoir une meilleure qualité de vie par rapport à un stage hospitalier. En effet le temps de travail réduit, l'absence de garde obligatoire et l'existence de primes financières pour les internes en SASPAS permettaient aux internes un certain confort de vie qu'ils ne trouvaient pas à l'hôpital.

#2 "c'était les gardes. Euh parce que moi j'étais vraiment fatiguée des gardes à l'hôpital [...] Et le quatrième point c'était aussi vis-à-vis du rythme. Euh parce que t'étais, en gros c'était quatre jours de remplacement. Il y avait toujours une journée qui était accordée, pour la formation."

#10 "stage cool, ouais parce que trois jours par semaine [...] que ça te libère plein de temps à côté pour faire ton DES et ta thèse [...] parce que prime de responsabilité, prime de transport t'es à 2000€ net pour trois jours par semaine"

Certains des internes interrogés n'avaient pas fait de SASPAS au cours de leur cursus de médecine générale.

Parmi ces internes, deux internes décrivaient un autre projet professionnel que l'exercice de la médecine générale et nécessitant pour cela un autre stage professionnalisant.

#6 "j'étais plus intéressée par la gériatrie donc j'ai fait mon stage professionnalisant en gériatrie en fait."
#13 "Non, j'ai pas eu le temps et pas eu la possibilité. Enfin surtout pas eu la possibilité. [...] Parce que du coup comme j'ai fait la médecine légale, euh, les deux derniers, mes deux derniers stages étaient de médecine légale et du coup j'avais pas de quoi caser un SASPAS."

Les internes n'ayant pas fait de SASPAS avaient privilégié un complément de formation hospitalière dans des domaines plus spécialisés.

#9 "Donc je préférais choisir une matière telle que la gynéco et, et être plus performant dans ce domaine. [...] Et puis pour moi un dernier stage hospitalier, je pense m'apportait plus qu'un SASPAS."
#11 "j'ai préféré en fait faire un stage hospitalier en gynéco. J'avais le choix, ou je faisais un SASPAS ou je faisais la gynéco et la pédiatrie, donc j'ai choisi plutôt de faire une formation hospitalière pour combler un petit peu les, le vide de ma formation [...] Je voulais examiner des enfants avec un pédiatre à côté pour avoir la base comme il faut, je voulais faire des gestes pratiques en gynécologie pour exercer par la suite en cabinet."

Un interne considérait que son stage en médecine générale de niveau 1 avait été suffisamment formateur et autonomisant pour ne pas avoir besoin de faire de SASPAS.

#11 "pendant mon niveau 1; euh, les trois, mes trois maîtres de stage que j'ai fait et euh, le stage en lui-même ça m'a permis d'avoir suffisamment d'informations pour euh, pour découvrir la médecine libérale. J'ai pas jugé nécessaire de faire un SASPAS"

b. Comparaison entre le remplacement et le SASPAS

Les principales différences concernaient l'aspect formateur du SASPAS.

Le regard du maître de stage sur les prises en charge était un élément de différence fondamental entre le SASPAS et le remplacement.

#1 "je suis quelqu'un qui a besoin de parler et qui a besoin de discuter des situations, donc le SASPAS t'offrait cette possibilité d'avoir du recul sur tes prises en charge [...] retour sur tes prises en charge"
#2 "la discussion avec les maîtres de stage m'auraient aidé"
#3 "une plus grande discussion avec les MSU [...] j'ai trouvé quand même que les médecins que je remplaçais, vraiment me disais "s'il y a un souci, voilà, tu nous appelles et tout ça" mais on se sent moins la possibilité de le faire que en SASPAS."
#4 "il y avait quand même un retour possible sur les, sur les consultations qui nous posaient souci [...] Et même, même quand ça nous posait pas souci on faisait de temps en temps des revues de consultations que j'avais fait, car effectivement il y avait des fois où ça nous a pas posé souci mais en fait, en, en rediscutant avec un autre médecin on se rend compte qu'on aurait pu faire autrement, pas forcément mieux ou moins bien, mais ça peut être intéressant d'en discuter."
#5 "Donc c'est vrai que les questions, le questionnement, qui se posait à moi, que je ne pouvais pas forcément, répondre en temps que remplaçante pure, le SASPAS m'a permis pour certaines choses de discuter avec mon maître de stage et puis de pouvoir apprendre en discutant avec lui, sur des situations "

#7 "Voilà j'avais quand même une supervision euh le soir, ou le lendemain [...] mais j'avais quand même une supervision donc euh... Donc je dirai que les maîtres de stage ne m'ont pas abandonné, on va dire, aux consultations où là j'aurai pu effectivement penser que c'était des remplacements déguisés."

#8 "Bah en SASPAS on garde quand même le truc de se dire le soir on va vérifier avec le maître de stage qu'on a bien fait et on peut rattraper les choses."

#12 "J'avais un débriefing à chaque fin de journée ce qui fait que j'ai quand même appris énormément de leur... parce qu'ils ont eu un regard sur mon expérience. Ça c'était vraiment très très positif et ça c'est une amélioration des remplacements parce que par contre t'as pas, t'as pas de retour sur tes remplacements."

#14 "Le SASPAS finalement il te garantit "un rétrocontrôle" de ce que tu fais. Par rapport au remplacement. En remplacement t'as pas de rétrocontrôle tu remplaces, t'es tout seul. T'es tout seul, c'est à dire que y a que ta responsabilité. Le SASPAS, t'as un problème, tu prends ton téléphone, t'appelles ton chef. Ou tu ouvres la porte s'il est à côté. Enfin bon t'as encore, t'es pas encore complètement lâché dans la nature quoi."

#15 "Euh, donc oui la différence c'est que j'avais l'assurance d'avoir un médecin, le médecin titulaire qui était joignable si j'avais un doute, si j'avais un problème... C'était ce côté un peu rassurant."

Le SASPAS a permis à certains internes de découvrir la gestion administrative de l'entreprise que constitue le cabinet, notamment la comptabilité.

#5 "C'est vrai que, euh, les questions administratives et les questions de gestion, recettes, finances, etc. y'a un de mes maîtres de stage qui mettait particulièrement un point d'honneur à ce qu'on voit ça. [...] euh, c'est vrai que lui m'a sensibilisé là-dessus."

#15 "J'ai pu poser des questions sur la gestion de la compta, la gestion du logiciel, la gestion du secrétariat... Euh qu'est-ce que ça représente les charges euh... [...] c'était vraiment ça que ça m'a apporté. Plus de capacités à me projeter dans, dans l'exercice libéral"

L'organisation du cabinet et de la journée différait entre les jours de SASPAS et les jours de remplacement.

#7 "quand j'étais en SASPAS bah les secrétaires m'aménageaient quand même un planning de consultations qu'est pas forcément le même exactement que quand on remplace ou qu'on est installé. Enfin c'était un peu plus confortable, j'avais euh, par exemple chez un des maîtres de stage, quand je comparais son planning et mon planning j'en voyais presque 2 fois moins que lui et c'était pas la question du fait que les patients ne voulaient pas forcément me voir c'était que moi je m'aménageais des créneaux qui étaient plus confortables que lui et lui, lui il enchaînait les patients donc euh... il y avait un confort quand même..."

#12 "Voilà, enfin clairement parce que les conditions du SASPAS où normalement tu fais que 15 consults, tu fais pas de visites tout ça, on est bien d'accord que ça n'est absolument jamais respecté."

#14 "J'avais un des SASPAS où j'en voyais 30-35 par jour, j'étais tout seul ... et euh voilà. Donc après quand on en voit plus que 20 en consults après c'est plutôt, c'est plutôt (*rires*) c'est plutôt plus simple."

Le SASPAS permettait également, via l'expérience du maître de stage, d'avoir un regard différent sur l'organisation des soins.

#5 "pour les SASPAS, ce que j'ai bien aimé c'est que la plupart, (*cherche ses mots*) me faisait prendre conscience aussi de l'organisation du système, c'est à dire qu'ils me disaient "Bah tu vois, si tu veux demander un avis, j'ai, y'a tel ou tel confrère, tu peux aussi appeler, plutôt le cardiologue du patient que d'appeler directement l'urgentiste et cætera". [...] Alors que avant j'avais un peu le réflexe, ça va pas j'appelle le 15, j'appelle les urgences, j'appelle le SAMU, là j'ai pu voir que bah non en fait, le MG il n'est pas tout seul [...] J'ai compris pendant le SASPAS que non, beaucoup de médecins, surtout si ce sont leurs patients, qui sont tout à fait disponibles et pour lesquels on peut avoir un réel échange et ça j'ai beaucoup apprécié, je me suis dit effectivement, il y a quand même un dialogue avec les confrères et il y a un dialogue avec les spécialistes

Une interne décrivait des apports pédagogiques divers acquis grâce à leur SASPAS et aux maîtres de stage.

#12 "je pense qu'ils m'ont aidée à mettre en pratique, la théorie que j'avais. C'est-à-dire qu'entre, euh ce qu'on sait qu'il faut faire par rapport à l'HAS ou machin, et ce qu'on a le temps et la possibilité de faire en cabinet, il y a un pas."

Ils notaient des différences d'activité de soins entre le SASPAS et le remplacement. Ainsi le SASPAS était jugé plus propice à faire du suivi chronique que le remplacement.

#1 "d'avoir un certain suivi aussi. Parce que les remplacements, bah t'es là une semaine, tu fais de ton mieux mais t'as pas forcément de retour sur ce que tu as fait. Et donc le SASPAS avec à la fois le suivi [...] la gestion des chroniques"

#15 "sinon la différence qu'il y a en terme de consultations c'est que dans le cadre d'un SASPAS, bah c'est de la consultation de ville avec un vrai suivi, avec un vrai dossier alors que euh en maison médicale de garde on fait de l'urgence. [...] On a pas de dossier, on a rien, donc on bosse comme dans un service hospitalier d'urgence. On gère le problème, on s'occupe pas de ce qu'il y a autour."

Les internes décrivaient des différences de ressenti entre les remplacements et le SASPAS. La relation avec le patient est jugée différente entre le SASPAS et le remplacement. Ils considéraient leur reconnaissance comme meilleure en temps que remplaçant.

#3 "la relation avec les patients n'est pas pareille non plus [...] on est quand même qu'étudiant, enfin à leurs yeux, même si euh des fois, ils veulent nous revoir ou qu'on a un suivi avec eux"

#10 "LA différence principale que je retrouve c'est de retourner en tant que étudiant, en tant que l'interne (*prend un ton dédaigneux*), le stagiaire. (*Reprend un ton normal*) Et la transition est difficile, c'est ça que je tolère le moins en fait. [...] vis-à-vis des patients aussi c'est-à-dire euh quand t'es remplaçant bah "Bonjour Dr Machin" et là t'es en SASPAS "Ah mince c'est l'interne je voulais voir moi le Dr X. moi." [...] Ouais il y a une espèce de, (*Rires*) de régression sociale ou je sais pas quoi."

Les responsabilités étaient également jugées moins grandes en SASPAS qu'en remplacement, avec la sécurité d'avoir un retour lors du débriefing.

#7 "Parce que du coup même si c'était moi qui menait les consultations de la même manière qu'en SASPAS, euh bah j'avais personne derrière moi pour vérifier ce que je faisais. Euh donc on va dire la responsabilisation"

#8 "quand on a un SASPAS, enfin, déjà on, on apprend à avoir des moments où on est tout seul devant un patient et faut prendre une décision, faut gérer l'incertitude [...] Bah en SASPAS on garde quand même le truc de se dire le soir on va vérifier avec le maître de stage qu'on a bien fait et on peut rattraper les choses [...] des moments de pas savoir quoi faire c'est un truc qu'on doit apprendre à gérer. Mais un peu plus que sur le SASPAS parce que justement même s'il y a encore un peu des filets on est beaucoup plus sans filet"

Certains internes signalaient avoir eu des SASPAS qui ne répondaient pas aux attentes qu'ils en avaient.

Le premier cas de figure était l'exemple des "remplacements déguisés", certains internes expliquant que certains maîtres de stage ne prenaient pas le temps de faire de débriefing ou de supervision, voire même n'étaient pas disponibles en cas de problème. Leur SASPAS, chez ces maîtres de stage, était donc très proche d'un remplacement.

#2 "Finalement je pense que mon SASPAS, il y avait quand même une forme de remplacement dedans. Donc dire que mon SASPAS pouvait m'apporter quelque chose vis à vis de mes remplacements, non."

#5 "Alors c'est vrai que j'avais fait des remplacements, des remplacements avant, euh... mais... le SASPAS permettait effectivement, enfin pour MOI, je l'ai vécu un peu comme une sorte de remplacement quand

même, alors ce qui était sécurisant quand même, c'est qu'effectivement j'avais, pour la plupart, j'avais des maîtres de stage assez présents."

#14 "Ça dépend des chefs hein, attention. Il y en a tu rentres dans le SASPAS, il part à 300 km en chasse, ou il va à Ikea acheter ses meubles pendant que toi t'es en train de faire tes consults."

Le second exemple était l'inverse. Un interne racontait son expérience de SASPAS qui s'apparentait plutôt à un niveau 1 puisqu'il était en supervision directe.

#15 "J'avais un des médecins avec qui j'avais l'impression d'être en niveau 1, c'est-à-dire c'était euh... Soit c'était lui qui faisait la consultation et moi qui était euh, à côté. [...] J'en faisais une, il en faisait une. Et euh, lorsque j'en faisais une, il était à côté donc c'était de la supervision directe, il n'y avait pas de supervision indirecte [...] le deuxième, euh, lui c'était la première fois qu'il avait un niveau 2 [...] mais au fur et à mesure du semestre il a appris à me faire confiance et il m'a laissé faire des, des, parfois des demi-journées seul "

Le dernier point de différence entre le SASPAS et le remplacement était la rémunération.

Les internes considéraient que la rémunération en SASPAS était très faible par rapport à celle du remplacement, alors que l'activité était la même.

#12 "Les points négatifs c'est que globalement tu fais le même boulot pour pas être payé."

#15 "la deuxième différence [...] c'est que les actes tombaient dans la poche du médecin titulaire en temps que SASPAS alors que en temps que médecin remplaçant ça tombait dans ma poche."

Nous avons enfin demandé aux internes s'ils avaient ressenti une différence d'implication de leurs maîtres de stage de SASPAS du fait de leurs remplacements préalables.

Si la majorité a répondu non, deux internes signalaient avoir vu des différences.

Pour le premier, il avait l'impression que ses maîtres de stages allaient être moins présents et allaient chercher à exploiter son autonomie.

#10 "La première c'est euh, bah les trois ont été unanimes pour dire "bah ça se sent globalement t'es opérationnel donc on va pas beaucoup te tenir la main quoi. [...]". Mais derrière ça est-ce que ça sous-entend "On te fait confiance mais on garde un œil sur toi, si t'as besoin de quoi que ce soit, vas-y hésite pas" ou alors globalement un rempla déguisé? [...] il y en a un qui a des problèmes de santé qui vont nécessiter qu'il s'absente et qui m'a dit "quand je vais partir, je ne serai pas joignable, est-ce qu'il y a moyen que tu bosses?"

Pour le second, un de ses maîtres de stage de SASPAS a, au contraire, choisi d'être plus présent et de faire de la supervision directe, afin que le SASPAS ne ressemble pas aux remplacements déjà effectués.

#15 "Oui oui le premier justement, euh, ouais limite il m'a plus encadré parce que j'avais fait des remplacements paradoxalement. [...] Et le deuxième il s'est adapté aussi puisque justement c'était la première fois qu'il avait un niveau 2 donc lui c'était dur de me lâcher et il s'est adapté par rapport à ce qu'il arrivait à me laisser faire tout seul justement parce que j'avais fait des remplacements. Au bout d'un moment il s'est dit "Bah s'il arrive à gérer des remplacements tout seul, il est capable de s'en sortir dans mon cabinet aussi" Donc euh... je pense que ça a participé à ce qu'il me lâche la bride quoi."

6. Projet professionnel

a. Avancement du projet préalable au remplacement

La réflexion sur le projet professionnel n'était pas avancée de la même manière pour tous les internes interrogés.

Certains n'avaient aucun projet professionnel envisagé.

#9 "Bah comme aujourd'hui, je me dis que je vais bien m'installer un jour probablement mais euh j'y ai pas réfléchi plus que ça. Euh pour l'instant ma femme finit son internat, on verra après quels sont nos projets mais j'ai pas, j'ai pas fait de projets. Ça me permet aussi de me sentir plus libre, voilà de pas avoir d'objectif précis."

#15 "Non j'avais pas forcément de projet professionnel très précis au moment où je commençais les remplacements"

D'autres internes avaient un projet, mais ce projet était plutôt flou. Le cadre général de l'exercice était connu mais les modalités précises d'exercice beaucoup moins.

#1 "Je voulais faire de la médecine générale, après je ne savais pas comment."

#2 "Dans les 5 ans, mais pas plus."

#4 "Euh, alors j'avais pas de, j'avais pas de projet très clair euh, j'avais pas, j'avais rien de décidé... mais bon c'était quand même, à la base mon projet c'était de m'installer en Région Centre. [...] Donc plutôt le projet à moyen ou long terme avec euh... je réfléchissais à peut être... éventuellement coupler à une autre activité mais c'était... c'était pas bien bien clair"

#7 "Euh... non pas spécialement... pour moi dans mon idée je m'étais dit "je fais mon internat, ensuite je fais des remplacements et puis ensuite je verrai bien comment ça se passe, si ça... enfin si ça me plaît... de faire des remplacements de médecine générale... pour voir, voir pour m'installer"

#10 "Mon projet professionnel ça a toujours été de... monter un cabinet. Euh j'ai toujours cru que je me mettrais tranquillement dans un coin sympathique de France, que ce soit à [ville] ou ailleurs"

#12 "Oui je voulais être médecin généraliste (*Rires*). [...] Au début de mon internat, [...] je savais même pas si euh, comment dire, si j'avais une bonne notion du métier de médecin généraliste et si au final ça me plairait vraiment. Donc au début de mon internat je voulais déjà confirmer que ça me plaisait et que c'était ce que je voulais faire."

Enfin certains internes avaient au contraire un projet professionnel bien défini avant de commencer leurs remplacements.

#3 "C'est un projet d'installation en Maison de Santé Pluridisciplinaire dans une zone déficitaire, à [Ville], qui ouvrira en janvier 2016. C'est une nouvelle construction qui a commencé fin 2014, et donc cela fait 2 ans qu'on est dans le projet"

#5 "Euh, oui, j'avais un projet professionnel précis qui est toujours d'actualité d'ailleurs. Mon but quand j'ai commencé la médecine générale était de m'installer en activité libérale. C'est de toute façon oui, plus précisément en activité de groupe donc en cabinet de groupe soit en système de maison de santé et là je, je suis entrain de faire un DIU de gynéco car j'aimerais avoir une activité de gynécologie, et intégrer éventuellement sur ½ journée ou 1 journée par semaine un CDAG ou un centre d'IVG, typiquement comme celui de [Ville]"

#6 "Moi je pensais quand même à de l'hospitalier, plus axé gériatrie."

#8 "Avant de faire mes remplacements je commençais à envisager de faire un clinicat de médecine générale donc je savais que ça impliquait de s'installer. Mais plutôt je voyais de la collaboration"

#11 "Bah oui j'en avais un. Mon projet professionnel c'était de finir mon internat, de passer ma thèse, demander un clinicat..."

#13 "J'ai toujours voulu faire de la médecine légale"

#14 "Oui, j'avais un projet professionnel. Je voulais faire médecine du sport, je voulais faire médecine générale et je voulais m'occuper des sportifs en plus d'une petite activité de médecine générale. Moi mon rêve c'était de m'occuper d'une équipe de sport c'est tout."

b. Projet préalable

Les projets initiaux, qu'ils soient précis ou non, étaient plutôt variés.

Pour certains internes, le choix était d'exercer la médecine générale en ambulatoire.

Le projet initial, au sortir de l'internat, était de faire des remplacements. Les durées prévues de remplacement étaient variables: de quatre mois à cinq ans maximum. D'autres internes comptaient remplacer mais sans savoir combien de temps.

#3 "Dans l'intervalle tu vas faire des remplacements? Voilà pendant 4 mois."
#4 "Oui alors après moi j'ai toujours cherché, même quand j'étais à [Ville] à essayer d'avoir des remplacements réguliers. Pour plusieurs raisons, pour pouvoir suivre les patients et puis parce que moi j'avais pas dans l'idée de remplacer des années, les remplacements me conviennent moyennement"
#8 " je voulais avoir un moment où je remplace avant pour finir ma formation en fait. [...] Et du coup ça repoussait de toute façon mon poste de chef de clinique d'un an donc ça m'obligeait à faire de toute façon 1 an de remplas"

#1 "Je me voyais remplacer minimum 3 ans voire 4-5 ans. Pour se faire de l'expérience, pareil, découvrir beaucoup de façons de travailler différentes et trouver ce qui te convient le mieux."
#2 "Alors c'était remplacement parce que je n'avais pas ma thèse, donc je ne pouvais de toute façon pas m'installer. Et une fois que ma thèse était en poche ça dépendait de ma vie personnelle [...] Dans les 5 ans, mais pas plus."

#7 "pour moi dans mon idée je m'étais dit "je fais mon internat, ensuite je fais des remplacements et puis ensuite je verrai bien comment ça se passe, si ça..." enfin si ça me plaît... de faire des remplacements de médecine générale..."

Les projets d'installation en médecine générale étaient les plus nombreux. Là encore si certains internes semblaient très clairs sur leurs conditions d'exercice, d'autres n'avaient qu'une vision générale de ce qu'ils souhaitaient.

Une interne avait un projet précis en cours de concrétisation.

#3 "C'est un projet d'installation en Maison de Santé Pluridisciplinaire dans une zone déficitaire"

Pour d'autres internes, seul le principe général d'installation était acquis.

#1 "C'était l'installation"
#2 " plutôt au cabinet de groupe, euh libéral, semi-rural ou alors ville, mais pas rural."
#4 "Euh, alors j'avais pas de, j'avais pas de projet très clair euh, j'avais pas, j'avais rien de décidé... mais bon c'était quand même, à la base mon projet c'était de m'installer en Région Centre"
#5 "Mon but quand j'ai commencé la médecine générale était de m'installer en activité libérale."
#10 "Mon projet professionnel ça a toujours été de... monter un cabinet. Euh j'ai toujours cru que je me mettrais tranquillement dans un coin sympathique de France, que ce soit à [ville] ou ailleurs, peu importe."

Enfin certains avaient déjà des idées sur leur mode d'exercice futur. L'exercice regroupé semblait être plébiscité par les internes interrogés.

#1: "je veux forcément travailler dans un cabinet de groupe voire pluriprofessionnel"
#2: "Oui j'avoue que oui, j'avais pensé plutôt au cabinet de groupe, euh libéral, semi rural ou alors ville, mais pas rural."
#4 "Et plutôt, euh, plutôt dans un cabinet médical de groupe"
#5 " C'est de toute façon oui, plus précisément en activité de groupe donc en cabinet de groupe soit en

système de maison de santé”
#8 “Mais plutôt je voyais de la collaboration “

Certains internes, quant à eux, n’avaient pas pour projet de faire de médecine générale.

Deux des internes interrogés avaient réalisé un DESC et souhaitaient exercer dans le champ de leur DESC, respectivement de gériatrie et de médecine légale

#6 “Moi je pensais quand même à de l’hospitalier, plus axé gériatrie.”
#13 “J’ai toujours voulu faire de la médecine légale [...] Euh globalement je voulais faire que de la médecine légale au début”

Une interne évoquait le projet de faire une deuxième spécialité à l’issue de son cursus de médecine générale, préférentiellement de la médecine interne.

#11 “Et faire une deuxième spécialité. [...] J’aurai bien aimé faire de la médecine interne.”

Plusieurs internes souhaitaient déjà, avant leurs remplacements, avoir une activité mixte, couplant la médecine générale et une activité plus spécialisée comme la gynécologie ou la médecine du sport.

#4 “éventuellement coupler à une autre activité mais c’était... C’était pas bien bien clair. C’était aussi une des raisons pour lesquelles j’avais choisi le stage du Rézo Addictions [département]. Pour avoir une jour par semaine une activité autre que de la médecine générale.”
#5 “je suis entrain de faire un DIU de gynéco car j’aimerais avoir une activité de gynécologie, et intégrer éventuellement sur ½ journée ou 1 journée par semaine un CDAG ou un centre d’IVG”
#14 “Pour être médecin du sport et m’occuper d’une équipe en plus de mon activité de médecine générale.”

Deux internes évoquaient également l’envie de réaliser un clinicat de médecine générale à la fin de l’internat.

#8 “Avant de faire mes remplacements je commençais à envisager de faire un clinicat de médecine générale”
#11 “Mon projet professionnel c’était de finir mon internat, de passer ma thèse, demander un clinicat...”

c. Impact du remplacement sur le projet professionnel

Les remplacements effectués au cours de l’internat ont permis à un interne de créer son projet professionnel.

#15 “je pense que mes remplacements ont aidé à élaborer mon projet professionnel. [...] étant données les conditions d’exercice libéral actuelles en France, étant donnée la sécurité que peut représenter un emploi salarié euh... Donc à commencer à émerger cette idée de, d’un exercice mixte. Euh, moitié libéral, moitié, moitié salarié.”

Plusieurs internes avaient déclaré que les remplacements leur avaient permis de confirmer leur projet initial.

Cette confirmation ne s’était pas forcément accompagnée d’une précision du projet. Pour ces internes, l’installation restait toujours quelque chose de flou.

#1 “j’ai du mal à trouver le mode d’exercice, la façon qui me conviendrait dans l’avenir pour gérer à, à la fois le privé et le professionnel. [...] J’ai vu des exercices en fait, à 2 professionnels sur un cabinet donc à mi temps et du coup ça ça me conviendrait je pense parce que au niveau de la vie privée ça me permettrait quand même d’avoir des disponibilités et en même temps de pas crouler sous les charges de ton cabinet.”

#2 "ça m'a surtout confirmé des choses sur ma pratique future, c'est plus vis-à-vis de ça. [...] Donc le côté rural, oui mais pas aussi profond que là où j'ai remplacé."

#3 "Si ça a confirmé l'aspect cabinet de groupe, parce que j'ai remplacé aussi bien en cabinet individuel qu'en cabinet de groupe et MSP et donc ça confirme..."

#4 "Je pense que ça a influé un petit peu [...] me confortant dans ce projet. [...] ça m'a conforté dans le fait que c'est plus confortable de s'installer à plusieurs. [...] parce que j'ai vu que pour lui au quotidien c'était quand même assez galère, que ses jours d'absence [...] quand il prend des vacances et qu'il n'est pas remplacé c'est la galère pour les patients, c'est la galère pour lui quand il revient."

#5 "Bah pour l'instant mon installation reste floue, après c'est vrai que j'ai essayé de remplacer dans plein de coins différents, j'ai fait de l'urbain, du rural pur [...] pour voir ce que c'était [...]. J'ai pas trouvé de coin réellement pour me baser, j'ai des coins qui me plaisent plus que d'autres, mais pour l'instant j'ai pas de projet réellement établi quoi."

#6 "ça correspondait pas à ce que moi, comment je voyais les choses en fait, dans ma façon de faire les choses. [...] C'est à dire que, ben, (*hésite*) C'est à dire que moi, voilà je, j'aime bien travailler en fait, déjà le fait d'être seule, certes, j'aime bien travailler, pouvoir discuter avec les gens etc. et je veux dire le milieu hospitalier c'est sécurisant."

Les remplacements ont, pour d'autres internes, permis d'affiner le projet professionnel.

Certains ont ainsi été convaincus de l'intérêt d'avoir une activité mixte.

#1 "je trouve qu'en médecine générale on est limité par le temps donc je me dis avoir une activité à mi temps ça peut permettre aussi de faire 1 ou 2 journées sans penser à « Ah bah mince j'ai vu qu'un patient dans l'heure »."

#5 "en fait le remplacement, euh, m'a permis de me dire que, réellement j'avais besoin d'une autre activité que celle de la médecine générale pure. Il fallait que je diversifie à la fois mon lieu d'exercice et ma pratique, parce que passer toute ma semaine en cabinet de ville, moi euh, au bout d'un moment je sature. [...] quand j'ai remplacé 15 jours ou 3 semaines d'affilée, me donne envie effectivement d'avoir cette, pour moi c'est une bulle d'air."

#13 "et je me suis quand même rendue compte [...] que je pouvais faire de la médecine générale, que j'étais capable de faire de la médecine générale. Et après finalement, la médecine légale je me suis rendue compte que j'avais pas forcément envie d'en faire [...] à temps complet et que [...] un emploi du temps partagé c'était pas mal. [...] Comme c'est qu'une demi-journée c'est toujours un peu compliqué mais je pense que ça a pu quand même modifier mon point de vue. Ça a pu aider ouais. Ça m'a plu de faire ce remplacement même si c'était qu'une demi-journée "

Ils avaient permis à une interne de réaliser que le remplacement n'était pas un mode d'exercice qui lui convenait et l'ont incité à s'installer plus rapidement que ce qu'elle avait prévu initialement.

#8 "le truc un peu annexe qui m'est arrivé et qui m'a fait aussi me dire que je voulais m'installer... rapidement, que j'avais pas envie de faire des remplas trop longtemps [...] Je pense qu'à un moment ou à un autre oui [*j'aurai fait des remplacements*]. mais j'aurai pas envisagé de m'installer aussi vite. Que là je me suis installée."

Une interne a trouvé des réponses à ses questions et a pu préciser son projet professionnel grâce aux remplacements qu'elle avait effectués.

#12 "C'est plutôt effectivement, mes remplacements et l'évolution, enfin mon SASPAS mais quand même surtout plus mes remplacements qui m'ont permis vraiment d'affiner et de définir un projet professionnel plus précis. [...] je savais effectivement que je voulais être généraliste, plutôt en milieu rural, et plutôt en maison de santé pluridisciplinaire, ou au moins en association avec d'autres médecins. "

Deux internes ont trouvé que les remplacements avaient modifié complètement leur projet professionnel.

#8 "Et du coup pour toi il y a eu une, le fait d'avoir remplacé ça a vraiment modifié ton projet d'installation? Oui"

#11 "le remplacement c'est, en fait c'est le remplacement et le fait d'avancer dans l'âge, les projets personnels qui vont avec ça m'a changé un petit peu l'optique des choses. Et euh, j'ai renoncé à l'idée du clinicat ou quoi que ce soit, parce que ça demande trop de temps et ça a mis à l'eau aussi mon projet de, euh, d'une deuxième formation"

Une interne n'ayant initialement pas de projet d'exercice ambulatoire disait pouvoir envisager plus tard d'exercer la médecine générale.

#6 "C'est à dire que quand même, il y a quand même un côté assez plaisant je pense, quelque part de se sentir totalement autonome, de ne pas avoir de comptes à rendre, que ce soit aux autorités tutélaires et des choses comme ça. [...] peut-être que ça me plaira plus tard, je sais déjà à peu près ce que c'est, encore qu'il faut voir comment ça évolue... je dirai pourquoi pas. Mais c'est vrai que c'est pas quelque chose que je rejette totalement."

Enfin pour certains internes, les remplacements n'avaient pas eu d'impact sur le projet professionnel.

#1 "non, je pense pas que ça avait changé mon projet professionnel [...] il y a certaines choses qui n'ont pas changé, je sais que je veux pas travailler toute seule donc je veux forcément travailler dans un cabinet de groupe voire pluriprofessionnel"

#7 "mais c'est vrai que même à la fin de l'internat j'étais pas complètement ...euh, comment dire, je me posais encore des questions sur la médecine générale, sur comment j'allais l'exercer, est ce que j'allais l'exercer en libéral, est ce que je voulais trouver un poste euh...hospitalier un peu particulier, enfin... parce que moi j'aime bien la gynéco donc éventuellement un peu orienté gynéco"

#9 "Non 5 jours de remplacement ça n'a pas clarifié quoi que ce soit"

#10 "Donc ton projet ça reste de t'installer, de faire de la médecine ambulatoire ... (M'interromps) Mais probablement pas en France."

#14 "Et est-ce que tu as eu l'impression que ta semaine de remplacement avait influencé ton projet professionnel? Non, non pas du tout."

7. Place du médecin généraliste dans le système de soins

a. Vision négative véhiculée par les stages hospitaliers

Plusieurs internes trouvaient, avant leur stage de niveau 1 et leurs remplacements, que la place du médecin généraliste était inexistante dans le système de soins.

#11 "Bah avant mon remplacement, je lui trouvais pas beaucoup de place, pour le médecin dans le parcours de soins. J'étais plutôt du côté du monde hospitalier et euh, le remplacement ça m'a permis de voir que les choses sont pas du tout comme ça."

#14 "Euh avant d'entrer en niveau 1, elle était négligeable."

La vision du médecin généraliste était même plutôt négative lorsqu'il s'agissait de la vision véhiculée par les stages hospitaliers.

#2 "[les stages] Ça l'a assombri. J'avais vraiment l'impression de "pas être un médecin", d'être la cinquième roue du carrosse. Je ne me suis pas sentie... [...] pas valorisée"

#5 "quand on commence les stages aux urgences, par exemple, on entend tellement de choses sur les médecins généralistes, quand on, voilà quand on voit arriver des patients, même en temps que, même

quand on suit la formation, on se permet de penser des choses et de dire des choses à l'arrivée de ces patients..."

#7 "Puis plus peut être les aspects un peu négatifs qu'on peut nous, pas nous inculquer mais pff, nous donner comme ça par petites touches quand on est externe à l'hôpital, parce que souvent quand on est externe à l'hôpital, "le Médecin généraliste il fait de la merde""

#14 "le rôle du médecin généraliste c'est uniquement de faire des erreurs médicales qui finissent aux urgences et en réanimation. J'exagère un peu mais c'est globalement l'idée qui est renvoyée dans notre système de soins actuel sur l'incapacité des médecins traitants et des médecins généralistes à être un bon médecin tout simplement."

b. Compétences du médecin généraliste

La place du médecin généraliste au sein du système de soins a été décrite par les rôles et missions qui incombent au médecin. Ces rôles et missions ont pu être regroupés selon les compétences du médecin généraliste élaborées par le CNGE.

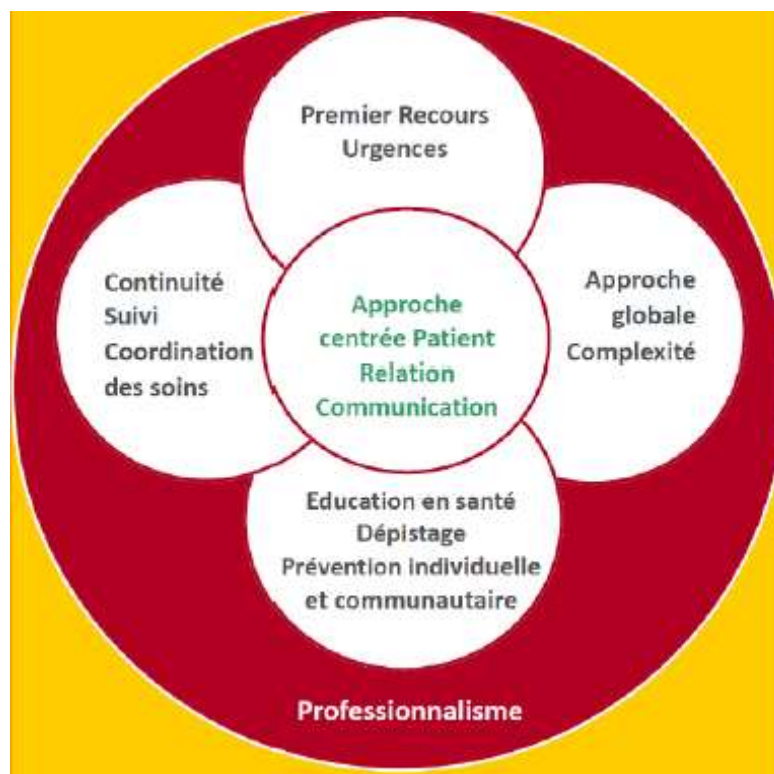


Figure1 : Marguerite des compétences du CNGE

i. Compétence Approche Globale

Le médecin généraliste était reconnu pour sa connaissance approfondie des patients, permettant leur prise en charge globale.

#3 "le côté globalité, on ne prend pas forcément en charge un problème médical mais d'autres situations"

#7 "Et puis que le médecin généraliste devait gérer aussi pas mal de choses qui étaient de l'ordre de, du psycho somatique euh, et puis euh de tout ce qui était autour du patient"

#9 "Le rôle du médecin généraliste pour moi c'était le médecin traitant, pour moi il avait une vision globale du patient"

13 "il est censé avoir une mission de globalité des, des patients, c'est à dire avoir une vue d'ensemble, à la fois sur le côté médical mais aussi sur le côté un peu social, sur le côté travail pour pouvoir le mieux soigner les gens"

La capacité du médecin généraliste à hiérarchiser les demandes de soins était également rapportée.

#2 "être capable de voir la chose importante, vraiment l'urgence pour derrière pouvoir passer la main quand on sait que ça dépasse nos compétences. Et puis par contre savoir gérer les trucs non urgents."

ii. Compétence Prévention Education

Le médecin généraliste était le garant de l'éducation de son patient. Il était de son ressort que le patient consulte au moment opportun.

#6 "c'est de lui apprendre quand il doit consulter ou pas, qu'est ce qu'il peut demander ou ne pas demander"
#8 "si c'est tes patients à toi, tu préviens que tu ne fais pas d'arrêt de travail pour un truc comme ça, que là tu peux lui faire un certificat médical à la limite ou tu lui fais là parce que c'est la première fois que voilà et tu le préviens que tu n'en feras plus jamais. Et ça... pouvoir se dire "je mets mes propres règles""

Les activités de prévention et de dépistage lui étaient également dévolues.

#8 "mais on voit aussi plein de gens qui vont bien, qui viennent pour un certificat de sport, qui viennent pour une prévention, pour un vaccin tout ça"
#11 "Il doit faire de la prévention, euh dépistage de toutes les maladies."
#13 "Et puis après tout ce qui est Santé Publique aussi, prévention..."

iii. Compétence Premier recours, Urgences

La place du médecin généraliste comme premier recours aux soins était reconnue par un grand nombre des internes interrogés.

#2 "Alors dans un monde idéal c'est la 1ère ligne. [...] le patient avait un problème, il va voir le médecin généraliste" [...] "pour moi tout problème passait par le médecin.... généraliste."
#7 "Bon voilà je dirai le médecin de premier recours euh"
#8 "Mais encore c'est le premier accès des gens à la médecine"
#10 "Non je pense que c'est ça, le premier recours, vraiment le, le, le, la première barrière du recours aux soins"
#12 "un médecin généraliste de famille, effectivement qui est dans les soins de premier recours pour l'ensemble des besoins de ses patients"
#15 "c'est la place de la consultation de premier recours. Euh... Qui va gérer la grande majorité des motifs de consultations tout seul."

Au premier recours s'associait la gestion des urgences relevant de la médecine générale.

#3 "l'accès aux soins et les consultations d'urgence par exemple. Et ça c'est dans le cahier des charges des maisons de santé donc on sait déjà dans la pratique qu'il faut l'intégrer et que c'est une des missions"

Il était également de son ressort de faire le diagnostic précoce des maladies.

#11 " Euh, diagnostiquer les maladies euh, je sais pas comment m'expliquer... Je pense, quand tu vois le même patient plusieurs euh, au fil des années, je pense que tu peux assurer la découverte des maladies à un stade très précoce"

iv. Compétence Coordination des soins autour du patient

La compétence la plus souvent mentionnée était la compétence "Coordination des soins autour du patient".

Les internes attribuaient au médecin généraliste, la place, ou le rôle central de la prise en charge du patient.

- #2 "le patient avait un problème, il va voir le médecin généraliste. [...] pour moi tout problème passait par le médecin.... généraliste."
- #5 "Bah pour moi le médecin généraliste c'est vraiment un pilier quoi, vraiment quelqu'un de central pour le coup. Euh... Vraiment qui coordonne en fait l'ensemble du réseau de soins, c'est à dire que tout passe par lui. Euh... voilà. Pour moi c'est ça c'est vraiment le pilier central, à la fois sur la coordination et à la fois sur les, les relations avec les patients."
- #6 "C'est quand même un maillon indispensable qui fait le lien entre beaucoup de professionnels et beaucoup et... notamment les spécialistes et les patients, prendre les rendez vous, gérer... On fait quand même un vrai travail de coordination, ce qui n'est quand même pas quelque chose que font tous les médecins... euh... spécialistes. [...] le médecin généraliste c'était un pilier, dans l'idée que c'est quand même le centre, c'est lui qui fait le lien entre le patient et les autres médecins spécialistes, le médecin à l'hôpital, le médecin de la sécu, le patient et la sécu etc.... Enfin pour moi c'est le centre de la prise en charge,"
- #8 "Enfin c'est... pour reprendre les mots officiels, c'est le pivot du système de soin."
- #13 "Bah la place centrale, bah du médecin qui, qui est celui qui est censé suivre le mieux le patient et, et avoir tous les retours des consultations..."
- #14 "le médecin traitant est la pierre [...] c'est la pierre angulaire du système de soins. [...] Y a pas de prise en charge de patients qui puissent s'effectuer sans, la présence euh, permanente, du médecin traitant qui accompagne. Que ce soit d'une manière effective ou d'une manière furtive. Je recommence, que ce soit devant le patient ou à distance via la paperasse, encore une fois l'administratif, euh, de, de, qui entoure le patient."

Le rôle de coordonnateur des soins était également décrit à plusieurs reprises par les internes. C'est lui qui allait orienter les patients, demander les avis et surtout centraliser les retours des spécialistes ou des autres professionnels de santé.

- #5 "Vraiment qui coordonne en fait l'ensemble du réseau de soins, c'est à dire que tout passe par lui. Euh... voilà. Pour moi c'est ça c'est vraiment le pilier central, à la fois sur la coordination et à la fois sur les, les relations avec les patients."
- #6 "c'est quand même un maillon indispensable qui fait le lien entre beaucoup de professionnels et beaucoup et... notamment les spécialistes et les patients, prendre les rendez vous, gérer... On fait quand même un vrai travail de coordination, ce qui n'est quand même pas quelque chose que font tous les médecins... euh... spécialistes."
- #6 "c'est le coordonnateur des soins"
- #9 "Qui demandait un avis quand il était dépassé mais c'était à lui de gérer ça."
- #10 "puis la plate-forme de triage, la plaque tournante, qui envoie, qui oriente, qui coordonne [...] Et lorsqu'on a des recours de spécialistes, on coordonne."
- #11 "il peut défendre son patient, il peut demander des avis plus compétents et améliorer la prise en charge de son patient"
- #12 "qui sait réorienter quand ça dépasse ses compétences."
- #13 "chapeauter l'ensemble quoi, orchestrer. C'est un peu un chef d'orchestre je dirai, de la médecine."
- #14 "C'est à dire que tu peux pas initier un soin en l'absence, euh, d'un passage minimal par le médecin généraliste, à un moment où à un autre. Parce que le type qui est malade, qui va aux urgences et qui finit avec une ALD, bah c'est quand même le médecin traitant qui va la signer l'ALD. Donc même s'il voit pas le patient initialement, il aura quand même son rôle à jouer à un moment ou un autre dans la prise en charge globale du patient."
- #15 "lorsque c'est pas le cas, va débrouiller et orienter le patient vers le spécialiste adapté. [...] c'est vraiment le, le premier filtre dans la, dans la prise en charge du patient, ou le premier maillon dans la chaîne de prise en charge euh... Mais je préfère cette image du filtre parce que... il filtre beaucoup."

Le médecin généraliste avait également pour mission spécifique, le suivi chronique de ses patients.

#3 "mais ça on s'en rend moins compte dans les remplacements, car moi je n'ai fait que des remplacements ponctuels donc... mais par contre on se rend bien compte en SASPAS que c'est important aussi, c'est une grande place par rapport au spécialiste où des fois les gens ne les voient qu'une fois"
#8 "on diagnostique des maladies qui sont pas sympa tout ça on les suit derrière [...] ce côté long terme d'avoir le suivi de la vie du patient"

v. Compétence Relation, Approche centrée patient

Le médecin généraliste était enfin le médecin de famille, celui qui a une relation de confiance particulière avec le patient. Il connaissait les patients, leur situation sociale et personnelle. Il pouvait, dans ce contexte, intégrer les spécificités du patient dans la prise de décision.

#5 "L'activité de remplacement... c'est vrai que la relation de confiance est pas la même mais quand je vois comment les patients parlent de leur médecin, de leur médecin généraliste, euh, ils sont, y'a des fois ils accordent même beaucoup plus de confiance, de ce que disent les médecins généralistes par rapport à un spécialiste. Donc je sais que la place du médecin généraliste est quelque chose de très très fort à la fois, voilà sur le réseau de soins et puis dans la relation avec le patient."
#6 "médecin de famille qui développe une relation particulière euh, avec ses patients. Donc oui c'est quelque chose, pour moi qui paraissait important."
#8 "c'est un peu le prêtre des temps modernes. Et à des moments c'est aussi dur à (*cherche ses mots*) à recevoir... Euh on nous prépare à recevoir un certain nombre de choses mais euh, mais ça reste quand même super.... super intéressant"
#11 "Autant dans la vie quotidienne parce qu'il y a des fois où le patient quand on s'approche, ils ont des petites questions, j'ai l'impression que c'est un lien très proche qui se forme. Il y a des fois où j'ai écouté des conversations de patients qui demandent des avis pas forcément médical."
#13 "une vue d'ensemble, à la fois sur le côté médical mais aussi sur le côté un peu social, sur le côté travail"

Il avait un rôle d'accompagnement du patient, selon une interne. Il devait défendre son patient afin d'obtenir les meilleurs soins nécessaires au patient.

#11 "Mais je pense que le médecin traitant, ou le généraliste, comme tu veux, il peut défendre son patient, il peut demander des avis plus compétents et améliorer la prise en charge de son patient même s'il a pas les compétences d'oncologue, chirurgien, cardiologue, tout ça. Mais je pense qu'il peut l'aider pour l'accompagner déjà et aussi pour mettre un petit peu la pression sur le monde hospitalier.

c. Diversité du métier

Les internes interrogés soulignaient la diversité qui caractérisait le métier de médecin généraliste. Cette diversité s'appliquait à l'activité quotidienne mais également aux façons d'exercer et d'être médecin généraliste.

#2 "il doit faire beaucoup de choses, c'est justement ça qui m'intéressait, ça change tout le temps. [...] Tous les quarts d'heure (ou les 20 minutes) c'est différent. C'est ça qui m'intéressait le plus, j'ai horreur de m'ennuyer, de faire tout le temps la même chose et je m'étais dit justement le MG, à chaque patient tu vas changer, il va arriver avec une demande différente, tu vas avoir une réaction différente..."
#7 "Que tu pouvais avoir à gérer beaucoup de choses aussi différentes les unes que les autres et que..."
#9 "il m'a montré qu'il y avait peut être autant de façons d'exercer la médecine générale que de généralistes. J'exagère mais qu'il y a différentes façons d'exercer. Que si on voulait, dans certains domaines on pouvait aller loin et qu'on pouvait, que chacun avait, avait ses domaines de prédilection et se sentait plus ou moins confiant dans telle et telle matière. Et que c'est ce qui faisait qu'il y avait différentes sortes, façons de pratiquer. Voilà ce que ça m'a apporté."
#12 "j'ai découvert qu'il y avait autant de médecins, de type de médecins généralistes que de médecins généralistes. Et que globalement tu pouvais euh, faire un peu ce que tu voulais et que ça dépendait un peu de ton caractère, de ton implication et de ce que tu voulais"

d. Rôle du remplaçant

Une interne avait isolé le rôle du médecin remplaçant dans le système de soins. Il avait l'avantage de n'être que de passage dans le cabinet. A ce titre, il pouvait être l'interlocuteur privilégié par les patients dans certains cas. Il avait également, selon cette interne, l'avantage d'avoir un regard plus neuf sur les dossiers.

#8 "Le remplaçant a aussi un rôle important parce qu'il y a certaines choses qu'on arrive pas à dire à un médecin qu'on voit régulièrement... [...] Le remplaçant permet aussi de voir des pathologies qui s'insinuent tout doucement et à force de voir les patients tu vois pas que le truc, que les plaquettes elles chutent progressivement de 10 000 tous les six mois mais du coup quand le remplaçant il voit "ah bah 80 000 plaquettes c'est pas beaucoup"..."

e. Difficulté du métier

Enfin une interne notait que le métier de médecin généraliste était particulièrement difficile. Les exigences envers le médecin généraliste étaient très élevées alors que les moyens dont il disposait étaient faibles.

#5 " c'est un métier qui est difficile, qui est très compliqué, euh, vraiment moi ça a changé complètement ma vision, me dire que voilà le MG c'est vraiment, c'est vraiment quelqu'un qui fait beaucoup avec pas grand chose."

Discussion

1. A propos de la méthode

a. Méthode qualitative exploratoire

La méthode qualitative était la méthode la plus indiquée pour analyser les données subjectives que sont les motivations à remplacer ou à faire un SASPAS, les projets professionnels ou le vécu des remplacements.

L'absence de données bibliographiques concernant le sujet précis des remplacements au cours de l'internat, permettait une approche exploratoire.

La multiplicité des modes d'entretien (entretiens téléphoniques, par visioconférence internet et "face à face") a été fonction du choix et des disponibilités des interviewés. Le non verbal n'a pu, en conséquence, être étudié car le recueil était trop disparate.

La saturation des données au codage, a été atteinte au quatorzième entretien et confirmée au quinzième entretien.

b. Biais

Notre étude comportait des biais qui doivent être exposés afin d'interpréter les données.

En premier lieu, l'analyse des résultats a été effectuée par une seule analyste ce qui induit un biais d'interprétation. Aucune triangulation n'a été réalisée. Les internes n'ont pas validé les retranscriptions, ni le codage et l'analyse qui en ont été fait. Ce biais aurait pu être évité si nous avions eu plusieurs codeurs différents. Le manque d'expérience du chercheur a pu limiter, voire, influencer les réponses.

En second lieu, les jeunes médecins interrogés ont accepté de participer à ce travail, malgré la durée parfois importante des entretiens. Cet investissement de leur part laisse à penser qu'il existe un biais de sélection en rapport avec leur intérêt personnel pour le sujet.

Le délai parfois important entre les premiers remplacements et le moment de l'enquête induit un biais de mémorisation important, noté à plusieurs reprises par les internes interrogés.

Il peut également exister un biais de désirabilité du fait de la connaissance personnelle préalable des internes interrogés et de l'investigatrice principale. Un biais d'induction est également possible puisque le sujet a été choisi suite à la réalisation par la thésarde de remplacements au cours de son internat.

Les internes interrogés n'avaient pas tous eu le même parcours : certains avaient réalisé les remplacements avant de faire un SASPAS, d'autres après ou pendant leur SASPAS, tandis que certains n'avaient pas fait du tout de SASPAS. Cette disparité biaise les résultats puisque l'autonomie et le vécu des remplacements ont été influencés par cette chronologie. Elle enrichit cependant notre analyse, puisque qu'elle tient compte de la variabilité des pratiques.

Un biais était également présent concernant la dernière partie de notre étude « La place du médecin généraliste dans le système de soins ». La question n'a été rajoutée qu'à partir du 2ème entretien. De plus, la question n'a pas été posée au médecin n°4.

Nous souhaitons, par cette question, observer l'influence du remplacement sur la vision que les internes se faisaient de la place du médecin généraliste dans le système de soins. Le projet était un peu ambitieux et n'a pas forcément été amené de la bonne manière aux internes. Ainsi la question n'a pas toujours été comprise, malgré des reformulations. Les internes ont certaines fois fait une seule réponse à une question qui était "Quelle est la place du médecin généraliste dans le système de soins?" sans notion d'évolution. Certains ont également interprété la question comme "Quel médecin généraliste souhaitez-vous être?" Il serait intéressant de refaire une étude dédiée aux représentations qu'ont les internes de la place du généraliste en étudiant les modifications qui interviennent au cours de l'internat : en début de DES, puis après le stage de niveau 1 et enfin après le SASPAS s'il a lieu.

2. A propos des résultats

Ce travail a étudié les raisons de la réalisation des remplacements et du SASPAS par les internes. Le vécu des remplacements a également été exploré ainsi que la comparaison entre SASPAS et remplacements, l'impact du remplacement sur le projet professionnel et sur la vision du médecin généraliste.

Nous avons décidé de présenter la discussion en fonction des concordances et des discordances retrouvées dans nos différentes problématiques.

a. Les invariants

i. Motivations aux remplacements et au SASPAS

1. Motivations aux remplacements

- Aspect rémunérateur : L'idée répandue que la seule motivation des internes pour les remplacements est financière n'a pas été confirmée comme en témoigne la richesse des résultats sur le sujet des remplacements. C'est cependant la raison la plus souvent citée. Si plusieurs internes déclaraient avoir remplacé pour des raisons financières, les approches étaient très diverses en fonction de la situation.

Deux des aspects n'avaient pas été envisagés préalablement : la volonté de bénéficier du régime spécial fiscal du micro-BNC et l'évaluation de la rentabilité de l'exercice du remplacement.

On peut supposer que le Séminaire "Installation-Gestion-Remplacement" organisé annuellement par le DUMG de Tours et l'association RemplaCentre, durant lequel sont décrites les conditions pour bénéficier du micro-BNC, a favorisé le début précoce des remplacements pour les internes en fin de cursus.

- Confrontation à l'autonomie : La seconde motivation à réaliser des remplacements, commune aux internes interrogés, était la confrontation à l'autonomie. Le remplacement était l'occasion pour eux principalement de se tester et de découvrir la réalité du métier ainsi que les responsabilités qui en découlent.

Cette notion de test ou de « mise à l'épreuve » est décrite par Agnès Oude Engberink comme ayant un rôle majeur dans le sentiment d'être prêt à exercer. *"La prise de conscience des savoirs utiles se développe au fil du temps par la mise à l'épreuve (en acte) de l'étudiant lors de situations authentiques et à partir du regard des autres sur sa capacité à y faire face. Dans ce contexte, la satisfaction du patient est déterminante, ainsi que le jugement*

approbateur des pairs conférant de facto un sentiment de légitimité.” (16) Le SASPAS pourrait également être un lieu de mise à l’épreuve et d’expérience de l’autonomie mais cela n’a pas été décrit par nos internes contrairement aux études de Déborah Fraizy (Dijon, 2012) (17) ou de Daphné Orcel en Région Centre en 2013 (18). Ces deux études concernant le SASPAS concluaient que les internes effectuaient un SASPAS en partie parce qu’ils ne se sentaient pas encore prêt et cherchaient ainsi à gagner de l’autonomie.

2. Motivations au SASPAS

Les internes justifiaient leur choix de faire un SASPAS par la logique du cursus de médecine générale : les internes ayant pour projet (plus ou moins défini) de faire de la médecine générale ambulatoire par la suite considéraient logique de faire un stage supplémentaire dans leur spécialité et déploraient le peu de temps passé en ambulatoire au cours du cursus. Il s’ajoutait pour plusieurs le refus de retourner en stage hospitalier.

L’augmentation de l’offre de stages ambulatoires est l’un des enjeux majeurs de la réforme du troisième cycle actuellement en cours.

Les internes (via l’ISNAR-IMG (19,20)) comme les enseignants (via la CNGE (21)) souhaitent cette augmentation des stages ambulatoires.

L’un des projets est d’offrir plus de possibilité aux internes de faire leur stage mère-enfant en ambulatoire, comme c’est déjà le cas dans certaines subdivisions comme Midi-Pyrénées. Quelques terrains de ce type sont déjà ouverts en Région Centre mais restent encore très minoritaires.

Le deuxième changement serait de rendre le SASPAS obligatoire pour tous les internes de médecine générale. Un troisième stage en médecine générale ambulatoire pourrait également être possible selon le projet professionnel de l’interne.

Le nombre de stages ambulatoires pourrait ainsi monter jusqu’à quatre stages en restant sur la configuration d’un DES en trois ans. Le passage à un DES à quatre ans avec un an de « remplacement tutoré » souhaité par la CNGE reste controversé compte tenu, entre autre, des difficultés de certaines facultés à proposer des SASPAS à tous les internes.

3. Motivations communes au SASPAS et aux remplacements

Le SASPAS et le remplacement ont tous deux comme but d’après les internes, de compléter la formation de médecine générale. Ils espèrent y acquérir des connaissances manquantes et souhaitent en profiter pour mettre en application la théorie apprise à la faculté. Ces connaissances manquantes relèvent à la fois du champ médical pur mais surtout du champ administratif.

Les connaissances administratives souhaitées concernent à la fois les démarches pour les patients (formulaires CERFA, certificats d’assurance) que la gestion administrative du cabinet et de l’entreprise médicale. (17,18, 22)

La notion de formation et d’auto-formation est retrouvée à la fois dans les thèses de D. Orcel (18), D. Fraizy (17) en 2012 concernant le SASPAS, mais également dans la thèse de K. Mazalovic (22) en 2012 dans son étude sur le choix de carrière des internes bourguignons. La réalisation de remplacements à l’issue du DES de médecine générale répondait à un besoin

de formation complémentaire *“Le choix de la médecine de remplacement avait donc été effectué dans le but de poursuivre un apprentissage”*.

ii. Contexte du remplacement

Les internes n’avaient, en général, pas prévu de remplacer. Même s’ils avaient prévu de remplacer, ils n’avaient pas préparé leurs remplacements. Pour beaucoup, la décision de remplacer s’est faite suite à une proposition concrète de remplacement de la part d’un médecin installé.

Plusieurs internes évoquaient comme frein au remplacement, le manque de temps dans le cursus pour en faire, compte tenu de l’intensité des stages de la maquette obligatoire du DES.

Presque tous les internes ont commencé par remplacer des médecins qu’ils connaissaient. Pour certains, il s’agissait d’anciens MSU de niveau 1 ou de SASPAS. D’autres ont remplacé des médecins qu’ils connaissaient personnellement (famille, ami, voisine, médecin d’un proche) ou professionnellement (médecins rencontrés sur leur lieu de stage).

Ce choix majoritaire de lieu (ou de médecin) connu est justifié par les internes eux-mêmes, comme rassurant. Une interne assure même qu’elle n’aurait pas remplacé chez un médecin qu’elle ne connaissait pas.

Plusieurs explications peuvent être données à ce choix :

La première est logistique. Les internes se sentent plus à l’aise pour remplacer dans un environnement qu’ils connaissent. Il est plus simple d’utiliser un logiciel que l’on connaît déjà que d’apprendre, sur le moment, à en utiliser un nouveau.

De même, la connaissance des locaux, du secrétariat et des environs (pour les visites à domicile) peut-être un gain de temps et limiter le stress du remplaçant.

Le fait de remplacer un médecin avec qui on a travaillé permet d’anticiper le type de patientèle que l’on va recevoir. Les internes savaient donc à l’avance comment le médecin travaillait. Cela permet de simplifier l’*“adaptation au médecin remplacé”* décrite comme une difficulté des remplacements.

Remplacer dans un cabinet où l’on a travaillé, voire même dans une zone où l’on a déjà été en stage hospitalier, est rassurant concernant le recours au spécialiste ou au service d’urgences le plus proche. Le fait de connaître l’organisation des soins de la zone permet de moins appréhender l’appel au médecin régulateur ou au spécialiste par exemple.

Le fait de remplacer un médecin dont on a été l’interne, et a fortiori en étant toujours interne permet de conserver, avec le médecin remplacé, cette relation *“maître-élève”* et autorise l’interne en remplacement à solliciter de l’aide de la part de l’installé. Cette aide aurait été plus difficile à demander dans une relation strictement *“remplaçant-remplacé”*.

D’un point de vue plus pragmatique, les maîtres de stage proposent fréquemment à leurs internes de les remplacer une fois le stage terminé.

Ceci reste une interprétation personnelle.

Les internes n'ont pas décrit la raison du choix du médecin remplacé. Certains ont spécifié que le fait de remplacer leur anciens maîtres de stage les rassurait, mais sans élaborer leur réponse.

La principale volonté des internes était de se mettre en situation, seul face au patient. Ils sont donc plutôt ambivalents dans cette volonté d'autonomisation complète puisqu'ils préfèrent la réaliser dans un contexte rassurant et connu. Le sentiment d'autonomie peut également être procuré partiellement par le fait d'avoir trouvé soi-même son remplacement et d'avoir fait les démarches. Une interne soulignait le fait que l'on était « chouchouté » durant l'internat, que l'on nous fournissait les stages et qu'on avait juste à y aller.

iii. Vécu du remplacement

1. Difficultés ressenties

Les internes déclaraient avoir globalement rencontré peu de difficultés

- Malgré cela on constate que le contenu de la consultation a posé problème à la majorité d'entre eux mais assez peu sur le plan médical.

Contrairement aux internes en SASPAS interrogés en 2013 (18), nos jeunes médecins n'évoquaient pas de difficulté en termes de connaissances médicales. Les quelques cas décrits restent anecdotiques et portent sur des situations complexes même pour un médecin aguerri.

L'aspect administratif au contraire, qu'il concerne le patient ou la gestion du cabinet (ou le remplaçant directement), a mis une grande partie des internes en difficulté. C'est la difficulté la plus souvent citée par les internes.

On peut s'interroger sur les lacunes administratives rencontrées par les internes. Ces difficultés sont retrouvées également lorsque l'on interroge les internes en SASPAS (18,22) et les remplaçants en activité sur leurs difficultés.

Pourtant les Départements de Médecine Générale (DMG) mettent en place des formations sur le sujet de l'Assurance Maladie, notamment à Tours où un séminaire de deux jours était organisé annuellement dans plusieurs départements de la Région. Les internes interrogés dans notre étude et ayant fait cette formation constataient que la formation leur avait été peu utile au niveau pratique. Le DMG de Toulouse (23) pourrait être pris en exemple. En plus d'une formation théorique aux formulaires de l'Assurance Maladie, tous les internes en stage de niveau 1 passent trois jours avec un médecin conseil de l'Assurance Maladie de leur département de stage ambulatoire. Cela pourrait être une piste pour permettre aux internes de se former de façon plus concrète aux démarches administratives parfois difficiles à cerner.

Plusieurs internes soulignaient s'être habitués à avoir des nouveaux formulaires car « on nous en sort de nouveaux tous les jours ».

On voit ici la complexité administrative du système de soins français. Le site de la Sécurité Sociale (24) recense ainsi trente-sept formulaires CERFA différents dont vingt-huit peuvent être utilisés couramment par le MG, et cela, sans compter tous les certificats des assurances privées.

La complexité des démarches administratives et la multiplication des certificats en tout genre réclamés par les patients sont vécues comme une perte de temps au quotidien pour les médecins libéraux.

Une enquête publiée par l'IRDES en juillet 2009 (25) évaluait le temps de travail administratif à 20% de l'activité globale hebdomadaire du médecin généraliste. La définition de « travail administratif » n'était pas la même pour tous les médecins interrogés mais regroupait l'administratif « patient » (ALD, dossier MDPH, certificats, demande d'APA), la comptabilité (télétransmission, comptabilité quotidienne, gestion des tiers payant et des impayés), et la gestion administrative diverse : Société Civile de Moyens (SCM), gestion des secrétaires, des commandes de matériel...

On constate que le temps de formation dédié au travail administratif est ainsi dérisoire dans la formation médicale par rapport à la réalité de la pratique. Si l'on prend l'exemple du TCEM de Médecine générale à Tours : 14h sont dédiées aux formulaires de l'Assurance Maladie et 14h à la gestion administrative via le séminaire « Installation, gestion, remplacement ». On peut effectivement ajouter à cela le temps passé en stage qui permet d'apprendre le remplissage d'autres certificats comme les dossiers MDPH et de demande d'APA mais cela reste très stage-dépendant pour les stages hospitaliers et MSU dépendant pour les stages ambulatoires.

Ce temps consacré aux tâches administratives (y compris les certificats au cours de la consultation) est en général considéré comme peu gratifiant et chronophage par les médecins libéraux.(22) Déjà en 2009, l'optimisation du temps de travail des médecins généralistes était perçue comme un enjeu majeur pour promouvoir la médecine générale ambulatoire, au même titre que la promotion du travail en équipe, les coopérations interprofessionnelles et les mesures visant à améliorer le maillage territorial des médecins. Les regroupements professionnels salariés, tels que les Centres de Santé, pourraient être une des solutions à cette charge administrative (26) et semblent être plébiscités par une partie des jeunes généralistes. Les tâches administratives dans ces structures (y compris le paiement des consultations) sont assurées par des agents administratifs. Le temps de la consultation est ainsi uniquement dévolu à des tâches médicales. Dans le même esprit, les regroupements libéraux (cabinets de groupe, maisons de santé pluridisciplinaires) pourraient apporter une réponse similaire sous réserve de la présence au sein de la structure d'un agent administratif dédié.

2. Apports constatés

Le vécu du remplacement était bon pour l'ensemble des internes.

Ils déclaraient avoir principalement acquis de la confiance en soi, de la maturité et la reconnaissance par le patient de leur rôle social. Ce sentiment de plaisir (18) allié à la reconnaissance du patient et éventuellement de leurs pairs (non évoqué par les internes) leur permet d'acquérir un sentiment de légitimité vis à vis de leur activité (16).

Ces remplacements ont conforté les internes dans leur volonté d'exercer la médecine générale en ambulatoire. Plusieurs internes disaient que le remplacement avait renforcé leur appréciation du métier et les avait même motivés à poursuivre dans cette voie.

iv. Comparaison entre remplacement et SASPAS

La principale différence mise en avant entre le SASPAS et le remplacement est la discussion avec les MSU et le débriefing.

Cette notion est plutôt rassurante puisque la supervision indirecte est le mode de formation spécifique du SASPAS.

Comme en 2013 (18), les internes ne font pas le lien entre supervision et acquisitions de compétences. La supervision est vécue, et recherchée par les internes uniquement pour avoir une validation de leur prise en charge, notamment en cas de doutes ou de connaissances médicales incomplètes.

Nous avons constaté que les internes interrogés n'avaient à aucun moment parlé des compétences de médecine générale. S'ils étaient capables de décrire leurs difficultés, les apports ou les motivations des remplacements et du SASPAS, il n'y avait aucune analyse critériée de leurs besoins de formations ou des compétences acquises.

Pourquoi les internes ne réfléchissent-ils pas en termes de compétences alors que leur évaluation "continue" repose sur ces compétences? Est-ce que parce qu'ils n'ont pas assimilé les concepts?

La formation en médecine générale à Tours s'effectue depuis 2004 (27) autour de l'acquisition de compétences selon le principe du paradigme constructiviste de l'apprentissage.

Tous les internes des promotions étudiées par notre enquête étaient donc, au minimum, initiés aux compétences de la médecine générale (28), au portfolio et aux Récits de Situations Complexes Authentiques (RSCA).

Leur stage de niveau 1 (et certains de leur SASPAS) avaient certainement été "validés" à l'aide de la grille d'évaluation des compétences élaborée par le CNGE. Cette grille est à la fois une grille d'évaluation (par le maître de stage) mais également d'auto-évaluation par l'interne et un outil de formation réflexif. Les internes connaissent donc les compétences et les niveaux d'acquisitions décrits dans cette grille.

L'acquisition des concepts de la pédagogie constructiviste auprès des internes est difficile à évaluer mais semblait déjà poser des difficultés lors de précédents travaux (27,29)

On peut se poser la question dans notre étude sous plusieurs axes :

- Les internes ont-ils réellement compris la notion de compétence ? Ont-ils intégré l'utilité de raisonner en termes de compétences ? Si ce n'est pas le cas pourquoi ?
- Les internes ont assimilé les compétences mais la question n'était pas formulée de la bonne manière pour obtenir des réponses en ce sens.
- Les internes ont compris les notions de compétence mais ne les ont pas suffisamment assimilées pour pouvoir répondre à la question en termes de compétences.

La réalisation des entretiens est intervenue pour la plupart après la validation du DES de l'interne. Une hypothèse pourrait être que les internes comprennent et intègrent les compétences mais ne les envisagent que sous l'angle de la formation et de l'évaluation. La question ne concernant pas directement un apprentissage, les internes n'ont pas eu le réflexe de parler en termes de compétences. Il est possible de penser que cette notion de compétences est abstraite : elle pourrait être reliée à une notion taxinomique non opérationnelle. De fait, elle est utilisée dans le troisième cycle comme un support

pédagogique essentiellement réflexif et évaluatif, alors que dans une démarche de Développement Personnel Continu (DPC) réel, elle permet à chacun d'analyser ses difficultés dans sa pratique, pour améliorer ses compétences, dans un objectif d'efficacité vis à vis des patients, et également de sentiment d'efficacité personnelle et de meilleure estime de soi.

On peut, de la même manière, s'interroger sur l'acquisition du modèle pédagogique par les maîtres de stage universitaires. Le changement de paradigme est, malgré tout, assez récent et les MSU, malgré les formations obligatoires à la maîtrise de stage, n'ont peut-être pas totalement intégré eux-mêmes les notions développées dans la grille de compétence. Le cas échéant, il est difficile de faire travailler les internes sur ce modèle là.

La première approche des compétences se faisant en stage ambulatoire de niveau 1, on pourrait s'interroger sur la pertinence, pour les MSU, de débiter la maîtrise de stage par les internes de niveau 1. En effet, il serait peut-être plus judicieux d'orienter les maîtres de stage confirmés vers les stages de niveau 1. Un défaut d'acquisition des compétences en stage de niveau 1 est plus difficile à rattraper par la suite, d'autant plus si le MSU de SASPAS a tendance à lâcher beaucoup de lest ou que l'interne choisit de ne pas faire de SASPAS. Encore une fois, le nombre de MSU est un facteur limitant, puisque c'est pour les stages de niveau 1 qu'il faut le plus de maîtres de stage.

v. *Projet professionnel*

Les internes avaient pour la plupart un projet professionnel élaboré ou en cours d'élaboration. Le projet pour la fin de l'internat était encore flou.

L'exercice de la médecine générale et a fortiori l'installation étaient ce qui revenait le plus souvent sans plus de précision. Quelques uns évoquaient l'exercice regroupé et un exercice semi-rural mais une seule avait un projet d'installation établi.

La plupart comptait faire des remplacements à l'issue de l'internat, pendant une durée inconnue, le temps de construire un projet plus précis ou de rencontrer une opportunité.

Ce résultat est cohérent avec l'enquête de l'ISNAR-IMG (12) : plus de la moitié des internes répondants souhaitait faire des remplacements à l'issue du DES.

Cette volonté de ne pas s'installer à la fin de l'internat et de continuer d'expérimenter était expliquée par G. Bloy (30) par une vision générationnelle qu'elle qualifiait d'"âge des possibles" : *"Pour la plupart des internes de l'échantillon, la voie était loin de paraître toute tracée à l'issue du troisième cycle, c'est au contraire une phase d'expérimentation supplémentaire qu'ils envisageaient. Pour le dire dans un raccourci : la médecine générale libérale, plus ils la connaissent et moins ils y aspirent... hésitations des jeunes nous semblaient toutefois participer d'une posture générationnelle plus large : nous avons alors proposé l'expression « âge des possibles » et référé cette indétermination aux normes sociales caractérisant l'expérience contemporaine de la jeunesse identifiées par O. Galland (2001) : normes du retardement et de l'expérimentation".*

Il faut également prendre en compte le délai, parfois prolongé, pour soutenir sa thèse d'exercice, préalable obligatoire à l'installation.

La majorité considérait que les remplacements avaient confirmé leur volonté de faire de la médecine générale ambulatoire. Pour certains avaient permis d'affiner leur projet en mettant en évidence des modes et des lieux d'exercice qui leur paraissaient adaptés à leur

situation. Les remplacements effectués au cours de l'internat n'ont pourtant permis de concrétiser aucun projet, malgré les propositions d'installation faites aux internes par certains des médecins installés.

Dans l'enquête réalisée par l'ISNAR-IMG (12), la proportion d'internes ayant un projet professionnel défini augmentait de façon significative avec la réalisation de remplacements ce que nos internes ne décrivaient pas.

D. Fraizy retrouvait des résultats similaires en étudiant l'impact du SASPAS sur le projet professionnel. (17)

vi. Place du médecin généraliste dans le système de soins

Les internes interrogés s'accordent pour dire que le médecin est le point central du système de soins. C'est lui qui coordonne le suivi du patient. Il est ainsi défini successivement comme *“la plate-forme de triage”, “le pilier”, “la pierre angulaire”, “le pivot du système de soins”, “le chef d'orchestre”, “le filtre”*.

L'enjeu du virage ambulatoire, annoncé à plusieurs reprises par notre ministère de tutelle est de donner les moyens au médecin généraliste d'assumer, dans les meilleures conditions possibles, ce rôle de pivot du système de santé. Malgré les annonces de politiques successives destinées à favoriser ce virage, il peine à s'effectuer.

Ce rôle de pivot du système de soins était également clairement identifié par les internes dans les études précédentes. (17, 18, 22)

Il est possible de s'interroger sur la pertinence actuelle de ce contrat social du médecin : cette place centrale est née à la fin du XIX^e siècle, à une période où les médecins se sont affrontés au pouvoir politique. De ce conflit est né le concept de médecine libérale en 1927, affirmant le libre choix du médecin par le patient et la liberté des honoraires.

Ce système de santé centré sur le médecin perdure aujourd'hui, alors que la mutation du système de santé et les aspirations des médecins évoluent vers des coopérations interprofessionnelles, des répartitions des tâches entre soignants, des coordinations médico-sociales. Le langage a moins évolué que les faits. L'évolution en cours aboutira certainement à terme aux « équipes de soins primaires » comme pivots du système de soins plutôt qu'au médecin généraliste seul.

b. Les variants

i. Motivations aux remplacements et au SASPAS

1. Motivations aux remplacements

- Relationnel avec le patient

Une interne, décrivait l'intérêt pour elle de créer une relation différente avec le patient de ce qu'elle avait vécu en stage. Elle espérait que les remplacements pourraient lui permettre de s'affranchir complètement de la présence du médecin *“titulaire”*. La relation en tête à tête en SASPAS ne suffisait pas selon elle, car le *“spectre”* du maître de stage était toujours présent au cours de la consultation.

Cette notion n'a pas été retrouvée dans la littérature mais il pourrait être intéressant d'étudier le vécu par les internes de la relation médecin-patient lorsqu'ils sont en SASPAS ou

même en remplacement. Ce vécu est-il le même ? Les internes arrivent-ils à développer cette relation médecin-patient au cours d'un stage ou se sentent-ils systématiquement bloqués dans une relation triangulaire comme le décrit notre interne ?

- Réassurance : La réalisation des remplacements avait un côté rassurant et leur permettait d'envisager plus sereinement les remplacements à la fin de leur DES. Aucun ne propose d'explication sur la sécurité procurée par le statut d'interne.

On peut supposer que leur statut les "autorisait" à solliciter de façon plus légitime le médecin remplacé. Ils envisageaient peut-être de débriefer d'éventuelles situations difficiles avec leurs maîtres de stage.

Pour remplacer au cours du DES, les internes devaient également avoir réalisé toutes les démarches administratives obligatoires : inscription au CDOM, URSSAF, RCP appropriée, Prévoyance éventuelle. Ils se sentaient donc plus à l'aise à la fin de leur internat puisque toutes ces formalités étaient déjà remplies

2. Motivations au SASPAS

Les attentes concernant uniquement la réalisation du SASPAS semblent être moins nombreuses que les attentes vis-à-vis des remplacements. Pourtant la majorité des internes interrogés ayant fait un SASPAS, l'ont fait avant de débiter les remplacements.

Plusieurs internes avaient choisi de faire un SASPAS pour le confort de vie offert par ce stage (plus faible temps de travail qu'en hospitalier, absence de garde et primes financières) ainsi que le besoin d'avoir un retour sur leurs prises en charge.

Les études réalisées sur les motivations à faire un SASPAS retrouvaient les mêmes résultats en Région Centre et en Bourgogne (18,17).

On peut s'étonner du peu de raisons soulevées par les internes pour la réalisation du SASPAS. Une des explications pourrait être simplement que pour la majorité de nos internes, il était logique de faire un SASPAS, cela venait dans la continuité du parcours comme n'importe quel autre stage de la maquette. On trouverait probablement le même type de réponses si l'on demandait à un interne pourquoi il a fait un stage aux urgences ou en médecine adulte. Le changement de mode d'accès au SASPAS, auparavant sur projet professionnel et lettre de motivation, a certainement limité la réflexion des internes sur leurs attentes de ce type de stage. La généralisation du SASPAS souhaitée par les enseignants et les représentants des internes arrivera au même effet, même si elle semble indispensable.

On pourrait imaginer que le portfolio, déjà outil réflexif concernant les apprentissages, puisse devenir un outil stratégique concernant l'organisation de la formation. Cette utilisation pourrait permettre à l'interne de développer sa compétence professionnalisme en explicitant ses besoins et les moyens d'arriver à répondre à ces besoins.

3. Motivations communes au SASPAS et aux remplacements

La construction d'un projet professionnel était recherchée à la fois en SASPAS et lors des remplacements.

Pour le SASPAS, cela prenait la forme d'une "quatrième patte" qui a permis à deux internes d'envisager l'exercice au sein d'un CIVG.

Le SASPAS et le remplacement, offraient la possibilité aux internes de découvrir différents types d'exercice (isolé, en groupe, en maison de santé), différentes organisations au sein du cabinet. Cette diversité d'approche était plébiscitée par les internes, qui essayaient par ce biais de créer leur propre projet professionnel, adapté à leurs aspirations.

Le Dr Mazalovic (22) décrivait également la volonté pour les internes en fin de cursus “ *d'exercer [au cours des remplacements] leur profession, à laquelle ils ne se sentaient pas suffisamment préparés, de se familiariser avec l'exercice libéral, les différentes façons d'exercer et les différents types de patientèles.*” Les internes bourguignons interrogés parlaient des remplacements à l'issue de leur internat mais on peut constater que les motivations sont les mêmes chez les internes effectuant des remplacements au cours de leur DES.

ii. Vécu du remplacement

1. Découvertes positives

La plupart des attentes des internes avaient été remplies par le remplacement, notamment l'aspect financier (et fiscal), l'apport d'expérience et le gain de confiance en soi.

- Apport psychologique positif

L'autonomisation a été bien vécue par les internes (18). Ils ont ressenti du stress lors des débuts de remplacements notamment lors de la découverte d'un nouveau remplacement. Le sentiment de responsabilité a été pourvoyeur de ce stress.

- Compétences professionnelles

La relation médecin-patient a été une découverte positive pour les internes. Les internes ont apprécié la relation directe avec le patient, même si certains ont eu l'impression de ne pas être pris au sérieux du fait de leur âge et de leur sexe (18).

Plus encore, le remplacement leur a montré l'attachement des patients à “LEUR” médecin traitant en qui ils ont confiance (18). Les internes comprenaient l'importance de la prise en charge psychosociale et le rôle d'accompagnateur dépendant de cette relation de confiance. Mais ils s'interrogeaient sur la façon d'assumer au mieux ces fonctions tout en gardant en gardant leur distance.

Les internes considéraient que leur pratique professionnelle avait été positivement influencée par ces remplacements.

La gestion administrative de l'“entreprise médicale” était explorée au cours des remplacements et répondaient aux attentes des internes.

L'enquête nationale réalisée par l'ISNAR-IMG sur la formation des internes (20) révélait que 39,7% des internes n'avaient jamais reçu de formation sur la création d'un cabinet et 34% n'avait pas été formés à la gestion d'un cabinet. Le sentiment d'être à l'aise avec la création d'un cabinet médical pour les internes ayant validé leur stage de niveau 1 était d'environ 15% (20% une fois les six semestres validés) tandis que 28% déclaraient se sentir à l'aise sur la gestion d'un cabinet médical à l'issue du niveau 1 contre environ 32% à la fin des stages du DES. Nous pouvons noter qu'à Tours, une formation sur l'installation et la gestion du cabinet médical est possible dès le moment où l'interne passe en stage de niveau 1, ce qui correspond au moment d'obtention de la licence de remplacement. La réalisation des

remplacements couplée à la formation théorique voire le SASPAS peut expliquer que les internes se sentent à l'aise sur ce sujet.

Les internes déclaraient avoir augmenté leur champ de compétences durant ces remplacements.

Les domaines cités étaient la gestion de l'urgence et la découverte de l'importance de la PDSA, la communication avec le patient, l'utilisation du temps comme outil, la gestion de l'incertitude diagnostique et l'acquisition de savoir faire. Ces données sont aussi retrouvées par D. Orcel comme découvertes du SASPAS (18).

On peut de nouveau noter que les internes ont découvert de nouvelles facettes de la médecine générale, mais ne font pour autant pas le lien avec les compétences comme nous l'avons décrit et analysé précédemment.

2. Difficultés ressenties

L'isolement provoqué par la distance avec leur lieu de résidence et par l'exercice de la médecine générale a été parfois mal vécu. (18)

Les compétences relationnelles étaient souvent mises en défaut que ce soit vis-à-vis du patient, du médecin remplacé ou encore de l'entourage professionnel. (1) Les internes décrivaient des difficultés à s'imposer face au patient du fait de l'image qu'ils pensaient renvoyer aux patients. Certains avaient l'impression de faire « jeune » et les questions des patients concernant leurs études les renvoyaient à cette image. Du fait de ces remarques les internes avaient l'impression de ne pas être pris au sérieux. Plusieurs thèses ont été faites sur le sujet de la perception du médecin remplaçant par le patient (Université de Lille, d'Amiens et de Saint-Etienne) mais n'ont pu être consultées car elles n'étaient pas accessibles en ligne.

D'une façon globale les spécificités du remplacement ont été génératrices de difficultés pour les internes: adaptation au médecin et à la patientèle, au rythme de travail. Le manque de connaissance préalable des dossiers a été jugé préjudiciable par une interne.

Cette adaptation nécessaire a incité une des internes à s'installer plus rapidement que ce qu'elle avait envisagé auparavant contrairement aux remplaçants bourguignons, qui décrivent également cet inconvénient. (22)

Le faible nombre de patient vus au cours du remplacement a été générateur d'angoisse. Cette "désertion" des patients n'est pas un élément retrouvé dans la littérature sur le remplacement et peut être expliqué par deux hypothèses: la période de remplacement (en juillet) est une période calme au niveau des cabinets médicaux. Le fait que les patients ne connaissent pas le remplaçant et que le remplacement soit de courte durée a pu inciter les patients à patienter jusqu'au retour du médecin titulaire.

3. Ambivalence concernant les visites

Les visites à domicile, spécificité de la médecine générale (et parfois de la gériatrie) ont été une découverte, parfois douloureuse, pour plusieurs internes. Leur utilité et leur nécessité étaient évidentes pour les internes. Néanmoins le vécu de ces visites était globalement

négatif, que ce soit en termes d'environnement ou de qualité d'exercice médical. (18) Les internes décrivaient les visites comme une corvée. Elles étaient souvent source de mécontentement car chronophages et non satisfaisantes d'un point de vue médical : difficultés pour examiner le patient dans de bonnes conditions (installation du patient, praticité pour le médecin, éclairage...), manque de matériel, hygiène parfois précaire. L'augmentation de la durée de vie des français et la volonté grandissante des patients de rester à leur domicile le plus longtemps possible rend nécessaire voire indispensable les visites à domicile pour ces patients qui ne peuvent plus se déplacer.

Les demandes de visite sont cependant parfois abusives compte tenu de la faible distance par rapport au cabinet médical ou vis-à-vis d'autres déplacements pour lesquels leurs proches les véhiculent. Il est difficile pour les médecins remplaçants ou les jeunes installés de faire changer les habitudes concernant les visites à domicile et de nombreux patients évoquent encore avec nostalgie l'époque où le médecin se déplaçait au domicile pour voir leur enfant fébrile à 23h.

iii. Comparaison entre remplacement et SASPAS

Deux internes signalaient, que l'un de leur maître de stage les considérait comme des remplaçantes et ne les supervisaient pas du tout.

Un interne notait que l'un de ses MSU avait essayé de "profiter" de son expérience de remplaçant, pour le faire travailler alors qu'il (son MSU) n'aurait pas été joignable pour une période prolongée, ce qui est contraire à la réglementation des SASPAS.

Ces "remplacements déguisés" sont connus par les internes et par les enseignants. La différence de rémunération dans ces situations est donc mal vécue par les internes.

Cela nous conduit à nous interroger sur le rôle que s'attribuent les MSU de SASPAS. La formation des MSU est depuis plusieurs années très encadrée mais tous les anciens MSU ont-ils été recertifiés?

La formation des MSU de SASPAS s'effectue sur 2 jours, elle est obligatoire. En 2013, la commission d'agrément des stages a été tenue de revalider l'agrément des maîtres de stages ambulatoires de médecine générale en fonction de la participation ou non à une formation à la maîtrise de stage. On peut espérer que l'arrivée de nouveaux MSU formés dès l'internat à la pédagogie constructiviste et à la supervision du SASPAS permettra d'harmoniser le niveau des SASPAS sur l'ensemble de la région. Daphné. Orcel (18) envisageait l'utilité d'une deuxième session de formation à distance de la première pour entretenir les compétences pédagogiques et approfondir certains points.

Il est par ailleurs compliqué pour les DMG, compte tenu du nombre d'internes croissant dans les promotions et du nombre actuel de MSU, de se "séparer" d'un maître de stage, même s'il est connu pour ne pas encadrer suffisamment son interne. Le travail conjoint entre les DMG et les syndicats d'internes permet néanmoins d'éviter les dérives.

De façon plus anecdotique, un interne expliquait que son coordonnateur de SASPAS l'avait au contraire beaucoup plus encadré en sachant qu'il avait fait des remplacements au préalable.

Deux internes décrivaient leurs journées de stage en SASPAS. On constate que la législation du SASPAS est très mal connue par les internes et non appliquée par certains MSU.

Pour rappel, l'interne a la possibilité de faire des visites à domicile en SASPAS, mais s'il fait les visites avec son véhicule personnel, il doit être dédommagé des frais de déplacements. Concernant le nombre d'actes par jour, la règle n'est pas de 15 patients par jour comme l'indique une interne mais de 6 à 12 actes par demi-journée. (31)

La découverte de l'organisation des soins ambulatoires était un point positif du SASPAS non retrouvé au cours des remplacements (18)

L'autre différence notée était le suivi chronique qui, sur des remplacements ponctuels, n'avait pas été observé.

On peut s'interroger sur l'absence de suivi chronique lors des remplacements. Je pense que l'utilisation du terme « suivi chronique » est inappropriée. Je pense que l'interne souhaitait dire qu'elle n'avait pas pu, à l'occasion de ses remplacements, revoir les patients à plusieurs reprises et assurer personnellement leur suivi chronique. Il serait étonnant que les patients ne consultent pas les remplaçants (et attendent tous le retour du médecin titulaire) pour leur suivi chronique. L'intérêt de l'activité en remplacement serait, dans ce cas, assez faible. On peut le voir dans nos entretiens, même une demi-journée de remplacement permettait de prendre en charge des patients atteints de pathologie chronique lourde (entretien 13)

iv. Projet professionnel

L'impact des remplacements a été extrêmement variable. Tous les types d'effets ont été cités: création de projet, confirmation, changement complet de projet, changement envisageable plus tard et absence d'impact.

Une interne envisageant un exercice hospitalier exclusif de médecine légale a envisagé un exercice partagé entre la MG et la médecine légale suite à ce remplacement.

Nous avons été surpris de constater qu'un interne, qui n'avait aucun projet professionnel avant les remplacements, n'en avait pas élaboré suite aux remplacements. Cet interne à l'issue de ses remplacements et de son DES, n'avait toujours aucune idée de ce qu'il exercerait comme médecine, ni même de s'il souhaitait faire de la médecine générale ambulatoire ou travailler à l'hôpital.

Le projet professionnel le plus fréquemment retrouvé chez les internes interrogés était d'exercer la Médecine Générale en ambulatoire, au sein d'un regroupement de médecins (ou de professionnels de santé) avec une activité annexe salariée : clinicat de médecine générale, médecine légale, gynécologie ou autre activité à définir.

Ces résultats correspondent à ceux de la thèse de J. SEPTIER GUELFF en 2013 en Pays de la Loire. Dans son enquête 86.5% des internes angevins souhaitaient exercer la médecine générale en groupe et 60% préféraient un exercice semi-rural. (32)

v. Place du médecin généraliste dans le système de soins

Nous avons pu constater que tous les champs de compétences, à l'exception de la compétence professionnalisme, étaient cités par les internes concernant la place et les rôles du médecin généraliste.

Mais le premier constat des internes était que la vision, colportée par la formation hospitalo-universitaire de l'externat et des stages hospitaliers de l'internat, était très négative vis-à-vis de la médecine générale. Les médecins généralistes étaient volontiers dénigrés et les internes se sentaient dévalorisés.

Malgré la reconnaissance de la spécialité Médecine Générale en 2004, la Médecine générale reste le parent pauvre de la médecine. Encore choisie par défaut aux ECN (ou pour avoir accès à certains DESC) par une partie des internes, même si la tendance s'inverse, les témoignages d'internes concernant le dénigrement de la profession au sein des hôpitaux ne diminuent pas.

Le manque de reconnaissance de la MG est présent à tous les niveaux. Au niveau politique, le "virage ambulatoire" peine à s'effectuer.

Le Pacte Territoire Santé 1 (PTS 1), en 2012 (33), comportait 12 engagements destinés à amorcer ce virage ambulatoire et à promouvoir la médecine générale. Mais la plupart des mesures de ce plan portent sur le virage ambulatoire... de l'hôpital

Le premier axe du PTS 1 concernait la formation des étudiants en médecine à la médecine générale et notamment la généralisation du stage en médecine générale pour les externes.

C'est chose faite à partir de la rentrée 2013 à Tours, avec 100% des externes réalisant au moins 3 semaines en cabinet de médecine générale durant leur deuxième cycle.

Nous espérons que cette sensibilisation permettra un choix plus éclairé aux ECN et une vision plus positive de la médecine générale.

Cette vision négative de la médecine générale et le peu de place laissé au médecin généraliste s'oppose à la vision des internes de médecine générale et des organisations internationales.

Les internes identifient le médecin généraliste comme le premier recours au soin et la porte d'entrée vers le système de soins. Cela rejoint la position des organisations internationales sur le sujet. On constate pourtant qu'une interne parle "d'idéal" en référence au rôle de premier recours du médecin généraliste.

En 1978, l'OMS indiquait dans la déclaration d'Alma Ata que les soins primaires "*font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal [...]. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.*" (34)

Cette notion a été reprise par la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/FamilyPhysicians (WONCA) dans sa définition de la médecine générale (35) puis par le CNGE pour l'élaboration des compétences du médecin généraliste. (36)

Le médecin de famille était clairement identifié par les internes comme l'interlocuteur privilégié. Leur place de remplaçant leur avait permis d'apprécier, dans les discours des patients, la relation de confiance existant entre le médecin et son patient. Cette prise de conscience se retrouvait également chez les internes ayant fait un SASPAS (17,18)

La notion de globalité de la prise en charge revenait fréquemment. C'était à la fois un intérêt pour la médecine générale et une part importante de l'exercice de la médecine générale. Le médecin ne prenait pas en charge une maladie mais une personne. Cette notion était présente chez les internes ayant remplacé en garde qui identifiaient bien les différences entre la médecine générale et les gardes ambulatoires qu'ils avaient faites. (18)

La compétence "Education, prévention, dépistage" était la moins citée par les internes.

Le côté ponctuel des remplacements peut-être en cause dans cette constatation. Il est rare que les internes remplacent longtemps ou de façon régulière dans le même cabinet au cours de l'internat car leurs stages leur laissent peu cette possibilité.

Il est possible que les patients préfèrent consulter leur médecin traitant (et non son remplaçant) pour les sujets non urgents ou pour lesquels ils souhaitent un avis dans lequel ils ont confiance. Nous faisons ici la différence entre la compétence des remplaçants et la confiance que les patients accordent à LEUR médecin traitant. Les remplaçants au long cours considèrent que la prévention et l'éducation à la santé font parties de leur mission et le fait de remplacer régulièrement au même endroit leur permet d'assurer cette fonction. (22)

Le dépistage organisé est de plus, souvent extériorisé à présent, avec des convocations faites directement par l'Assurance maladie ou l'Institut InterRégional pour la Santé (IRSA) pour ce qui concerne la mammographie. Un remplacement ponctuel n'amène pas forcément le remplaçant à voir les résultats de ces examens.

Mais la prévention ou le dépistage individuel devrait être identifié par les internes comme rôle majeur du médecin généraliste. Les internes bourguignons interrogés par D. Fraizy (17) ne décrivaient pas d'effet du SASPAS sur leurs connaissances ou compétences en termes de dépistage ou de prévention alors que ce rôle était bien identifié par les internes tourangeaux en 2013 (18). Il est possible que les internes aient intégré complètement cette activité à leur pratique et ne l'identifient plus comme une activité spécifique.

Pour pouvoir assurer au mieux ce rôle de prévention et de promotion de la santé individuelle, il faut être en mesure d'adopter une approche centrée patient. En effet le travail sur les comportements individuels nécessite de prendre en compte la globalité du patient : ses représentations de la santé et de la maladie, ses connaissances préalables, son mode de vie, ses croyances et ses motivations au changement.

En 2001, Moira Stewart proposait une "définition" de la médecine centrée patient. (37) Cette définition reprenait les éléments que les patients souhaitaient voir dans une médecine centrée patient. Presque tous les aspects étaient décrits par nos internes: a) explorations du motif réel de consultation, attentes et inquiétudes; b) compréhension du contexte global du patient (problèmes sociaux, besoins émotionnels; c) recherche d'un terrain d'entente commun concernant le problème et négociation de la prise en charge nécessaire; d) Améliore la prévention et la promotion de la santé; e) améliore la continuité des soins relationnelle entre le patient et son médecin.

On peut s'étonner de l'absence de la compétence "professionnalisme" dans les résultats.

Cela vient probablement de la formulation de la question. En effet, la question portait sur la place du médecin généraliste dans le système de soins et non clairement de la vision qu'ils avaient du médecin généraliste.

Cette absence peut également venir du fait que ce n'est pas une compétence que l'on peut apprendre comme une compétence clinique. Elle s'acquiert avec l'expérience et son enseignement est, plus que toutes les autres compétences, très dépendante du maître de stage.

Ce n'est probablement pas une priorité pour les étudiants. Son appropriation et son interprétation sera propre à chaque médecin.

Une thèse réalisée à Lille en 2013 (38) montrait une certaine cohérence entre les représentations de cette compétence pour les internes en début de cursus et le référentiel du CNGE. Au contraire, les internes en fin de cursus, "les compétents", auxquels on peut assimiler les internes de notre étude, s'éloignaient du référentiel et des représentations humanistes. Ils faisaient passer l'approche centrée patient au second plan. Leurs représentations concernaient majoritairement la gestion de l'outil de travail, l'entrepreneuriat voire la rentabilité de l'activité. De la même façon, on constate dans notre étude que les préoccupations des internes s'axent principalement vers l'aspect administratif et financier de l'exercice futur : avoir le micro BNC, évaluer la rentabilité future, difficultés concernant l'administratif et la gestion du cabinet.

3. Perspectives et propositions

- Vécu paradoxal du besoin d'autonomie

Cette étude met en évidence un paradoxe : les internes ont envie d'autonomie mais semblent, pour certains, avoir besoin d'un recours potentiel en cas de problème.

Ainsi, ils décrivent tous l'envie de se confronter à la réalité du métier et d'être indépendant d'un maître de stage, notamment dans la relation avec le patient. Pourtant la majorité d'entre eux ont débuté leurs remplacements chez des médecins connus ou chez qui ils ont été en stage.

De plus, plusieurs internes choisissent de réaliser un SASPAS alors même qu'ils ont déjà fait des remplacements. Ils conservent, malgré leurs remplacements des besoins pédagogiques et de retour sur leurs prises en charge.

- Le DES en quatre ans : une réponse ?

La création d'une quatrième année de DES de médecine générale, professionnalisante, telle que proposée par le CNGE pourrait être une façon de résoudre ce paradoxe en proposant aux internes des remplacements complètement autonomes, autofinancés par les consultations effectuées mais avec un responsable pédagogique disponible en cas de difficultés.

On peut néanmoins émettre des réserves quant à l'encadrement "tutorial" qui sera proposé, notamment au regard des commentaires de plusieurs internes sur le manque d'encadrement de certains SASPAS qualifiés de "Remplacement déguisé".

De plus, rallonger la durée du DES, retardera d'un an la possibilité d'installation, même si l'un des objectifs de cette quatrième année est d'obtenir des installations en médecine ambulatoire immédiatement à l'issue du DES.

La mise en place d'une quatrième année est décriée par les internes et leur syndicat représentatif, l'ISNAR-IMG (20), qui souhaite plutôt une augmentation du nombre de stages

ambulatoires obligatoires dans la maquette et une amélioration de la qualité des stages déjà existants avant de penser à une quatrième année.

L'un des freins à cette quatrième année sera certainement le lieu de ces « remplacements tutorés ». En effet il ne faut pas oublier que les internes en fin de cursus sont le plus souvent en couple voire avec une famille. Les réticences rencontrées actuellement pour aller faire leur SASPAS à distance de leur domicile sera le même pour l'année de « remplacement tutoré » et cela d'autant plus si cette année supplémentaire est à temps plein avec des gardes de PDSA.

Cette quatrième année ne doit pas être considérée comme une réponse au problème de démographie médicale.

Le passage à un DES en quatre ans ne ferait, à mon sens, pas disparaître le remplacement au cours de l'internat.

On voit bien que malgré les initiatives successives pour augmenter la formation à l'ambulatoire, le remplacement (qui avait initialement ce rôle de formation) n'a jamais disparu. Les internes semblent conserver ce besoin de se détacher de l'institution formatrice pour se mettre « en danger » seuls. (2)

Malgré le grand nombre de réponses concernant l'aspect financier des remplacements, je ne crois pas que cela soit la raison prépondérante. On le voit d'ailleurs dans les réponses concernant le SASPAS. Le salaire des internes qui font ce stage a été augmenté depuis 2014, grâce à des primes. Le salaire est confortable pour un stage où l'on est au maximum 4 jours par semaine. Malgré cela les internes continuent à faire des remplacements au cours de ce stage. La question n'est donc pas uniquement financière.

Un interne a utilisé l'expression « on ne se prouve jamais mieux les choses qu'en se mettant, qu'en allant au feu ». Je pense que c'est certainement l'explication la plus plausible : les internes ont besoin de s'entraîner à l'exercice ambulatoire et ce, le plus tôt possible.

Les internes décrivaient également, le besoin de tester le remplacement pour préparer le post internat. Pour cela, il leur fallait trouver eux-mêmes leurs remplacements.

Le principe du « remplacement tutoré » proposé pour la quatrième année retirerait aux internes cette démarche de recherche de remplacements qui semble permettre aux internes de gagner de l'autonomie et de la confiance en eux.

- Délai pour pouvoir remplacer et organisation des stages

La question qui se poserait en cas de passage à un DES à quatre ans concerne les conditions d'accès au remplacement. Quels seraient les prérequis pour pouvoir remplacer? Le délai pour accéder au remplacement serait-il allongé? C'est a priori le Conseil National de l'Ordre des Médecins qui devrait statuer sur ce sujet.

On constate de grandes disparités dans le sentiment des internes d'être prêts à exercer ou au moins à remplacer. Comme dit précédemment, la validation du stage de niveau 1 (et de trois semestres de stage) donne le droit d'obtenir une licence de remplacement. Pourtant tous les internes ne se sentent pas capable de remplacer dès le quatrième semestre. La diversité de maquette de stage a certainement un rôle dans ce ressenti mais nous ne l'avons pas exploré ici.

Certaines subdivisions d'internat ont une maquette préétablie obligatoire (appelée « filiarisation ») et les internes n'ont pas le choix de l'ordre des stages : les stages sont organisés par année, la seule liberté de l'interne est la répartition des stages entre semestre

d'été et semestre d'hiver. Ainsi tous les internes terminent leur maquette obligatoire à la fin du quatrième semestre et ont donc théoriquement le droit de remplacer. Cette filiarisation est intéressante car elle permet aux internes d'avoir deux stages professionnalisants mais elle est difficile à mettre en place les premières années. De plus elle nécessite un nombre très important de terrains de stage (notamment du pôle mère-enfant) et n'est donc pas transposable partout.

Il pourrait être intéressant de savoir si les internes de ces subdivisions remplacent plus que les autres et s'ils se sentent prêts à remplacer plus tôt.

Les trois semestres minimum pour pouvoir remplacer me paraît trop court. Il devrait, à mon sens, être nécessaire d'avoir terminé sa maquette de stage obligatoire pour pouvoir remplacer (pour rappel : médecine adulte, urgences, pôle mère-enfant et stage ambulatoire de niveau 1). Le remplacement serait ainsi autorisé à partir de quatre semestres au minimum, soit dans la dernière année de DES. Il paraît en effet peu logique d'avoir une maquette minimale à réaliser pour valider le DES, mais que ce minima ne soit pas requis pour remplacer.

La filiarisation des stages pourrait ainsi permettre à tout interne entrant en cinquième semestre de pouvoir débiter les remplacements.

- Le choix de ne pas remplacer

Il serait également intéressant de savoir pourquoi certains internes choisissent de ne pas remplacer. Certaines pistes ont été évoquées par les internes qui n'avaient pas prévu de faire de remplacement comme le manque de temps (#2) ou le manque d'autonomie (#14)

Mais il faut rappeler que la validation du stage de niveau 1 implique le droit de remplacer. Les MSU qui valident les stages de niveau 1 sont-ils toujours conscients de ce qu'implique cette validation? Quel est le niveau de compétences indispensable pour pouvoir remplacer ?

- Formation des Maîtres de Stage Universitaire

Le travail effectué par le CNGE pour former les maîtres de stage universitaires est très important. On constate néanmoins toujours de grandes disparités entre les maîtres de stage. Certains médecins sont MSU depuis de nombreuses années et ne font pas forcément les efforts que les internes attendent concernant l'encadrement et la supervision. Comme dit précédemment, les effectifs d'IMG augmentant, il est difficile de se séparer des maîtres de stage.

Il est cependant nécessaire de sensibiliser les internes en fin de cursus à l'importance de devenir eux-mêmes maîtres de stage dès que possible. Le problème est le plus souvent de garder le lien entre le jeune médecin (thésé ou non) sortant de la faculté et le DMG afin que la maîtrise de stage s'impose d'elle-même comme une évidence.

On peut ainsi citer l'exemple du DMG de Grenoble. A l'issue du DES, les membres du DMG peuvent proposer aux internes ayant validé leur DES, de devenir tuteur. Ils bénéficient d'une formation spécifique à cette fonction et peuvent s'investir immédiatement dans l'enseignement et l'encadrement des internes. Il n'y a pas d'obligation ni d'être thésé, ni d'être installé pour devenir tuteur. Cela permet donc de garder le lien entre les jeunes médecins et le DMG. On évite par ce biais, les perdus de vue qui risqueraient de mettre du temps à revenir vers l'enseignement. Ce délai est d'autant plus important que les conditions d'accès à la maîtrise de stage sont comptabilisées en années d'installation (même si l'application est variable selon les DMG).

En préalable à la conclusion, nous avons été frappés par l'asymétrie des attentes entre les remplacements et le SASPAS comme le montre la figure n°2. Cette figure représente les attentes vis-à-vis des remplacements et du SASPAS ainsi que les apports ressentis. Les apports « attendus » ont été soulignés.

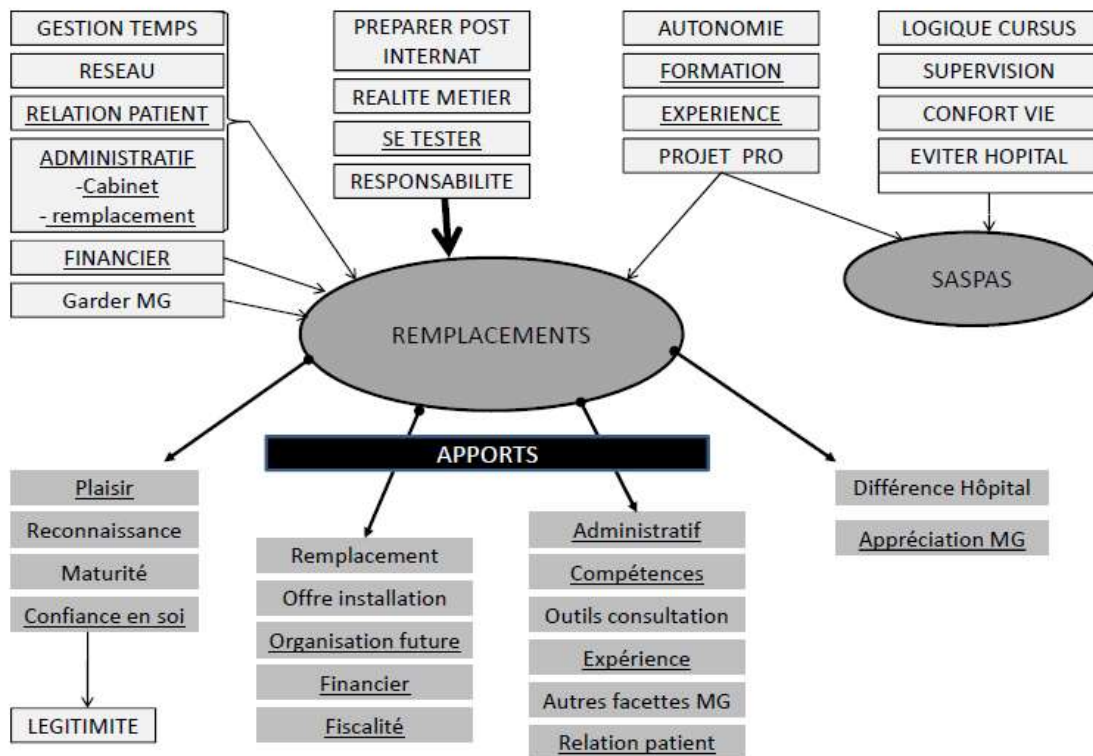


Figure 2 - Attentes et Apports des remplacements et du SASPAS

Conclusion

Les internes ont de nombreuses attentes vis-à-vis du remplacement. Ils cherchent à gagner de l'autonomie en s'émancipant du cadre facultaire, à se former, à préparer leur avenir professionnel et à compléter leurs revenus.

Paradoxalement les attentes concernant le SASPAS sont moins nombreuses. Cependant nos internes considéraient pour la plupart que la réalisation de ce stage venait comme une suite logique du cursus. Ce stage était ainsi indispensable pour quelqu'un voulant exercer en soins primaires ambulatoires. Cet élément discordant avec les études précédentes pousse à s'interroger sur l'absence de réflexion des internes sur les compétences qu'ils peuvent acquérir au cours de leurs stages. L'obligation du stage SASPAS ne remplacera pas une réflexion pédagogique de fond sur le concept de ce stage.

Le contexte du remplacement est variable mais les internes commencent souvent par remplacer un médecin qu'ils connaissent même si ce n'est pas systématique.

Les internes ont ainsi certainement, malgré leur besoin d'autonomie, un besoin de repères préalables pour se sentir à l'aise.

L'ajout d'une année de « remplacement tutoré » dans l'hypothèse d'un DES de Médecine Générale en quatre ans pourrait être une réponse à l'ambivalence des internes concernant leur besoin d'autonomie. Cette quatrième année présente cependant l'inconvénient de rajouter des contraintes à des internes qui semblent plutôt avoir envie d'indépendance.

Les remplacements, comme le SASPAS, n'ont pas permis à nos internes de se projeter dans un projet d'installation à court terme. Le remplacement était le mode d'exercice privilégié par les internes pour le post internat même si les internes qui souhaitaient initialement faire de la médecine générale ambulatoire confirmaient ce choix.

La vision de la place du médecin généraliste au sein du système de soins reste une vraie question. Les internes ne semblent pas véritablement se la poser. Ils semblent en avoir pour certains, une vision très superficielle. Ils s'accordent cependant tous sur le fait que le MG soit au centre du système, malgré l'évolution actuelle vers la pluriprofessionnalité, les coopérations interprofessionnelles et la délégation des tâches.

Cette thèse amène de nombreux sujets de réflexions futures. Elle pourrait être complétée dans un premier temps par une étude sur les freins à la réalisation de remplacements durant l'internat.

Bibliographie

1. LEXPOL. Ordonnance n°45-2184 du 24/09/1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme. [Internet]. 45-2184 Sep 28, 1945 p. 6083. Available from: <https://lexpol.cloud.pf/LexpolAfficheTexte.php?texte=276472>
2. Baszanger I. Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. *Revue Française de Sociologie*. 1981;22(2):223–45.
3. Gouteyron A. Commission Fougère sur le projet de loi relatif aux études médicales [Internet]. Sénat; 1979 Jun [cited 2016 Mar 4] p. 77. Report No.: 423. Available from: http://www.senat.fr/rap/1978-1979/i1978_1979_0423.pdf
4. Décret n° 84-586 du 9 juillet 1984 relatif au 3ème cycle de médecine générale [Internet]. 84-586 Jul 11, 1984 p. 2215–8. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr>
5. Décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. RESK8800250D Apr 8, 1988 p. 4850. Available from: www.legifrance.gouv.fr
6. Arrêté du 29 avril 1988 portant organisation du troisième cycle de médecine générale [Internet]. RESK8800541A Apr 29, 1988. Available from: www.legifrance.gouv.fr
7. Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins [Internet]. Sect. Titre II Chapitre Ier article 2, TASX9600042R Apr 25, 1996 p. 6311. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr>
8. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés [Internet]. TASP9721427D May 18, 1997 p. 7538. Available from: www.legifrance.gouv.fr
9. Mercat X, Calloc'h L-J, Guiheneuf V, Sauquet J, Toulouse J. Le stage des étudiants en médecine chez le praticien. CNOM; 1999 Jun.
10. Circulaire DGS/DES/ 2004 n° 192 du 26 avril 2004 Relative à l'organisation du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé [Internet]. DGS; 2004 Apr. Report No.: 192. Available from: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_655.pdf
11. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. MENS0102293A Oct 27, 2001 p. 16963. Available from: www.legifrance.gouv.fr
12. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale Réalisée par l'ISNAR-IMG du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011 [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 4]. Available from: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422_isnar-img_enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_img_resultats_complets.pdf
13. Lebreton G. Premières licences de remplacement chez les étudiants en médecine générale de la Région Centre en 2014. [courriel] 2015.
14. Code de la Santé Publique [Internet]. Santé Publique. Sect. Article L4131-1. Available from: www.legifrance.gouv.fr
15. Code de la Santé Publique [Internet]. Code de la Santé Publique. Sect. Article L.4131-2. Available from: www.legifrance.gouv.fr
16. Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Etude qualitative du sentiment "d'être prêt à exercer" la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. *Pédagogie Médicale*. 2011 Nov;12(4):199–212.
17. Fraizy D. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS. Etude descriptive menée à Dijon de novembre 2003 à

octobre 2011 [Thèse de médecine]. [Dijon]: Université de Bourgogne; 2012.

18. Orcel D. Représentation du métier de médecin généraliste chez des internes en médecine générale et confrontation à la réalité de l'exercice autonome en SASPAS: Une enquête qualitative [Thèse de médecine]. [Tours]: Université François Rabelais; 2013.

19. ISNAR-IMG. Troisième cycle des études médicales: Propositions de l'ISNAR-IMG [Internet]. Clermont Ferrand: ISNAR-IMG; 2014 Oct [cited 2016 Mar 25]. Available from: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/141028_isnarimg_propositions_tcem_ca_clermontferrand.pdf

20. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 4]. Available from: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/publications/guides/150126_enquete_nationale_isnar-img_-_formation_des_img_-_resultats.pdf

21. CNGE. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale [Internet]. Collège National des Généralistes enseignants. 2016 [cited 2016 Mar 25]. Available from: http://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/

22. Mazalovic K. Le remplacement en médecine générale: Pourquoi un tel engouement pour ce mode d'exercice ? [Thèse de médecine]. [Dijon]: Université de Bourgogne; 2012.

23. Labat L. Evaluation des compétences acquises par les internes de médecine générale à la fin du stage chez le praticien de Niveau 1 : A partir d'une étude réalisée sur trois semestres de stage en région Midi-Pyrénées [Thèse de médecine]. [Toulouse]: Faculté de Médecine de Toulouse; 2013.

24. Formulaires CERFA pour le médecin généraliste [Internet]. Sécurité Sociale Assurance Maladie. [cited 2016 Mar 22]. Available from: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/formulaires/index.php>

25. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes Une synthèse des données disponibles [Internet]. IRDES; 2009 Jul [cited 2016 Mar 24] p. 8. (Questions d'économie de la santé). Report No.: 144. Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>

26. Georges P, Waquet C. Les Centres de santé: Situation économique et place dans l'offre de soins de demain [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS); 2013 Jul [cited 2016 Mar 25]. Report No.: RM2013-119P. Available from: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article322>

27. Renoux C. La pédagogie constructiviste au Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté de Tours Bilan après 5 ans d'implantation. [Internet] [Mémoire de DIU de Pédagogie Médicale]. Universités de Poitiers, Tours et Limoges; 2009 [cited 2016 Mar 4]. Available from: <http://fmc.med.univ-tours.fr/Pages/DIU-pedagogie/Renoux.pdf>

28. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N. Compétences pour le DES de médecine générale. 2006 Feb;(76):31–2.

29. Basileu T. Le tutorat en troisième cycle de médecine générale en région Centre : représentations des internes. [Thèse de médecine]. [Tours] Université François Rabelais; 2012.

30. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010) [Internet]. DREES; 2011 Feb [cited 2016 Feb 19] p. 141. (Etudes et recherches). Report No.: 104. Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud104.pdf>

31. DUMG Tours. Convention SASPAS 2014 [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 1]. Available from: www.dumg-tours.fr

32. Septier Guelff J. Les projets professionnels des internes de médecine générale angevins en 2012. [Thèse de médecine]. Angers ; 2013.

33. Touraine M. Pacte Territoire Santé - Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités

d'accès aux soins: bilan 2013 et perspectives 2014 [Internet]. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2014 Feb [cited 2016 Apr 3]. Available from: <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pacte-territoire-sante/article/2012-pacte-territoire-sante-1>

34. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma Ata pour les soins de santé primaires [Internet]. 1978 [cited 2016 Feb 3]. Available from:

http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

35. WONCA. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. Wonca Europe. 2002 [cited 2016 Mar 4]. Available from: www.woncaeurope.org

36. Collège National des Généralistes Enseignants. Les compétences en médecine générale et l'évaluation de leur niveau : « novice/intermédiaire/compétent » [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 25]. Available from: www.dumg-tours.fr

37. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. BMJ. 2001;322:444–5.

38. Baconet N. Perceptions de la compétence professionnalisme par les internes de médecine générale [Thèse de médecine]. [Lille]: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2013.

Annexe 1 : Questionnaire informatique

Thèse remplacement

« Bonjour,

J'effectue une thèse qualitative sur les motivations des internes à effectuer des remplacements au cours de l'internat.

Afin de pouvoir cibler les personnes à rencontrer pour des entretiens individuels il est nécessaire que je fasse un sondage au sein des promotions d'internes ayant terminé leur internat en 2013 ou 2014 pour savoir qui a effectivement remplacé durant l'internat.

Plus j'aurai de réponses à ce sondage plus mon estimation de la fréquence du remplacement chez les internes sera fiable, je vous remercie donc de bien vouloir répondre à ce questionnaire. »

Nom et Prénom *

Avez-vous effectué des remplacements en Médecine Générale durant votre internat? *
(Menu déroulant oui/non)

Si oui, en quel semestre? *
(Menu déroulant 4ème/5ème /6ème)

Quelle a été la durée totale (cumulée) de vos remplacements durant l'internat? *

Quel est votre mode d'exercice professionnel actuel?

- ☐ Installation, collaboration libérale
- ☐ Médecine Générale Salariée
- ☐ Hospitalier
- ☐ Remplacements
- ☐ Autre :

Acceptez-vous d'être recontacté(e) pour la réalisation d'un entretien individuel?
(Menu déroulant oui/non)

Si oui, merci d'indiquer votre adresse mail et/ou votre numéro de téléphone

Commentaires libres

Annexe 2 : Trame d'entretien semi-dirigé

Données générales

M'autorises-tu à te poser quelques questions personnelles pour commencer ?

- Quel âge as-tu ?
- Où as-tu fait ton externat ?
- Le choix de ta ville d'internat était-il un choix ?
- En quel semestre as-tu commencé tes remplacements ?
- Quels stages avais-tu fait avant de commencer les remplacements ?
- Est-ce que tu vis en couple ? Est-ce que tu as des enfants ?
- Si conjoint : quelle profession et stabilité géographique ?

Remplacements :

- Dans quel contexte as-tu effectué les remplacements ?
- Combien de temps ont-ils duré ?

Motivations :

- Qu'est-ce qui t'a poussé à faire des remplacements ?
- (Question de relance : Comment as-tu trouvé tes remplacement ? Quelles attentes avais-tu concernant ce remplacement ? Que pensais-tu que ces remplacements allaient t'apporter ?)

Conclusions du remplacement

- Qu'est ce que le remplacement t'a effectivement apporté ?
- Quelles ont été les difficultés rencontrées au cours du remplacement ?
- Comment as-tu géré ces difficultés ? Quels outils as-tu trouvé ?

SASPAS :

- As-tu fait un SASPAS ?
 - Pourquoi as-tu fait ou n'as-tu pas fait de SASPAS ?
- (Relance : Quelles problématiques voulais-tu approfondir durant votre SASPAS ?)
- Si pas de SASPAS, a posteriori, un SASPAS aurait-il pu t'apporter des choses supplémentaires ?
 - Quel a été l'apport du SASPAS par rapport à tes remplacements ?
 - Qu'ont pensé tes MSU de SASPAS du fait d'avoir fait des remplacements auparavant ?

Projet :

- Avant ton remplacement quel était ton projet professionnel à court et moyen terme ?
- En quoi est ce que ton remplacement a modifié ton projet ? (A-t-il confirmé ton projet ?)

Au cours de ton internat, avant de faire les remplacements, quelle était pour toi la place du médecin généraliste dans le système de soins ?

Comment cette vision a-t-elle été modifiée par tes remplacements ?

Annexe 3 : Caractéristiques des sujets

	Sexe	Age	Ville d'externat	Situation familiale	Exercice actuel	Début des remplacements	Durée des remplacements	maquette terminée	SASPAS
1	F	30	Reims	en couple sans enfant	Remplacement	5ème semestre	4 mois	Oui	oui
2	F	29	Reims	en couple sans enfant	Remplacement non thésée	6ème semestre	1 semaine	Oui	oui
3	F	34	Dijon	en couple, 3 enfants	Interne	5ème semestre	33 jours	Oui	oui
4	F	30	Tours	en couple sans enfant	Remplacement	6ème semestre	1 jour/ semaine pendant 6 mois	Oui	oui
5	F	28	Tours	en couple sans enfant	Remplacement non thésée	4ème semestre	3 mois	Non	oui
6	F	28	Lyon	en couple sans enfant	Hospitalier	6ème semestre	170 jours	Oui	non
7	F	30	Tours	en couple avec enfant	Installé	6ème semestre	15 jours	Oui	oui
8	F	30	Paris	en couple sans enfant	Installé	6ème semestre	4 mois	Oui	oui
9	M	30	Clermont-Ferrand	en couple avec enfant	Remplacement non thésée	6ème semestre	8 jours	Oui	Non
10	M	31	Paris	célibataire sans enfant	Interne	6ème semestre	4 mois	Oui	Oui
11	F	30	Roumanie	célibataire sans enfant	Remplacement non thésée	6ème semestre	1 semaine	Oui	Non
12	F	29	Tours	en couple avec enfant	Remplacement non thésé	4ème semestre	4 mois	Non	Oui
13	F	31	Créteil	en couple sans enfant	Installée + Médecine Légale	4ème semestre	1/2 journée	Non	Non
14	M	36	Créteil	en couple avec enfant	Hospitalier	6ème semestre	1 semaine	Oui	Oui
15	M	29	Limoges	en couple sans enfant	remplacement	4ème semestre	plusieurs semaines	Non	Oui

Tableau 1 : Caractéristiques des sujets

Vu Le Directeur de Thèse

**Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours**

Résumé

Titre: Attentes des internes de Médecine Générale (IMG) de la Région Centre vis-à-vis des remplacements au cours du Troisième Cycle des Etudes Médicales.

Introduction: Le remplacement au cours des études médicales est autorisé depuis 1945. C'était la seule expérience des médecins à l'exercice de la médecine générale. Malgré l'amélioration de la formation et l'augmentation des stages ambulatoire, les IMG continuent à faire des remplacements.

Objectifs : Etudier les raisons de la réalisation des remplacements, le contexte des premiers remplacements, la différence ressentie par rapport au SASPAS, l'impact sur le projet professionnel.

Les autres objectifs étaient : Recueillir le vécu de ces remplacements, les motivations à réaliser ou non un SASPAS, mesurer l'impact du remplacement sur la vision de la place du MG dans le système de soins.

Matériel et méthodes: Réalisation d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès d'IMG et d'anciens IMG en région Centre ayant réalisé des remplacements au cours de leur internat.

Résultats: 15 internes ont participé aux entretiens. Les motivations principales étaient le besoin d'autonomie, l'envie de se tester, l'aspect lucratif des remplacements, compléter leur formation et construire leur avenir professionnel. Ils débutaient leurs remplacements par un lieu connu sans préparation du remplacement. Les différences avec le SASPAS étaient la supervision et le débriefing. Les remplacements influaient peu sur le projet professionnel des internes mais confirmaient leur projet préalable et renforçaient leur choix de la médecine générale. Le médecin généraliste était le centre du système de soins.

Conclusion: Les internes sont ambivalents sur leur recherche d'autonomie. Le DES en quatre ans pourrait être une réponse à cette ambivalence sous réserve que l'encadrement pédagogique soit suffisant. Il est néanmoins probable que les internes continuent de faire des remplacements libéraux malgré le passage du DES à quatre ans. Les remplacements et le SASPAS ne permettent pas actuellement aux internes de se projeter vers l'installation ou de définir leur place de médecin généraliste dans le système de soins.

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

BONNET Tiffany

Thèse n°

83 pages – 1 tableau – 2 figures- 3 annexes

RESUME :

Introduction: Le remplacement au cours des études médicales est autorisé depuis 1945. C'était la seule expérience des médecins à l'exercice de la médecine générale. Malgré l'amélioration de la formation et l'augmentation des stages ambulatoire, les IMG continuent à faire des remplacements.

Objectifs : Etudier les raisons de la réalisation des remplacements, le contexte des premiers remplacements, la différence ressentie par rapport au SASPAS, l'impact sur le projet professionnel.

Les autres objectifs étaient : Recueillir le vécu de ces remplacements, les motivations à réaliser ou non un SASPAS, mesurer l'impact du remplacement sur la vision de la place du MG dans le système de soins.

Matériel et méthodes: Réalisation d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès d'IMG et d'anciens IMG en région Centre ayant réalisé des remplacements au cours de leur internat.

Résultats: 15 internes ont participé aux entretiens. Les motivations principales étaient le besoin d'autonomie, l'envie de se tester, l'aspect lucratif des remplacements, compléter leur formation et construire leur avenir professionnel. Ils débutaient leurs remplacements par un lieu connu sans préparation du remplacement. La différence avec le SASPAS était la supervision et le débriefing. Les remplacements influaient peu sur le projet professionnel des internes mais confirmaient leur projet préalable et renforçaient leur choix de la médecine générale. Le médecin généraliste était le centre du système de soins.

Conclusion: Les internes sont ambivalents sur leur recherche d'autonomie. Le DES en quatre ans pourrait être une réponse à cette ambivalence sous réserve que l'encadrement pédagogique soit suffisant. Il est néanmoins probable que les internes continuent de faire des remplacements libéraux malgré le passage du DES à quatre ans. Les remplacements et le SASPAS ne permettent pas actuellement aux internes de se projeter vers l'installation ou d'affirmer leur place de médecin généraliste dans le système de soins.

Mots clés : Motivations, Remplacement, SASPAS, DES de Médecine Générale, Projet professionnel, Système de soins

Jury :

Président : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR DRYLEWICZ

Membres : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU
Monsieur le Docteur Eric DRAHI

Date de la soutenance : 13 mai 2016