

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2016 / N°

**Le ressenti et les attentes du médecin généraliste
vis-à-vis de son remplaçant**

THESE

Présentée
A l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **8 Mars 2016**
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

ROBIN Anthony
Né le 05/11/1985 à Lyon

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président François-Noël GILLY

Président du Comité de François-Noël GILLY

Coordination des Etudes Médicales

Directeur Général des Services Alain HELLEU

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est Doyen : Jérôme ETIENNE

UFR de Médecine Lyon Sud- Doyen : Carole BURILLON

Charles Mérieux

Institut des Sciences Pharmaceutiques Directrice : Christine VINCIGUERRA

Et Biologiques (ISPB)

UFR d'Odontologie Directeur : Denis BOURGEOIS

Institut des Sciences et Techniques Directeur : Yves MATILLON

De Réadaptation (ISTR)

Département de Biologie Humaine Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies Directeur : Fabien de MARCHI

UFR de Sciences et Techniques des Directeur : Yannick VANPOULLE

Activités Physiques et Sportives (STAPS)

Polytech Lyon Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. Directeur : Christophe VITON

Institut des Sciences Financières Directeur : Nicolas LEBOISNE

Et Assurances (ISFA)

Observatoire de Lyon Directrice : Isabelle DANIEL

Ecole Supérieure du Professorat Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Et de l'Education (ESPE)

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2015/2016

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Claris	Olivier	Pédiatrie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Zoulim

Fabien

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvin	Philippe	Neurologie

Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Baverel	Gabriel	Physiologie
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire

Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire

Vasiljevic
Venet

Alexandre
Fabienne

Anatomie et cytologie pathologiques
Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge
Figon

Thierry
Sophie

Le Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

COMPOSITION DU JURY

Président du jury:

Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Membres du jury:

Monsieur le Professeur Cyrille COLIN

Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE

Madame le Docteur Sylviane BIOT LAPORTE

Monsieur le Docteur Bruno SOYRIS

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Alain MOREAU, président du jury,

Pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail,

Pour avoir accepté de présider ce jury et de juger mon travail.

Pour votre aide qui m'a été très précieuse.

Soyez assuré de mon sincère respect et de ma profonde considération.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Cyrille COLIN

Je suis très honoré de votre présence dans ce jury.

Soyez assuré de ma profonde gratitude et de ma sincère considération.

A Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE

Vous me faites l'honneur aujourd'hui de juger ce travail.

Je vous remercie pour l'intérêt immédiat que vous y avez porté.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Sylviane BIOT LAPORTE

Pour avoir accepté sans hésiter de diriger mon travail,

Pour la confiance que tu as placée en moi,

Pour ton aide, tes conseils et ta bonne humeur,

Je te remercie sincèrement.

A Monsieur le Docteur Bruno SOYRIS

Pour me faire aujourd'hui l'honneur de juger mon travail,

Pour m'avoir appris ce qu'était un vrai médecin de famille,

Pour ces bons moments d'amitié,

Je te remercie.

A mes parents :

Je suis vraiment fier de vivre ce moment avec vous aujourd'hui, l'aboutissement de toutes ces années de travail. Si je suis ici aujourd'hui, c'est en grande partie grâce à vous, à votre amour et à votre soutien sans faille depuis toujours. Parce qu'il est impossible d'exprimer ce que je ressens en 4 lignes, je vous dis donc juste merci, pour ... Tout.

A mes frères :

Merci à Nico, pour tous nos moments ensemble, les heures passées sur nos Léo, la bataille sur la plateforme à Toulon, les « plageons », pour m'avoir appris le snow, mais aussi les sales coups, le cucaracha dans le maillot, le cocard, les coups d'épaules qui m'envoyaient dans les haies et bien d'autres. Benjamin, pour les parties de basket qui m'ont fait tant de bien en P1. Pour toutes mes victoires à PES et Smach Bros, et nos enguelades, qui ne sont jamais bien longues. Bon courage pour la suite de tes études, tu vas voir, de très belles années t'attendent. Les frangins, j'espère que nos relations ne changeront jamais.

Merci aussi à mes belles-sœurs Nathalie et Delphine, de les rendre heureux et de les supporter au quotidien ... ça ne doit pas être facile tous les jours ;-).

Un merci tout particulier à Nathalie pour son aide précieuse à l'aboutissement de ce travail.

Une grosse pensée aussi à ma petite nièce, Johanna, qui peut-être un jour lira ces lignes.

A mes grands-mères :

Le couscous de mamie Eliane, le meilleur au monde mais surtout un moment unique de retrouvailles en famille. Les montagnes d'escargots et les grenouilles de mamie Francine, les sorties à la pêche et à l'île de Robinson (j'étais petit, pourtant je m'en rappelle comme si c'était hier). Merci à toutes les deux.

Merci également à Pépé Roger et Papi Loulou qui auraient été très heureux d'être ici.

A mon oncle et à ma tante :

Pour tous les bons moments partagés, votre bon vivant et toutes les bouffes, bons vins et balades en bateau à venir.

A mon cousin Rémi et ma cousine Clara :

Pour les parties de foot, de console, de Monopoly et de bonne paye de notre enfance.

A ma marraine, Tatïe Hélène, merci d'être présente à tous les moments importants de ma vie.

A Mathilde, pour nos parties de Dr Mario, nos cache-cache dans l'appartement et nos voyages au bout du monde ... en Campervan ! Merci surtout parce que je suis heureux avec toi.

A mes vieux potes du quartier, Damien, Gillou et Mehdi, pour tous les stylos volés, toutes vos vannes, les « soulé ! Pas parler », les « p'tête que quelqu'un peut ? », les « crois j'plaisante » et les « ballak ' ». Merci d'être présents ce soir (surtout Gay malgré son travail dans la sécurité). Merci aussi à Patricia, Laetitia et Fabienne.

Faut qu'on se refasse plein de soirées chez moi ... enfin, chez mes parents je veux dire ;-).

A Jeremy, Baptiste, Barberine et Rémi. Pour tous nos réveillons, nos vacances dans le sud, nos vidéos de la Jab. Un merci tout particulier à Juan Pedro Madrelani et à Noémie Nable qui nous auront bien fait marrer.

A mes amis d'externat, Amaury, Camille, Richard, Marlène et Laurent. Avec vous comme amis, ces longues années d'études ne me laissent que de bons souvenirs. Certains moments sont devenus mythiques : Momo : « j'ai des spasmes ! Où ça ?... », Laurent pendant le tour de neuro-chir : « mais, on a qu'à lui couper les bras ! » Marlène : « mets-moi un doigt », Camille l'amie des guêpes et Richard Je ne sais pas par où commencer !

A mes amis d'internat : Cha pour toutes les soirées mythiques romaines et les Kiss-cool, Alexis (c'est notre thèse !), Mel pour nos danses endiablées sur « I Gotta Feeling », Béré et Max pour nos rendez-vous « top-chef » du Lundi soir, Amel et ses gaffes qui la rendent si rigolote, clairette et les Nessplaido, Cam et les pingpongs de valence, Alex et nos parties d'échecs, Nico et notre course épique aux 10 km de Romans, Cyrille et ses délicieuses truffes, Mathieu et notre menu sushi Saint-Valentin, Jojo et Céline et son bruit du fouet.

A mes amis du foot : Mehdi, Shoopi, Than, Jérôme et Chris, pour les petits ponts et nos « foinches » du Mardi soir, devenues sacrées.

A Flo : pour ton aide précieuse. Je me rends bien compte du travail que ça a dû être pour toi, je te remercie sincèrement. Pour te faire plaisir, j'ajouterai donc ceci :

« La loi, c'est moi ! Et l'Ordre ! » (S Stalone. Juge Dredd. 1995.) (PS : j'étais à deux doigts de le mettre dans la biblio).

PLAN

INTRODUCTION	3
MATERIEL ET METHODE	5
A. Type d'étude	5
B. Les critères d'inclusion	5
C. Les critères d'exclusion	5
D. Recrutement des médecins	5
E. Réalisation des entretiens et recueil des données	6
F. Le canevas d'entretien	6
G. Analyse des données	7
H. Recherche bibliographique	7
RESULTATS	8
I. L'ECHANTILLON	8
A. Description de l'échantillon	8
B. Durée des entretiens	8
II. ANALYSE TRANSVERSALE DES RESULTATS	9
A. Le ressenti du médecin généraliste remplacé	9
B. Rencontre avant remplacement	13
C. Attentes du médecin remplacé	16
D. Evaluation après remplacement	26
E. Le remplaçant et le remplacé : Partenaires	29
DISCUSSION	34
I. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	34
A. Les forces de l'étude	34
B. Les limites de l'étude	35

II. ANALYSE DES RESULTATS ET CONFRONTATION AUX DONNEES DE LA LITERATURE	37
A. Le ressenti du médecin installé	37
B. Attentes du médecin généraliste	41
C. Le premier rendez-vous	46
D. L'évaluation après remplacement	48
E. Le remplaçant et le remplacé : Deux professionnels partenaires	51
F. Propositions	54
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	58
ANNEXES	62

INTRODUCTION

D'années en années, on observe une baisse du nombre de médecins généralistes en France. En 2015, l'Ordre des médecins recense 58104 médecins généralistes exerçant en secteur libéral ou mixte soit une diminution de 10.5% en 8 ans. En Rhône-Alpes, l'URPS dénombre, au premier Juillet 2015, 5961 médecins généralistes dont 4933 exerçant en cabinet de ville. Entre 2008 et 2015, la région Rhône-Alpes a connu une croissance de sa population de 1,8%, alors que dans le même temps, le nombre de médecins généralistes a diminué de 2,8%. La desserte moyenne régionale est de 1 274 habitants pour 1 médecin généraliste. (1)(2)(3) En 2015, on dénombre en France 10 972 médecins généralistes remplaçants actifs, soit une augmentation de 4.8% des effectifs en 1 an. Parmi eux, 68.3% sont remplaçants en médecine générale. En 2014, on notait déjà cette tendance avec une augmentation de 3% sur un an. De plus, la région Rhône Alpes est au 2ème rang des régions qui concentrent le plus de remplaçants (9.6% des remplaçants) (1). Cela s'explique par les augmentations du numérus clausus mais aussi par la tendance des jeunes médecins généralistes à repousser de plus en plus leur installation. (4)(5)(6)

Cependant, malgré ces changements démographiques, le problème semble le même : Il est toujours difficile pour le médecin généraliste de trouver un remplaçant en particulier pendant les vacances scolaires. C'est ce que montre une thèse de médecine écrite en 2013 sur les difficultés des médecins généralistes bretons : 217 d'entre eux avaient participé à l'étude : La moitié des généralistes se considéraient en difficulté et les $\frac{3}{4}$ estimaient ne pas noter d'amélioration, surtout sur la période des congés scolaires. (7) Une thèse de 2013 auprès de 200 médecins généraliste exerçant en Côte d'Or met également en évidence ce manque de remplaçants et les difficultés de recrutement malgré des incitations financières. (8) Face à ces difficultés, les médecins généralistes en sont parfois contraints de fermer leur cabinet pendant leurs congés.

Lors d'un remplacement, le médecin généraliste confie son cabinet, son matériel et surtout sa patientèle à un autre médecin. La thèse de JC Walter (9) en 2007 montrait que les critères de choix du remplaçant par les médecins installés étaient majoritairement « sa présentation » (33%), « son expérience » (27%) et « son niveau de formation » (27%).

Mais le médecin généraliste n'a pas toujours le luxe de "choisir" son remplaçant. Il confie parfois sa patientèle à de jeunes confrères qu'il ne connaît pas, tant au niveau de leurs compétences qu'au niveau de leurs capacités d'adaptation au cabinet.

Du point de vue du médecin remplaçant, il est parfois difficile de trouver sa place, entre exercer sa propre médecine, ou bien essayer de copier la pratique du médecin remplacé. La thèse de médecine de N GALLET, une analyse qualitative sur la pratique professionnelle des médecins remplaçants, met en avant ce dilemme auquel sont confrontés les médecins remplaçants : dans tous les entretiens on retrouve une volonté de la part des remplaçants de se rapprocher de la pratique du médecin qu'il remplace, les raisons étant un manque de confiance en soi, un désir de confraternité (la peur du jugement du médecin remplacé), l'influence des autres médecins dans un cabinet de groupe, ne pas déstabiliser le patient, ou encore altérer la relation médecin-patient. Certains médecins remplaçants se sentent ainsi limités dans leur liberté d'action, prenant des décisions qu'ils n'auraient pas prises pour leurs propres patients. (10)

Avant un remplacement, les deux médecins, le remplaçant et le remplacé, se rencontrent. C'est le principal moment où ils peuvent échanger sur leurs attentes respectives. Mais, cet entretien est souvent court, et plus volontiers axé sur le fonctionnement du cabinet que sur les habitudes de prises en charge, la pratique médicale et les attentes du médecin remplacé.

Nous partons de l'hypothèse de travail que confier sa patientèle à un autre médecin peut être difficile. Les attentes du médecin remplacé sont difficiles à exprimer et à communiquer à son confrère.

L'objectif de ce travail est d'étudier le ressenti et les attentes du médecin généraliste vis à vis de la pratique de son remplaçant.

L'objectif secondaire est d'aider le médecin remplaçant dans sa pratique en identifiant les attentes du médecin remplacé.

MATERIEL ET METHODE

A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes installés en cabinet libéral.

B. Les critères d'inclusion

- Médecins généralistes en cabinet libéral, en activité durant l'année 2015, exerçant dans la région lyonnaise.

C. Les critères d'exclusion

- Médecins d'autres spécialités médicales
- Médecins n'exerçant pas en cabinet libéral, médecins salariés
- Médecins n'ayant pas exercé durant l'année 2015
- Médecins installés à plus de 100 km du centre-ville de Lyon
- Médecins à mode d'exercice particulier exclusif (angiologues, échographistes, acupuncteurs....)

D. Recrutement des médecins

Le recrutement des médecins a été fait de plusieurs manières: Certains ont été recrutés par Email via la « mailing list » des médecins généralistes participant à la permanence de soins des maisons médicales de garde d'Ambérieu-en-Bugey et de Vienne. D'autres médecins ont été contactés directement par téléphone, de manière aléatoire, via l'annuaire des pages jaunes sur les départements de l'Ain et de l'Isère. (Notamment pour la recherche de médecins exerçant en zone rurale). Enfin, d'autres médecins ont été contactés par téléphone sur conseils de collègues remplaçants ou de médecins précédemment interrogés.

Pour la création de l'échantillon, les médecins ont été sélectionnés selon certains critères afin d'obtenir la plus grande diversité de points de vue possible pour une diversification maximale des données. Ces critères étaient : L'âge, le sexe, le milieu d'exercice urbain, rural ou semi-rural, l'exercice en cabinet de groupe ou pas.

E. Réalisation des entretiens et recueil des données

1. L'entretien

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail du médecin, dans son cabinet, à l'exception du médecin 7 qui a été interrogé à son domicile. Après prise de contact avec les médecins par téléphone ou par mail, un rendez-vous était convenu selon leurs disponibilités. Un médecin a été contacté par téléphone lors de l'entretien, l'enregistrement avait alors été interrompu.

2. L'enregistrement

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones numériques (en cas de défaillance d'un des deux appareils). Les données ont ensuite été rendues anonymes.

F. Le canevas d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir d'une analyse bibliographique afin de cibler les thèmes à aborder.

L'entretien débutait par des explications sur le déroulement de l'entretien et une présentation de notre travail.

Un premier canevas d'entretien (Annexe 1) a été réalisé et utilisé pour la réalisation des 6 premiers entretiens. Le canevas a ensuite été modifié, non pas sur le fond, mais sur la formulation et l'organisation des questions. (Annexe 2)

La grille d'entretien développait cinq thèmes :

- Le ressenti du médecin généraliste vis-à-vis du remplacement
- La première rencontre avec le médecin remplaçant
- Les attentes vis-à-vis du remplaçant
- L'évaluation du remplaçant après remplacement
- L'apport du remplaçant, au-delà des attentes

G. Analyse des données

Chaque entretien a été enregistré à l'aide de deux dictaphones numériques puis retranscrit intégralement sur Word. Les fautes de langage n'ont pas été corrigées. Les pauses ou hésitations ont été marquées par des points de suspension, les rires ont été notés.

Puis l'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel N VIVO 10. Les mots et phrases clés (Verbatim) ont été codés, regroupés et classés par thèmes (Nœuds). La collecte des données et le recrutement des médecins ont pris fin lorsqu'aucun nouveau code n'apparaissait et donc jusqu'à saturation des données.

Afin d'explorer tous les thèmes de manière exhaustive, les données ont été triangulées avec le Dr F COL, médecin généraliste récemment installé ayant lui-même réalisé une thèse qualitative courant 2015 et également triangulé les données pour une autre thèse qualitative.

H. Recherche bibliographique

Les mots clés français utilisés étaient : - Remplaçant - Remplacement – Remplacer - médecin généraliste - médecine générale - Relation médecin-malade - Ressenti généraliste - Dossier médical -

Les mots clés anglais utilisés étaient : - Locum - Locum tenens - General Practice -

Les principaux moteurs de recherche employés étaient - PubMed - Sudoc - Cismef - Google -

Le site <http://portaildoc.univ-lyon1.fr> - Le site www.biusante.parisdescartes.fr -

RESULTATS

I. L'ECHANTILLON

A. Description de l'échantillon

Tableau descriptif de l'échantillon

	Sexe	âge	Milieu	Mode d'exercice	particularité	durée
M1	F	37	Semi-rural	groupe		24 mn
M2	F	51	Urbain	groupe		25 mn
M3	F	52	Semi-rural	seul		33 mn
M4	F	33	urbain	groupe		15 mn
M5	M	47	Semi-rural	groupe	MSU	32mn
M6	F	33	urbain	cabinet pluridisciplinaire		20 mn
M7	M	68	urbain	seul	MSU - retraité	55 mn
M8	F	36	urbain	groupe		42 mn
M9	M	59	rural	cabinet pluridisciplinaire	MSU – ostéopathie	42 mn
M10	M	58	urbain	seul	homéopathie	31 mn
M11	M	52	rural	seul		33 mn

M = Masculin ; F = Féminin ; mn = minute ; MSU = Maître de stage universitaire

11 médecins ont participé à l'étude.

5 Hommes et 6 femmes ont participé à l'étude.

L'âge des médecins de l'échantillon étaient compris entre 33 ans et 68 ans.

5 médecins exerçaient dans le Rhône, 2 dans l'Isère, 1 dans l'Ain et 1 en Saône-et-Loire.

5 médecins étaient installés en cabinet de groupe, 6 médecins travaillaient seuls dont 2 dans un cabinet pluridisciplinaire.

1 médecin était retraité avec un départ à la retraite courant 2015.

B. Durée des entretiens

Les entretiens ont duré entre 15 et 55 minutes pour une moyenne de 32 minutes.

II. ANALYSE TRANSVERSALE DES RESULTATS

A. Le ressenti du médecin généraliste remplacé

1. Recherche de remplaçants

a) Difficultés de recherche

"Moi : Vous avez souvent des remplaçants ? M1 : Oui, un peu moins ces derniers temps parce qu'on a plus de mal à en trouver"

- Difficultés géographiques

M8 : "Les médecins à la campagne, de toute façon, eux, bien ou pas bien, le jour où ils en trouvent un, ils le lâchent plus. Tant pis s'ils trouvent que c'est pas terrible. Ils ont pas le choix. Ils se disent qu'ils n'en trouveront pas d'autre."

- Manque de contacts

M1 : "On les perd et comme on n'a pas forcément de connaissances des endroits où on peut Enfin des ... des sites qui répertorient les remplaçants, du coup, on a du mal à en trouver. Moi je trouve que c'est de plus en plus compliqué oui."

- Turn-over des remplaçants

M5 : "bien entendu, au bout d'un moment, il fait autre chose, il s'installe, il part."

M8 : "parfois les remplaçants s'installent, ou je les garde pas forcément d'une année sur l'autre on va dire."

b) Absence de choix du remplaçant

M3 : "Cela ne m'est jamais arrivé de trouver plusieurs remplaçants disponibles. "

M10 : "On n'a pas toujours le luxe de choisir."

c) Cas particulier en pratique urbaine – disponibilité du remplaçant

Moi : "ils sont difficiles pour vous ces changements ? Ces recherches de remplaçants ?

M8 : "Jusqu'à maintenant ça ne l'a pas trop été parce que je pense que j'ai eu de la chance, et puis le fait d'être en ville facilite quand même, ... quand c'est vraiment en pleine ville, assez bien placée au niveau des transports en commun, on trouve assez facilement."

La recherche de remplaçant est globalement difficile pour le médecin remplacé qui n'a souvent pas le luxe de choisir son remplaçant. Les freins retrouvés sont l'isolement du médecin remplacé (le manque de contacts du médecin, isolement géographique) et le turn-over des médecins remplaçants.

2. Sérénité du médecin remplacé

M7 : *"Globalement, je suis toujours parti serein en vacances."*

a) Soulagement du médecin remplacé

M8 : *"J'ai un grand confort de partir et de revenir en sachant que tout a été géré en mon absence."*

M9 : *"Je le vis très bien. Parce que remplaçant égale vacances et vacances ça fait du bien."*

b) Bonnes expériences passées

M1 : *"ça s'est toujours très bien passé, je suis contente des remplaçants, je suis contente de ceux qui arrivent, ça se passe toujours bien quoi. "*

M9 : *"La plupart des remplacements se passent parfaitement bien."*

c) Confiance envers le remplaçant

- Confiance naturelle

M3 : *"J'ai tendance à faire confiance."*

M10 : *"De la confiance, oui, on l'a au départ. C'est un priori. Si on n'a pas confiance, on ne peut pas se faire remplacer, ce n'est pas possible."*

M11 : *"je crois que c'est important que d'abord on fasse confiance."*

- Compétence du médecin remplaçant – Foie en la formation des médecins

M6 : *"généralement, moi j'estime que j'ai en face de moi un médecin qualifié qui est apte à prendre en charge un patient de manière autonome."*

M8 : *"ça me stresse pas du tout, je me dis bon, voilà ils ont eu leur diplôme, ils sont qualifiés."*

M10 : *"Je pars d'un apriori, c'est que la personne est compétente."*

d) Facteurs rassurants

- Remplaçant connu

M9 : *"pratiquement, systématiquement, mes remplaçants ont été des gens que je connaissais, avec qui j'avais déjà travaillé au cabinet, et donc en qui j'avais toute confiance."*

- Expérience du remplaçant

M2 : *"Et puis l'ancienneté du remplaçant aussi. Parce que c'est sûr que les remplaçants en première année, qui remplacent depuis pas très longtemps, ce n'est pas un remplaçant qui remplace depuis quatre, cinq ans."*

M3 : *"quelqu'un qui remplace depuis un an, deux ans, trois ans et qui a priori sera peut-être plus à même de se débrouiller tout seul sur un certain nombre de choses."*

- Remplacement court

M9 : *"La première fois c'était pour des petits remplacements, et quand c'est des petits remplacements, de l'ordre de 2 jours ou 3 jours, il n'y a pas franchement de gros risques."*

M10 : *"Les remplacements de courte durée, l'inquiétude est modérée parce qu'on va vite être là pour rattraper certaines choses s'il y a besoin de rattraper."*

- Cabinet de groupe

M5 : *"D'autant moins de problème qu'il y a un cabinet de groupe. Il y a d'autres médecins, une secrétaire... "*

e) Rapports extra-professionnels

M9 : *"on aime bien se retrouver autour d'une table, je pense que c'est plus sympa comme ça et puis c'est bien pour tout le monde. C'est bien pour tout le monde parce qu'on n'est pas dans un rapport uniquement financier ou dans un rapport uniquement technique mais aussi dans un rapport humain."*

M11 : *"Ouais, Julien, ça s'était terminé, il était venu boire un coup à la maison le fameux mercredi là. Et puis après, on s'est revu plusieurs fois comme copains quoi."*

Se faire remplacer est ressenti comme un soulagement par le médecin généraliste car souvent synonyme de congé. Il ressort de l'étude un sentiment global de sérénité lié à une confiance naturelle envers le remplaçant, ses compétences et sa formation médicale. Cette sérénité va être d'autant plus grande que le remplaçant est déjà connu du médecin remplacé, qu'il est expérimenté, que la durée du remplacement est courte et que le médecin remplacé travaille en cabinet de groupe. Se développe parfois une relation extra-professionnelle entre les deux médecins qui viendra renforcer ce sentiment de confiance.

3. Motifs d'Inquiétude

a) Compétence du remplaçant

M1 : " Ben ... Je veux pas qu'il fasse de bêtises! (rires) "

M9 : "C'est les appréhensions qu'on peut toujours avoir, est-ce qu'il va pas faire n'importe quoi ? Mettre des patients qui ont 14 de tension sous antihypertenseur, ou prescrire des hypolipémifiants à des gens de 90 ans, enfin j'en sais rien, je dis n'importe quoi, mais voilà, on a toujours cette appréhension-là."

b) Gestion du cabinet

M9 : "L'autre appréhension qui est peut-être plus réelle, c'est que la faculté forme des bons médecins, mais pas des bons gestionnaires."

c) Facteurs anxioènes

- Mauvaises expériences passées

M1 : "un contact particulier, on s'est même demandé si Un regard fuyant, une présentation atypique (...) j'ai des gens qui sont sortis de son bureau, qui sont allés taper chez moi pour que je les revoie, en pleurs, je me suis demandée aussi s'il n'était pas psychotique. "

M7 : "Et encore plus, que je cite comme exemple, en gros, le seul vrai remplacement que j'ai eu par une inconnue, c'était une catastrophe."

- Remplaçant inconnu

M7 : "J'aurai été inquiet si j'avais dû me faire remplacer par des inconnus."

M10 : "De l'inquiétude, un peu, oui, forcément. L'inquiétude par rapport à nos patients compliqués, ceux qui sont en situation difficile. C'est toujours inquiétant de les laisser à quelqu'un qu'on ne connaît pas, quoi."

d) Responsabilité du médecin remplacé

M10 : "je défendrai mon remplaçant parce que c'est en même temps, me défendre aussi. Je l'ai choisi quand même, donc j'en suis responsable. "

Certains médecins de l'étude disent quand même nourrir des inquiétudes quant à la prise en charge de leurs patients et la gestion de leur cabinet, le principal facteur anxioène étant d'être remplacé par un inconnu. Cela peut être renforcé par de mauvaises expériences passées de remplacement. En effet, plusieurs médecins de l'étude ont eu de rares cas de remplaçants « catastrophiques ». A cela vient s'ajouter un sentiment de responsabilité du médecin remplacé, car c'est lui qui a choisi son remplaçant.

B. Rencontre avant remplacement

1. Premiers contacts indirects – importance décisionnelle

M8 : "au téléphone déjà, on se rend compte un peu du style de la personne, la manière dont elle parle, et puis on donne suite ou pas."

2. Evaluation du remplaçant : importance du ressenti du remplacé

a) Bon contact

M1 : " sur la présentation ... s'ils sont souriants, des choses comme ça. C'est peut-être des raisons supplémentaires pour les contacter"

M11 : "je ne sais pas pourquoi ça s'est bien passé mais bon. On s'est vu pareil deux heures. Il y a eu le feeling, quoi. C'est passé. Il a l'air sympa."

b) Mauvais contact

M8 : "elle n'était pas très chaleureuse, elle était un petit peu renfrognée, un peu bizarre quoi, sensation un peu étrange ! Elle n'inspirait pas confiance en fait."

M10 : "Je ne sais pas. Je pense que c'est individuel. Je ne sais pas. Une certaine désinvolture qui ne m'avait pas paru adéquate pour prendre en charge mes patients ou heu... Je ne sais pas. C'est difficile à dire."

c) Impact décisionnel : Extrapolation au domaine professionnel

M3 : "On ne peut pas s'empêcher de porter un jugement"

M10 : "Sur le plan professionnel. Moi, ce que j'essaie de juger c'est la qualité de communication, la qualité de présentation, la manière, enfin, autant que possible, la manière dont, enfin, dont on est à l'aise ou pas, par rapport à ceux qu'on ne connaît pas, quoi."

d) Evaluation rapide de l'expérience du remplaçant

M1 : "si ça fait longtemps que la personne remplace."

M3 : "demander au remplaçant ce qu'il a déjà fait pour situer la personne."

M10 : "En général, pourquoi on se fait remplacer, c'est la question qui vient. Est-ce que c'est régulier? Pas régulier? Et puis après, c'est les mêmes questions vis-à-vis du remplaçant, pourquoi il fait des remplacements? Depuis combien de temps? Quel était son cursus? Pour se connaître en fait."

Le médecin se fait déjà une idée du remplaçant lors des premiers contacts indirects par mail ou par téléphone. L'évaluation se fera ensuite durant le premier rendez-vous quelques jours avant le remplacement. Le médecin remplacé va s'enquérir brièvement de l'expérience du remplaçant mais son évaluation sera en fait très subjective et surtout basée sur le relationnel et donc le ressenti. Cela va influencer le médecin remplacé qui va parfois extrapoler au domaine professionnel.

3. Informations au remplaçant

a) Fonctionnement du cabinet et logistique

M3 : *"Cela tourne autour de détails concrets, d'organisation du cabinet en vue du remplacement."*

M5 : *"il s'agit surtout de montrer le cabinet. Il faut une bonne heure pour montrer un peu les habitudes de travail à la fois au niveau des locaux et au niveau du logiciel."*

b) Attentes en termes de pratique médicale

- Non traitées

M1 : *"Après non, sur ma pratique médicale, non je pense qu'on n'a pas le temps d'aborder ça."*

M2 : *"Mais moi, je ne peux pas lui dire faut ci, ça, ça. Après il fait ce qu'il veut. Après c'est moi qui choisis. Si je trouve que ça part trop dans tous les sens, je ne renouvelle pas."*

M8 : *"Je leur parle pas trop de ma pratique"*

- Etonnement du remplacé

Moi : *" Sur la pratique médicale du remplaçant ou la vôtre, est-ce que vous parlez de ça au moment de ce rendez-vous ou pas ?*

M3 : *"Pas énormément finalement. Maintenant que vous posez la question."*

- Consignes brèves

M3 : *"On en parle un peu parce qu'on a tendance à regarder éventuellement, ne serait-ce que pour expliquer, On regarde dans des dossiers. C'est une façon de voir ce qu'on écrit, ce qu'on n'écrit pas."*

M5 : *" quand je lui montre le dossier médical. Je lui dis : « A chaque consultation, je remplis, je renseigne, la tension, le pouls, le poids, en faisant comme ça»."*

c) Attentes vis-à-vis des patients : Peu ou pas traitées

Moi : *"Est-ce que vous parlez des patients ?* M2 : *"Non. Pas trop."*

M6 : *"Donc, des recommandations particulières, oui. Par rapport à des suivis particuliers sur certains patients éventuellement"*

4. Limites

a) Compétences du remplaçant inconnues

M10 : *"ce n'est pas un choix professionnel parce qu'on connaît pas les qualités professionnelles des gens qu'on rencontre"*

M8 : *"C'est très subjectif parce qu'en fait on ne peut pas se faire une idée de la compétence comme ça, sur un appel téléphonique ou sur un entretien d'une demi-heure "*

b) Evaluation subjective du médecin remplaçant

M3 : *"On ne peut pas s'empêcher de porter un jugement. Soit il est valable, soit il ne l'est pas mais n'empêche qu'on l'a."*

M8 : *"Donc c'est vrai que ça ne se fait pas du tout sur des critères objectifs, mais absolument sur des critères subjectifs. Mais on peut se tromper. "*

c) Impact limité de l'évaluation

M5 : *"Après, quand on se voit au cabinet, c'est pour se rencontrer physiquement. Mais il n'y a pas de surprise. En général, le remplacement va se faire."*

M10 : *"je ne crois pas que cela ait vraiment un impact sur mon choix. Je pense que ça permet de se connaître, mais ce n'est pas ce qui va me faire choisir le remplaçant ou pas. "*

d) Manque de temps

M5 : *"S'il faut faire des conseils personnalisés, on ne s'en sort pas. Ce serait trop long. Non, on n'a pas le temps. On passe déjà une heure à montrer tout le cabinet."*

M11 : *"ça nous prend bien deux heures je pense. (...) Le logiciel qui prend quand même une bonne part si on n'a pas du tout l'habitude."*

e) Respect envers le remplaçant

Moi : *"Et sur sa pratique ? M1 : "Ben non pas tellement, parce que ... personne vient juger ma pratique, donc ... "*

M2 : *" quand je vois pour la première fois un remplaçant, je ne lui demande jamais, ni s'il a fait le stage chez le praticien, ni son ancienneté (...) je pense qu'il faut donner des chances à tout le monde."*

M8 : *" On va pas lui faire de quizz, « si t'as quel cas, à quoi tu penses ? », genre QCM d'internat. Ce serait vraiment choquant quoi"*

f) Désir de plaire au remplaçant

M8 : *"puis c'est plutôt moi qui leur demande si ça va aller et puis s'ils sont d'accord quoi. Quand ils ont vu le cabinet, parce que bon, c'est aussi à eux de choisir. "*

M10 : *"c'est l'occasion de montrer le cabinet, de voir si ça plaît au remplaçant, parce qu'il faut aussi que lui, il soit d'accord."*

La première rencontre entre remplacé et remplaçant est essentiellement axée sur la présentation et la gestion du cabinet et du logiciel médical. Les compétences professionnelles du remplaçant sont inconnues du remplacé. L'évaluation du remplaçant par le remplacé est très subjective et donc potentiellement fausse. De plus, même en cas de ressenti négatif, cela n'a pas forcément de conséquences car il arrive que le remplacement se fasse quand même. Les médecins remplacés ne donnent pas de recommandations sur la pratique médicale ou le rapport avec les patients. Finalement, à l'exception de la gestion du cabinet et des dossiers, les médecins interrogés ne font pas part de leurs attentes à leurs remplaçants. Les freins retrouvés sont le manque de temps, le respect envers le remplaçant ainsi que le désir de plaire au remplaçant ou peut-être la peur de le voir refuser le remplacement.

C. Attentes du médecin remplacé

1. Qualités attendues du remplaçant

a) Contact avec le patient

M6 : *"Mes attentes par rapport au fait comment j'aimerais qu'on s'occupe de mes patients, à l'attention qu'on leur porte, après ce n'est pas des pratiques par rapport à la médecine en elle-même, c'est plutôt l'attitude générale à laquelle je m'attends vis-à-vis de mes patients."*

M7 : *"qu'il soit aussi compétent que possible sur le plan relationnel, dans la mesure où dans ma pratique, le relationnel joue beaucoup, dans la mesure où j'ai une bonne partie de ma patientèle en thérapie de soutien."*

- Explications

M5 : *"je pense qu'il faut expliquer aux gens. Là aussi, j'attends que le remplaçant fasse le boulot de ce côté-là."*

M8 : *"les nouveaux médecins, on a plus un rapport différent avec les patients qu'il n'était, je pense, il y a 50 ans où le médecin était très distant, où on n'expliquait rien au patient. Mais ce n'est plus comme ça maintenant dans la grande majorité des cas"*

- Ecoute

M2 : "En compétence, ce que je demande c'est d'être à l'écoute des gens"

M6 : "l'écoute du patient parce que moi c'est vrai que je parle beaucoup aux patients. J'essaie de faire en sorte de les responsabiliser au maximum pour qu'ils soient aussi acteurs de leur santé et pas juste suivre aveuglement les ordonnances. Donc, généralement, que le médecin qui remplace soit aussi à l'écoute de ce qu'a pu lui dire le patient"

- empathie

M2 : "C'est comprendre les autres. Se mettre à la place des autres et du patient. C'est de l'empathie. Enfin, cela fait partie du travail, l'empathie."

b) Bon gestionnaire

- Gestion de la comptabilité

M7 : "Être capable de tenir la comptabilité du cabinet de façon correcte."

M11 : "La tenue correcte de la comptabilité et des dossiers, quoi, ça c'est important,"

- Gestion du cabinet

M9 : "La médecine générale est un métier complexe. C'est un métier où il ne suffit pas de savoir la question de l'internat pour faire tourner un cabinet. Il faut aussi avoir un minimum de notions de gestion matérielle."

M10 : "les différents instruments qui servent dans le métier, doivent être, doivent être à leur place, parce que si je cherche mon stéthoscope pendant deux heures, ça va pas le faire."

c) Sérieux, implication

M2 : " C'est-à-dire qu'ils voient vraiment le patient",

M3 : "Après ce qu'on demande au remplaçant, c'est qu'il fasse son boulot correctement et avec sérieux, etc."

M5 : "Mais les critères de choix, c'est d'abord : rigueur et sérieux."

d) Prise en charge globale

M1 : "alors après s'il pouvait jeter un coup d'œil sur les ordonnances que j'ai établies, s'il voit des incohérences ou des choses comme ça"

M5 : "Et puis, surtout faire le check up de toute la surveillance qui doit être faite. C'est-à-dire, quelqu'un qui doit refaire une coloscopie, quelqu'un qui doit faire un doppler de surveillance des carotides, quelqu'un qui doit faire sa biologie. Si c'est le moment de la faire, il ne faut pas laisser passer et checker tout ce qui doit être fait pour le renouvellement."

e) Dossier médical

- Lecture du dossier et des antécédents

M5 : "je fais confiance au remplaçant pour voir tout ce qu'il y a dans le dossier. Et à mon avis, les antécédents du patient doivent suffire à cibler l'attention ou les choses particulières quand le remplaçant va voir le patient."

M6 : "bien lire les mots qui sont laissés dans les dossiers pour voir un peu finalement l'attitude thérapeutique qui a été préconisé"

- Qualité des observations

M1 : "J'aime bien les dossiers bien fournis"

M5 : "Alors, il y en a qui en mette beaucoup, il y en a qui en mette peu. Mais peu importe, c'est la qualité qui importe."

Aux yeux du médecin, le remplaçant est un professionnel compétent, aux connaissances médicales solides. Ce n'est donc pas une qualité recherchée en priorité car sûrement considérée comme acquise. Ce ne sera donc pas discriminant. En revanche, les médecins interrogés attendent du remplaçant d'avoir un bon relationnel avec le patient : communication, explications au patient, écoute, empathie. Le « ressenti-patient » prime sur le reste et c'est le facteur déterminant pour d'éventuels remplacements ultérieurs. Les autres qualités les plus attendues sont la bonne gestion du cabinet et de la comptabilité, le sérieux, la rigueur ainsi que l'implication du remplaçant, et la bonne gestion du dossier médical. Enfin, certains médecins de l'étude disent attendre une prise en charge globale du patient par le remplaçant, cela allant jusqu'à une réévaluation de l'ordonnance.

2. Critères négatifs

a) Mauvais ressenti patient

M8 : "l'exemple d'un ou deux remplaçants que je n'ai pas repris, c'est quand ils ne sont pas très agréables avec les patients, au téléphone ou en consultation. Là pour le coup, il y a un minimum. Le contact est quand même moi je trouve important ... ouais. "

M9 : "un défaut qui n'est pas forcément un défaut dans le sens médical, parce que je n'ai jamais d'erreur de prescription", c'est simplement un petit problème relationnel, qui fait que cette fille elle sera peut-être mieux en étant médecin conseil à la sécu que médecin généraliste"

M11 : "le contact avec les gens avait été très moyen en fait. Voilà."

b) Manque d'implication

M10 : *"C'est la désinvolture. C'est... le manque d'implication. C'est la difficulté de certains remplaçants. C'est qu'ils vont remplacer quelques jours et puis après ils partiront et il n'y aura pas forcément de suite (...) donc certains remplaçants peuvent ne pas être très impliqués à cause de ça."*

- Consultations bâclées

M2 : *"Ceux qui renouvellent en cliquant juste l'ordonnance, qui ne regarde pas ce qui est à faire, je me dis que celui-là, il faudra qu'il progresse pour faire de la médecine générale"*

M5 : *"Des consultations d'un quart d'heure par contre ça me semble un peu léger. Pour un renouvellement de traitement long chez une personne âgée, ça me semble un peu difficile."*

- Mauvais suivi du patient

M2 : *"quand on reprend au bout d'un an, des choses qui n'ont jamais été faites par deux ou trois remplaçants, c'est épuisant pour nous. C'est énervant et épuisant parce qu'il faut reprendre des choses parfois. Ou il est déjà un trop tard pour reprendre les choses "*

c) Mauvais gestionnaire

M9 : *"Tout ce qui est annexe à la pratique de la médecine, je trouve que les médecins sont fort mal préparés à ça."*

M11 : *"au niveau comptabilité ça avait été alors là, plus qu'une horreur. Il avait compté des actes deux fois, enfin il ne comprenait rien à l'ordinateur je pense. Alors j'ai passé plus d'un après-midi à rattraper ses bêtises de comptabilité"*

d) Appât du gain

M2 : *"On se dit, il joue l'argent, il joue la qualité de la clientèle. Par contre, la médecine générale ce n'est pas ça. Ce n'est pas jouer de l'argent, enfin, pour moi."*

M7 : *"faire revenir quatre fois le patient simplement pour faire tourner le tiroir-caisse."*

M10 : *"je pense que le côté financier est important mais n'est pas la première question à poser."*

Le principal défaut relevé par les médecins interrogés est le mauvais « ressenti-patient ». Cela montre bien que le patient est au centre des préoccupations du médecin remplacé. Là encore, ce sera le principal critère discriminant dans le choix du prochain remplaçant. Des médecins ont noté un manque d'implication de certains médecins remplaçants qui se contentent du strict minimum pendant la consultation : renouvellements de traitements chroniques sans organiser le suivi du patient, courte durée des consultations. Parfois l'appât du gain peut pousser le remplaçant à enchaîner

des consultations courtes, au détriment de la qualité des soins. La négociation de la rétrocession avec le médecin remplacé est également mal perçue. Enfin, des problèmes de gestion de cabinet ou de la comptabilité sont retrouvés lors de certains remplacements.

3. Limites du remplaçant

a) Changements de prise en charge limités

- Changements progressifs ou différés

M1 : "S'il y a des choses qui... sont justes différées, c'est pas grave, voilà. "

M9 : "voir si elle est cohérente et si elle l'est, ils la maintiennent. Quitte parfois à laisser un petit mot sur le dossier. « Il est inutile de prescrire tel médicament ... » voilà, ça permet de faire le lien c'est très bien."

- Changements évidents

M1 : "Alors soit il est vraiment sûr que c'est très embêtant et dans ce cas-là, voire de nuisible pour le patient, ben qu'il modifie, ce n'est pas quelque chose qui me choquerait. Au moins qu'on en parle soit au cours d'un débriefe, soit même une suggestion dans le dossier en disant, « ça, ça m'a surpris ». Ou commenter les choses."

M3 : "Celui qui vient avec un IEC plus un Sartan et qui amène sa prise de sang avec le potassium à 5,4. Il faut faire quelque chose. Il faut lui dire : « Il y a besoin de changer. »."

- Changements justifiés

M1 : "Non s'il arrive à faire passer le message et à argumenter s'il a des oppositions, qu'il fasse la sienne. "

M9 : "Non j'attends une prise en charge qui soit susceptible d'être expliquée"

Le médecin remplaçant est un professionnel qui a un champ d'action limité. Sauf changements évidents de traitement (en cas de danger pour le patient par exemple) les modifications de prise en charge doivent être justifiées, progressives, voire différées. Plusieurs médecins de l'étude disaient préférer que le remplaçant laisse une annotation dans le dossier plutôt que de modifier lui-même une ordonnance.

b) Attente de mimétisme

M1 : *"ceux qui m'ont laissé le meilleur sentiment, c'est ceux où j'aurai l'impression d'avoir des similitudes avec eux"*

M2 : *"Il doit s'adapter, je pense plutôt que de faire sa propre médecine. Enfin, de toute manière, les remplaçants qui ne travaillent pas trop comme moi, en général, je ne fais plus appel à eux"*

M10 : *"Le remplaçant doit être finalement un caméléon. Il doit se mettre à la couleur du cabinet."*

- Thérapeutique, patients chronique

M3 : *"Sur l'allègement, oui, ou sur le rajout. Surtout sur des choses qui portent sur le long terme. De tout façon, celui qui prend le Lexomil depuis 15 ans: qu'il le prenne depuis 15 ans et un mois ou 15 ans et deux mois, franchement ..."*

Moi : *"Qu'est-ce que vous attendez de lui, dans le cas d'un renouvellement d'ordonnance ?"*

M5 : *"Qu'il fasse la même chose que moi."*

- Fonctionnement du cabinet

M10 : *"il faut que le remplaçant se moule dans l'organisation propre du cabinet et donc sa propre organisation doit être dépendante de ça."*

➤ Temps de consultation

M4 : *"Sur le temps de consultation, comment nous, on pratique en général, le remplaçant fait pareil (...) Trente minutes."*

M6 : *"on est sur une base de rendez-vous de quinze minutes plus ou moins longue en fonction des besoins. Moi, quand un remplaçant vient, je m'attends à ce qu'il se conforme à peu près à ce type de fonctionnement."*

➤ Horaires

M10 : *"respecter certains horaires. Si le cabinet ouvre habituellement à 8h00, il ne faut pas qu'il l'ouvre à 9h30, sans arrêt, quoi. "*

M11 : *" Je ne vous oblige pas à fonctionner exactement comme moi mais bon j'ai quand même un secrétariat téléphonique donc il y a des horaires à respecter autant que possible. Ma disponibilité si elle peut être identique, enfin, la vôtre peut être identique c'est ce que j'aimerais"*

- Relationnel

M8 : *"Et c'est là que j'attends plutôt qu'il s'adapte : au type d'endroit où on est, et du coup au type de patients qu'on a, plus qu'à ma pratique à moi. Peut-être que j'attends qu'il s'adapte à ma manière de considérer les gens."*

M10 : *"Ce que j'attends de lui. De la manière dont il doit aborder les patients. Ce que mes patients attendent de moi, je veux que le remplaçant leur donne."*

Dans notre étude, Il ressort donc une attente de mimétisme de la part du médecin remplacé. Ce mimétisme porte sur les prescriptions, notamment sur les renouvellements d'ordonnance. Il porte également sur la façon d'être, le relationnel avec les patients et donc sur la personnalité même du médecin remplaçant. Le médecin remplacé attend du remplaçant qu'il calque sa relation avec les patients sur la sienne. Enfin cette attente de mimétisme porte aussi sur le fonctionnement du cabinet, sur les horaires et surtout sur la durée des consultations. Certains médecins interrogés souhaitaient que le remplaçant fasse des consultations de 30 minutes, d'autres de 15 minutes, ce qui a un impact lourd sur la façon d'exercer du médecin remplaçant.

c) Motivations du médecin remplacé

- Peur de l'erreur de prescription

M1 : "c'est vrai que des fois c'est facile aussi de se mettre dans les chaussons du médecin précédent, et puis de différer la chose, parce que quand on est en remplacement sur une semaine, si on ne révolutionne pas la terre, c'est pas grave... (...) Je veux pas qu'il fasse de bêtises! (rires) "

- Respect des habitudes du patient

M2 : "Et qu'il travaille aussi, un petit peu pareil, de la même façon que moi, parce que sinon les patients comprennent pas. C'est plus pour les patients"

M3 : "Cela peut heurter les patients si le remplaçant s'y prend différemment"

M8 : "c'est vrai que ma remplaçante du mercredi, c'est un peu mon calque donc forcément les gens ça leur convient, parce qu'ils ont l'impression que c'est un peu comme si c'était moi quoi."

- Prise en charge ponctuelle

M2 : "Enfin, ils ne peuvent pas tout chambouler sur une semaine ou quinze jours."

M9 : "Quand on remplace sur 2 jours en général, on va pas trop modifier les habitudes de prescriptions du médecin remplacé. Même si la tension est un petit peu haute, le remplacé dira « vous repasserez dans 15 jours pour refaire le point sur la tension »"

- Confraternité, respect de la relation médecin malade

M3 : " on n'a pas à dire des choses aux gens qui vont leur faire perdre confiance dans leur médecin traitant ou qui vont les inquiéter sur quelque chose. Il faut être bien prudent là-dessus."

M10 : "il faut qu'il le fasse avec doigté pour ne pas mettre le remplacé en porte-à-faux justement parce que le remplacé, lui, il va avoir sa patientèle, il l'aura 365 jours sur 365. Donc, je pense qu'il n'est pas question de le mettre en porte-à-faux."

- Fierté du médecin remplacé

M9 : "Mais ils sont très gentils avec nous les médecins remplacés, ils nous fusillent pas nos ordonnances. (...) ils nous respectent quoi, ils nous respectent à travers l'ordonnance. Si on a fait telle ordonnance, leur première idée c'est pas d'aller démolir l'ordonnance. "

Dans notre étude, on retrouve plusieurs raisons à cette attente de mimétisme de la part du médecin remplacé. Tout d'abord, le médecin remplacé peut craindre une erreur de prescription de son remplaçant, ce qui n'était pas le cas si le remplaçant se contentait de reproduire l'ordonnance. Le second point était la légitimité du médecin remplaçant qui n'intervient que de manière ponctuelle. Ce n'est donc pas son rôle d'alléger une ordonnance ou d'arrêter un traitement chronique. Ensuite, plusieurs médecins de l'étude considéraient qu'il y avait également une attente de mimétisme de la part de leurs patients, et qu'il était important de respecter leurs habitudes. De plus, si le médecin remplaçant était amené à modifier un traitement, le médecin remplacé attendait qu'il le fasse avec doigté pour ne pas le mettre en porte-à-faux et mettre en péril la relation médecin-malade. Encore une fois, le patient est au centre des attentes du médecin remplacé, c'est lui qui est habitué à son médecin et à sa pratique, le remplaçant doit respecter ses habitudes. Une certaine fierté du médecin remplacé peut aussi être notée, il y a une attitude paternaliste de certains médecins remplacés, envers leur patients surtout, mais aussi envers le remplaçant qui vient renforcer cette attente de mimétisme.

4. Liberté de pratique du remplaçant

M2 : "Le remplaçant fait comme il veut."

M3 : "Donc je pense qu'il faut qu'il ait la liberté de faire les choses telles qu'elles lui paraissent devoir être faites"

M5 : "Ma première réponse : il doit exercer sa propre médecine."

M8 : "moi je dirais qu'il ne doit pas s'adapter à ma pratique médicale (...) chacun sa pratique."

M10 : "Ah, non, moi, je suis libre. Il exerce sa médecine de la manière dont il l'a apprise. Ça ne me gêne pas, quoi. "

a) Modifications de traitement

M8 : *"moi ça ne me gêne pas du tout, si, même pour un renouvellement chronique, si il ou elle change ma prescription de traitement chronique"*

M11 : *"on se rend bien compte que quand ça fait des années qu'on suit des gens, en particulier des personnes âgées, les ordonnances ont tendance à s'allonger avec des trucs qui finalement ne sont pas d'une efficacité franchement prouvée, etc. Alors, il y a eu pas mal de, il y a eu un bon coup de balai de fait"*

- Légitimité du remplaçant : responsabilité de sa prise en charge

M4 : *"Et après il est responsable de sa prescription. Il ne doit pas non plus faire un copier-coller, sauf si le copier-coller il est d'accord avec mais comme il est responsable de sa prescription, il ne peut pas faire absolument parfaitement comme le médecin remplacé."*

M6 : *"quand le remplaçant est là, moi je lui laisse la maison. C'est lui qui est responsable des patients. Il faut se conformer à sa façon de travailler."*

M11 : *"pour moi, que le remplaçant dise: « Non, non, ça ne justifie pas un antibiotique. ». J'allais dire, vous aurez mon aval derrière parce que chaque médecin pour moi est responsable de son truc et s'il le fait, il le fait de façon responsable."*

- Respect envers le remplaçant

M1 : *"parce que ... personne vient juger ma pratique, donc ... "*

M8 : *" Enfin, je trouve que c'est quand même dénigrer la personne qui nous remplace que de critiquer ce qu'elle fait."*

b) Organisation du travail

- Horaires

M3 : *"Les gens ont le droit de s'adapter en fonction de leurs impératifs."*

M8 : *"S'ils ont envie de commencer plus tard, ils commencent plus tard. S'ils ont envie de finir tôt, ben voilà. Il y en a qui ont des jeunes enfants... . Voilà moi ça m'est égal, ça me dépanne bien. Même si je sais qu'ils font des petites journées"*

- Durée de consultation

M2 : *"Enfin, il travaille à son rythme, moi je n'ai pas à lui imposer un rythme à mon remplaçant"*

M10 : *"la durée de consultation du cabinet, je la laisse au choix du remplaçant".*

A l'opposé, certains médecins de l'étude pensent que le remplaçant est libre d'exercer sa médecine comme il l'entend, tant pour les pathologies aiguës que chroniques. D'une part c'est irrespectueux d'imposer sa pratique, et donc de juger celle de l'autre, d'autre part c'est légitime car c'est la responsabilité du médecin remplaçant qui est engagée à travers ses prescriptions. Cela peut d'ailleurs être bénéfique pour le patient et pour l'avancée de la prise en charge. De même, l'organisation du cabinet, les horaires et le temps de consultation peuvent être modifiés le temps du remplacement.

5. Entre liberté et limites

a) Mimétisme inavoué : contradictions du médecin remplacé

Moi : "Un remplaçant doit-il s'adapter à votre pratique médicale ou bien doit-il exercer sa propre médecine ? M1 : La sienne, de toute façon, je ne vois pas en quoi, Ça marche pas ... Enfin... après il faut savoir être un peu ... comment je peux dire ça, Souple ! C'est tout. (...) oui sa propre médecine mais il ne faut pas qu'il soit trop buté dans..."

M8 : "moi je dirais qu'il ne doit pas s'adapter à ma pratique médicale, par contre il doit s'adapter quand même au type de patients donc forcément ma pratique est quand même avec un type de patients Des gens de certains milieux, de certaines catégories socio-professionnelles et donc je pense que, comme moi je le fais, qu'il faut s'adapter à ça."

Moi : "l'allègement d'ordonnances par exemple?"

M10 : "Est-ce le rôle du remplaçant? Je ne pense pas. (...)"

M10 : "Moi, je pense que le remplaçant a son rôle à 100%, c'est-à-dire que s'il estime qu'il y a certains médicaments qui doivent être arrêtés, dès l'instant où il le justifie, il fait ce qu'il a à faire."

b) Le remplacement : une médecine de compromis

"Le médecin remplaçant doit-il s'adapter à votre pratique médicale ou bien exercer sa propre médecine?"

M3 : "C'est un compromis entre les deux. " M 4: "Un peu des deux."

M6 : "Un mix des deux, voilà." M7 : "Les deux mon colonel."

Sur la question « le médecin remplaçant doit-il exercer sa propre médecine ? », les médecins interrogés ont donc des avis partagés. Il y a des attentes contradictoires en fonction des médecins, mais également chez un même médecin. L'attente de mimétisme n'est pas toujours avouée par le remplacé ou alors ne s'en rend-il pas compte ? Cela reflète la complexité des attentes du médecin remplacé qui d'une part souhaite que le remplaçant reproduise le même schéma de consultation mais aussi que la consultation avance et que la prise en charge soit globale. Le médecin remplaçant doit donc être souple, savoir composer entre les deux.

D. Evaluation après remplacement

1. Retour oral par le patient

a) Spontané par le patient

M1 : *"je ne leur demande pas vraiment leur avis mais y'en a certains qui le donnent facilement, en bien comme en pas bien "*

M4 : *"Moi, pas spontanément sauf quand eux abordent le sujet."*

M6 : *"les patients sont très bavards donc ils nous parlent des personnes qu'ils ont vu. Et généralement, ils nous donnent des retours par rapport à comment les choses se sont passées."*

b) Recherché par le médecin

M3 : *"« Ah oui, vous avez vu le remplaçant la dernière fois ? Ça s'est bien passé ? ». Après, j'écoute. J'attends. Je laisse venir. Je le fais assez facilement cela."*

M5 : *"Des fois, c'est moi qui leur demande après le remplacement : « Alors, comment ? »"*

M7 : *"de temps en temps, je disais : « Ah, tiens, vous avez le remplaçant. Ça s'est passé comment ? »"*

c) Influence sur le remplacé

M1 : *"C'est plutôt sur le ressenti patient après qu'on se fait une idée du médecin"*

M2 : *"En général, je pense qu'ils ont une vision assez juste des choses."*

M3 : *"Il doit y avoir des trucs où on se dit que cela doit être vrai."*

- Fonction du nombre de retours

M5 : *"j'essaie d'avoir vraiment plusieurs sons de cloches."*

M10 : *"je n'accorde pas de crédits sauf si tout le monde me dit la même chose. C'est que forcément, il y a quelque chose. Dans le bon sens, comme dans le mauvais sens. Mais je ne vais pas accorder de crédits à une seule parole, une seule remarque."*

- Fonction du patient

M2 : *"Après il y a toujours des gens qui sont râleurs. Mais les râleurs, je les connais aussi. Je leur accorde moins de crédit."*

M8 : *"le crédit je le donne en fonction des patients aussi. Parce que y a des gens qui sont jamais contents et d'autres qui sont toujours contents."*

d) Importance du relationnel

M3 : *"Il y a des gens qui disent : « Oui. Elle était super gentille. »."*

M5 : *"les gens qui disent : « Il ne parle pas beaucoup. », ça me gêne un petit peu""*

M8 : *"Dans le dossier, je vois plus la prise en charge médicale et le retour patient, je vois plus la prise en charge humaine"*

e) Variabilité des retours

- Retours positifs

M7 : *"Dans la mesure où j'ai été remplacé par des internes en qui, moi, j'avais toute confiance, j'ai eu 95% de retours positifs."*

M9 : *"C'est très souvent le positif, je pense que si on faisait une balance, le positif l'emporterait largement"*

- Retours négatifs

M2 : *"S'il y a un problème de toute manière ils me le disent. Quand c'est allé trop vite, ils me le disent. Mais c'est eux qui m'en parlent."*

M7 : *"Quand le remplaçant a été particulièrement nul. Je n'ai même pas le temps d'en parler. Je me fais tomber sur le poil par les patients."*

f) Limites

- Subjectivité

M3 : *"Parce que c'est vrai que pour une même personne, du coup, on peut arriver à entendre tout et son contraire."*

M4 : *"C'est surtout le ressenti du patient en fait. En général c'est ça."*

M6 : *"Généralement, c'est des questions ouvertes. Je ne cible pas trop. Je leur demande comment ça s'est passé, si ça s'est bien passé, s'ils étaient contents de la prise en charge. Des questions assez générales."*

- Retours non pertinents

M1 : *" quand tout se passe bien, et qu'on va dans leur sens, et ben ils nous adorent, alors que quand on les prend un petit peu à rebrousse-poil, eh bien ils adhèrent moins, donc euh non... "*

M3 : *"Et puis le retour des gens, aussi", qui n'est pas forcément valable d'ailleurs (...)
Franchement, c'est tellement subjectif. Je pense qu'on ne peut rien en retirer"*

L'évaluation à posteriori du remplaçant se fait d'abord par le patient, qui va spontanément faire des commentaires, aussi bien positifs que négatifs, à son médecin généraliste. Bien que le médecin relativise selon la personne qu'il a en face, il accorde du crédit à leurs commentaires, surtout si plusieurs vont dans le même sens. Certains médecins vont d'ailleurs demander eux-mêmes aux patients ce qu'ils ont pensé du remplaçant. Les retours sont très subjectifs, et pas forcément pertinents. Le principal critère évalué, mais finalement, là encore, le plus important, c'est le relationnel avec le patient.

2. Retour écrit par le dossier

a) Retour objectif

M5 : "Et puis j'ai un retour écrit, objectif,"

M8 : "Dans le dossier, je vois plus la prise en charge médicale et le retour patient, je vois plus la prise en charge humaine"

b) Lecture systématique par le médecin

Moi : " Vous allez la lire complètement? M7 : Ah, oui. De A à Z. Oui, systématiquement."

M9 : "Quand les patients viennent, je lis la consultation qui a été rédigée par mon remplaçant ou ma remplaçante. C'est comme ça que j'essaie de former mes SASPASS, on reprend toujours la consultation précédente. Toujours. Donc moi je fais pareil"

M11 : "Je regarde systématiquement quel que soit le patient que je vois même s'il n'y a pas eu de remplaçant. La consultation d'abord, je la lis systématiquement."

c) Influence sur le remplacé

M3 : "Par définition, le remplaçant, on ne le voit jamais travailler. On voit ce qui a été écrit dans le dossier. Cela donne une idée"

M6 : "Déjà par rapport aux dossiers médicaux, à la tenue des dossiers médicaux, quand les mots qui ont été fait. L'attitude thérapeutique qui a été adopté. C'est déjà un bon indicateur"

M10 : "par rapport aux tenues de dossiers, je vois bien comment ça se passe."

3. Evaluation globale

M1 : "c'est plus un ensemble, le premier contact que j'ai avec le remplaçant, ... ce qui est écrit dans le dossier, ressenti, ce qu'ils en disent en général, finalement je trouve que tout est cohérent et que tout va dans la même direction."

M2 : "D'autant, qu'après, je regarde ce qui a été fait." Quand on me dit : « Il m'a examiné trop vite... ». Je regarde ce qui a été noté dans le dossier après. Donc je vois si c'est vrai ou pas."

M7 : "Tout dépend de l'équilibre entre le retour patient, ce que le remplaçant a écrit dans les dossiers. Donc à la fois, en qualité de ce qu'il a écrit et dans la qualité des prescriptions". On se retrouve finalement avec : savoir, savoir-faire, savoir-être."

L'autre retour important, c'est le dossier médical, qui va avoir également beaucoup d'influence sur le médecin remplacé. Les médecins de l'étude disaient relire systématiquement les observations du remplaçant. Retour plus objectif, il permet au remplacé d'apprécier les compétences techniques du médecin remplaçant. Le remplacé va pouvoir le confronter à son ressenti personnel du remplaçant et aux dires des patients. Il va ainsi évaluer le remplaçant de manière globale.

E. Le remplaçant et le remplacé : Partenaires

1. L'apport du remplaçant pour le patient

a) Limites du médecin remplacé

- Habitude, abandon du remplacé

M2 : "il y a des remplaçants qui nous donne des avis, de choses sur lesquelles on est passé parce qu'on est dans les habitudes un peu avec certains patients."

M4 : "Parce que je ne me remets plus en cause vis-à-vis de la prise en charge et je ne cherche pas d'autre solution parce que c'est trop lourd et trop usant. Et du coup j'ai fini de m'user très vite."

- Préjugés du remplacé

M8 : "c'est vrai que des fois on se dit que tel patient, il est comme ça, mais en fait c'est bête, on a des préjugés, il vient avec un symptôme et tout de suite on a une idée, notamment pour les choses un peu psy, on se dit il est un peu hypochondriaque."

M9 : "Moi j'ai l'impression toujours de les connaître par cœur mes patients, quand je les vois."

b) Nouveau regard

- Aide au diagnostic

M8 : "c'est un œil nouveau sur les gens"

M5 : "ça peut apporter un plus, quelque chose, des fois en termes de diagnostic parce que le remplaçant va penser à quelque chose à laquelle on n'a pas pensé, sur des symptômes récidivants."

M7 : "Le remplaçant a demandé un avis ou un acte d'imagerie auxquels je n'avais absolument pas pensé et il a rattrapé un truc qui m'avait échappé."

M11 : "Moi, ça fait bientôt bien 25 ans que je suis installé. C'est vrai que des gens que je soigne depuis 25 ans. J'ai pas l'œil neuf, quoi. Je l'ai vu là. Et donc, de temps en temps, je passe à côté d'un diagnostic et il y a un remplaçant qui se pointe derrière et lui ça lui saute aux yeux immédiatement"

- Apprécié par le patient

M8 : "ils n'osent pas nous le dire à nous parce qu'on est leur médecin mais ils disent, tel autre médecin ça fait 10 ans qu'il me suivait, je vais changer parce que un œil nouveau c'est bien."

M9 : "les gens sont très contents, justement parce qu'ils ont eu un examen clinique plus poussé que ce que je ne fais moi."

c) Nouvelle écoute, Révélation du patient

M8 : "Parfois les patients, ça m'est arrivé qu'ils disent des choses capitales à des remplaçants ! Mais des trucs vraiment intimes, des choses qui leur sont arrivées, des traumatismes dans l'enfance, des choses dont ils ne m'avaient jamais parlé, alors que je demande mais je pense qu'il y avait un blocage et face à quelqu'un qu'ils n'avaient jamais vu, ben ça sort... et là j'apprends un truc incroyable."

M9 : " un remplaçant va avoir une oreille différente, va s'intéresser à des sujets différents. Va poser des questions que des fois je n'ai pas posées depuis des années sur leur vécu familial, sur les ascendants ... etc. Et généralement ils sont assez contents, ils ont l'impression d'avoir une écoute qui est tout à fait intéressante."

d) Nouvelle énergie

- Rôle de tiers médiateur face à des situations bloquées

M4 : "Parce que des fois, je les ai travaillés avant et ça n'a pas marché, et c'est le remplaçant qui sert de déclic et ça peut marcher"

M7 : "Le remplaçant peut dans un certain nombre de cas débloquer une situation."

- Désaccord avec le patient

M1 : "C'est un argument supplémentaire parce que peut-être qu'auparavant on a déjà voulu alléger mais qu'on s'est frotté à des réticences patient. Qu'un deuxième médecin dise la même chose, ... c'est bien."

M3 : "on a essayé 36 fois d'arrêter un médicament. Et puis, si finalement, on s'aperçoit que c'est le remplaçant qui a réussi à mettre le médicament en dehors de l'ordonnance, des fois, on est bien content. Cela peut arriver aussi. "

Parfois, le remplaçant apporte plus que ce qu'attend le médecin remplacé. C'est déjà un œil neuf qui est apprécié autant par le remplacé que par le patient, car il va permettre de corriger des diagnostics, faire avancer des prises en charge, apporter de nouvelles idées, là où le médecin traitant peut parfois être en échec. C'est aussi une nouvelle écoute pour le patient, qui va parfois être plus libre de s'exprimer avec un inconnu qu'avec son propre médecin. C'est également un avis médical supplémentaire qui va parfois venir appuyer celui du médecin remplacé notamment en cas de désaccord avec le patient, pour l'arrêt de traitement benzodiazépine par exemple, ou encore pour le refus de traitements antibiotiques.

2. Comparaison des pratiques

a) Limites du médecin remplacé

- Ancienneté des connaissances

M3 : "C'est vrai que sur certains trucs, on ne se remet pas en question. On ne se reforme pas toutes les cinq minutes sur tout. "

M8 : "même si je suis installée depuis peu, ça fait quand même 10 ans que j'étais interne, et c'est vrai qu'en 10 ans il se passe des choses. On a beau se former, c'est vrai qu'on se forme sur les choses qu'on aime bien, et pas sur les choses qu'on n'aime pas. Du coup on a des lacunes sur certaines choses"

- Isolement

M3 : "Mais c'est vrai qu'on n'a pas idée de comment travaillent les autres."

b) Différences de pratique

M3 : "la médecine n'est pas enseignée à vous comme elle m'a été enseignée à moi."

M11 : "J'aime bien les jeunes, je pense, parce qu'il y a du neuf quand même, dans la façon de penser, de prescrire."

c) Evolution des pratiques du remplacé

- Apport de nouvelles connaissances

M2 : *"Après dans les nouveautés aussi. Enfin je vois que votre formation n'est pas la même que la mienne. Et du fait, il y a des choses que vous m'apprenez"*

M7 : *"Même si le changement de pratique est la chose la plus difficile au monde, quand on repère une idée intéressante, on serait bien bête de ne pas l'utiliser. Et le jeune médecin comme remplaçant, il a parfaitement le droit d'avoir des idées meilleures que les miennes."*

M11 : *"Je me souviens Julien en entretien, il a dit « ça, c'est intéressant, pourquoi il a fait ça? » Bon, on s'est revu, on avait discuté."*

- Œil critique du remplaçant

M7 : *"C'est un autre œil sur notre pratique."*

M7 : *"Moi, quand je regarde ma pratique : « Ha! Je suis très bon ! ». Et quand, il y en a un autre qui regarde ma pratique : « Ah ouais, c'est vrai, je n'ai pas été si bon que ça. ». "*

- Moteur à l'auto-formation

M3 : *"Je me dis qu'il faut que j'aille me renseigner avant que le patient ne revienne et que je n'ai pas l'air d'une cloche."*

M5 : *"Et puis des fois, en jetant un coup d'œil sur les recommandations, on se dit : « Ben, oui, effectivement, la recommandation c'est ça. Bon, je vais faire comme ça ». "*

M8 : *"Moi du coup je revérifie un peu. Donc en fait ça me fait revérifier des petites choses, je me dis que s'il l'a prescrit, c'est qu'il doit y avoir une raison. "*

La pratique médicale du remplaçant diffère souvent de celle du médecin remplacé. Le médecin remplacé trouve que le remplaçant a des connaissances souvent plus récentes. Il peut être plus au fait des nouveaux protocoles. Aussi, pour le remplacé, c'est souvent l'occasion d'acquérir de nouvelles connaissances. C'est également un moteur à l'auto-formation car ça pousse le remplacé à vérifier les dernières recommandations. Se faire remplacer c'est aussi avoir un œil extérieur sur sa pratique qui incite le remplacé à se remettre en question et à s'améliorer.

3. Respect et soutien du remplaçant par le remplacé

M8 : " Moi je vais toujours dans le sens du remplaçant comme d'ailleurs avec n'importe quel confrère (...) C'est complètement anti-confraternel de critiquer un remplaçant, un collègue."

M10 : "Moi, je ne vais pas me gêner pour leur dire que notre travail est difficile et que s'il n'est pas venu à onze heures et qu'il est venu à midi au lieu de onze heures, ce n'est pas un problème, c'est qu'il avait beaucoup de travail."

Le médecin remplacé attend du remplaçant qu'il soit confraternel et qu'il ne le mette pas en porte-à-faux vis-à-vis du patient. Mais l'inverse est aussi vrai : Le médecin remplacé va très souvent prendre la défense de son remplaçant, notamment en cas de critique de la part du patient.

DISCUSSION

I. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

A. Les forces de l'étude

1. La population étudiée

Nous avons choisi un échantillonnage volontairement raisonné et diversifié. Les participants de l'étude ont été sélectionnés selon certaines caractéristiques : l'âge ; le sexe ; la pratique en milieu rural, urbain, semi-rural ; la pratique en cabinet de groupe, seul ou en maison de santé pluridisciplinaire ; l'encadrement ou pas d'étudiant en médecine. De même, un médecin en toute fin de carrière a été interrogé. Cela a permis d'avoir le plus d'opinions différentes et ainsi d'élargir l'éventail de données.

2. Le recueil des données

- le choix des entretiens individuels plutôt que des focus groupe :

Cela a permis aux médecins interrogés de s'exprimer librement sans être inhibés ou influencés par d'autres membres du groupe, d'autant que certaines questions nécessitaient un temps de réflexion minimum.

- Le lieu des entretiens :

10 entretiens ont été réalisés dans le cabinet du médecin, 1 entretien a été réalisé au domicile du médecin. Dans un cas comme dans l'autre, l'environnement était familier aux médecins interrogés et donc propice aux entretiens.

- L'élaboration du canevas d'entretien :

Le canevas d'entretien a été rédigé une première fois et testé sur deux médecins. Cela a permis de vérifier que les questions étaient compréhensibles et d'ajouter des questions de relance sur les sujets qu'il nous paraissait important d'approfondir. Puis, en cours d'étude, il a été légèrement modifié dans un souci d'organisation des idées. 5 entretiens ont donc été réalisés à l'aide du premier canevas, les 6 suivants à l'aide du second. (Annexes 1 et 2)

- La saturation des données :

11 entretiens ont été réalisés. Les 2 derniers entretiens n'ont pas apporté de nouveaux codes. Cela permet de penser que nous avons atteint la saturation des données.

3. L'analyse des résultats

- Analyse des résultats par le logiciel N Vivo 10:

L'utilisation du logiciel N Vivo 10 a aidé le chercheur dans la collecte, l'analyse et l'organisation des verbatim, et dans le repérage de leurs occurrences.

- La triangulation des données

La triangulation des données a été faite avec un médecin installé, ayant déjà l'expérience de l'analyse qualitative. Le double codage a permis de vérifier l'exhaustivité de l'analyse, la cohérence et le sens des idées en limitant les biais d'interprétation.

4. La force des résultats

Notre étude a fait ressortir plusieurs idées fortes :

- Il reste difficile de se faire remplacer.
- Le plus souvent, le remplacement est vécu avec sérénité par le médecin généraliste.
- La compétence théorique du remplaçant est un a priori, la principale attente du remplacé est le bon relationnel avec le patient.
- Entre attente de mimétisme et autonomie du remplaçant, les avis divergent.
- Il y a un défaut de communication entre les deux praticiens. Les attentes du médecin généraliste ne sont pas exprimées au remplaçant.
- L'évaluation du remplaçant par le remplacé se fait de manière subjective lors de la première rencontre et par le retour patient (basée alors sur le contact humain), puis est confrontée au dossier médical.
- La relation entre le médecin remplacé et le médecin remplaçant est bienveillante et confraternelle.

B. Les limites de l'étude

1. Biais lié à l'échantillon : biais de sélection

Les médecins interrogés sont des médecins volontaires. On peut supposer qu'ils montraient un certain intérêt pour le sujet de l'étude. Les 11 médecins interrogés ont tous recours à des remplaçants. Il aurait été intéressant d'interroger un médecin qui ne se fasse pas remplacer du tout. Certains médecins ayant ce profil ont été contactés par téléphone mais, par manque de temps, ont refusé l'entretien. De plus il aurait aussi été intéressant d'interroger des médecins travaillant sur dossiers papier. Enfin, un des médecins interrogés était une connaissance de l'investigateur et deux autres avaient été recommandés par des collègues de l'investigateur.

2. Biais liés à l'enquêteur :

- Recueil de données

L'enquêteur était novice dans l'analyse qualitative. Le recueil des données est un exercice difficile. L'enquêteur s'est amélioré au fil des entretiens, les relances étaient meilleures. Les premiers entretiens ont pu être moins bien menés et certains sujets mal explorés. Cela se ressent d'ailleurs sur la durée des entretiens, qui augmente au fil de l'étude.

- Biais d'influence

L'investigateur a pu influencer les réponses des participants : par sa personnalité, par sa subjectivité, par son manque d'expérience à poser des questions ouvertes et surtout par son propre statut de médecin généraliste remplaçant.

Ces 2 biais ont toutefois été limités par l'utilisation d'un canevas d'entretien détaillé avec des questions de relances multiples.

- Biais de courtoisie :

Les personnes interrogées peuvent être plus enclines à donner des renseignements qui peuvent plaire à l'enquêteur. Ce biais a été majoré par le statut de l'enquêteur, médecin généraliste remplaçant.

II. ANALYSE DES RESULTATS ET CONFRONTATION AUX DONNEES DE LA LITERATURE

A. Le ressenti du médecin installé

1. Difficultés pour trouver un remplaçant

De 2007 à 2015, on note une diminution des effectifs des médecins généralistes (en activité libérale ou mixte) en France de 10.3%. On note aussi une augmentation constante du nombre de médecins remplaçants. (1) Cette tendance devrait se maintenir les prochaines années devant l'augmentation du numérus clausus, et l'installation de plus en plus tardive des jeunes médecins généralistes.

Cependant, malgré ces conditions démographiques favorables, notre étude montre qu'il reste difficile pour le médecin généraliste de trouver un remplaçant en région lyonnaise. En 2015, en région Rhône-Alpes, 9.6% des médecins généralistes sont des médecins remplaçants. Cela représente environ 590 médecins généralistes remplaçants. Il faut aussi ajouter les étudiants remplaçants, c'est-à-dire les étudiants de 3ème cycle n'ayant pas encore soutenu leur thèse mais ayant validé certains semestres d'internat. (11)(12) En 2014, en région Lyonnaise, on dénombrait 535 étudiants remplaçants. Parmi eux, 66.5%, soit environ 355 étaient remplaçants en médecine générale. (1) Au final, si on ramène aux 4932 médecins généralistes de premier recours de la région Rhône-Alpes en 2015, on compte environ 1 remplaçant pour 5 médecins installés.

La région Rhône-Alpes est au deuxième rang du plus haut taux de remplaçants en médecine générale de France, derrière la région d'Ile de France. Les difficultés de recrutement doivent donc être encore plus marquées dans le reste du pays. (1)(2)

Enfin, même au sein de la région Rhône Alpes, on note d'importantes disparités démographiques, le Rhône étant le département le plus attractif. (13)

Plusieurs études mettent en évidence les difficultés pour trouver un remplaçant. En 2013, sur 136 médecins généralistes libéraux de Picardie, 52% trouvaient qu'il était très difficile de trouver un médecin remplaçant et 64% disaient ne pas toujours en trouver. (14) La même année, une autre étude, descriptive, sur l'attente des médecins généralistes en Côte d'or vis-à-vis des médecins remplaçants, avait été réalisée auprès de 200 médecins. Ils dénonçaient le manque de remplaçants et les difficultés de recrutement malgré les incitations financières. En 2007, l'étude quantitative de JC Walter sur 165 médecins généralistes parisiens montrait que 56% d'entre eux seulement avaient recours à un remplaçant.

63% des médecins n'étaient plus remplacés en raison du « coût excessif » et des « difficultés de recrutement » et 58% estimaient qu'il était plus difficile que dans le passé de recruter un remplaçant. (8)(9)

Les freins retrouvés dans notre étude sont : le manque de remplaçants disponibles, le manque d'outils pour la recherche de remplaçants et l'isolement du médecin (pratique rurale, manque de contacts). L'isolement géographique semble rebuter beaucoup de remplaçants, les médecins exerçant à la campagne ayant d'avantage de difficultés de recrutement. A contrario, un des médecins de l'étude qui exerce en plein centre-ville de Lyon disait, elle, ne pas avoir de difficultés pour choisir son remplaçant. Dans l'étude de Shahandeh A de 2014, auprès de 102 médecins généralistes remplaçants, il ressortait que la proximité géographique du cabinet était le principal critère de choix du remplaçant. (15)

L'autre difficulté est le turn-over permanent des médecins remplaçants, qui finissent souvent par s'installer à leur tour. Les médecins généralistes doivent alors trouver de nouveaux remplaçants. Dans la thèse de HUSSON A : Une enquête nationale auprès des médecins généralistes remplaçants, 75,5% d'entre eux souhaitaient s'installer à l'avenir. (16) Ce taux montait à 84.1% dans l'étude de DECORDE A en 2011. (17)

Ces difficultés sont d'autant plus marquées pendant les périodes de vacances scolaires où la demande est plus forte. En effet, les médecins généralistes prennent en moyenne 5 à 6 semaines de vacances par an. Ces vacances prennent le plus souvent la forme de semaines de congés entières, très concentrées sur la période estivale et plus précisément sur le mois d'août. Le médecin remplaçant souhaiterait travailler davantage, mais ne peut pas car l'offre est insuffisante en dehors de ces périodes-là. (7)(18)(19)(20)

Cependant, la plupart des médecins cherchent tout de même à se faire remplacer, et ce, par différents moyens : mail, annonces internet, bouche à oreille, ou encore organismes spécialisés dans les propositions de remplaçants. Le principal motif du remplacement est d'assurer la continuité des soins à ses patients pendant son absence. C'est d'ailleurs la responsabilité du médecin libéral, comme le stipule l'article L6315-1 du code de santé publique : « *La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence* ». (21)(22)

Une autre raison ressort dans l'étude : soulager la charge de travail des médecins associés ou à proximité sur lesquels se reporteraient les consultations, en absence de remplaçant. Le médecin généraliste peut alors subir une pression de la part de ses pairs qui le poussent à trouver un remplaçant.

2. Motifs d'inquiétude pour le médecin remplacé

Si avoir un remplaçant peut déjà être un luxe pour le médecin généraliste, le choix de ce remplaçant l'est encore plus. Très souvent, le médecin généraliste doit faire appel à un remplaçant qu'il ne connaît pas et n'a jamais vu travailler. Il ne connaît pas sa compétence professionnelle, ni son relationnel avec les gens. Le médecin remplaçant quant à lui ne connaît pas forcément le secteur et pourra avoir du mal à interagir avec les autres professionnels de soins. L'autre source d'inquiétude est la gestion du cabinet. En se faisant remplacer, le médecin généraliste ne confie pas uniquement une patientèle, mais aussi des murs, du matériel, une comptabilité voire même son domicile dans certains remplacements en zone rurale. Les médecins remplaçants eux-mêmes disent avoir des difficultés devant les obligations comptables, administratives et fiscales du régime libéral, principalement par manque de formation. (23)

Ce sentiment d'inquiétude peut-être induit ou renforcé par la longue durée du remplacement et par de mauvaises expériences passées. Effectivement, plusieurs médecins de l'étude racontent de rares cas de remplaçants « catastrophiques ! ».

Il peut s'agir de manque de compétence, de problèmes relationnels sérieux ou encore parfois de médecins remplaçants malhonnêtes.

C'est donc une lourde décision que de confier sa patientèle et son cabinet à un autre. L'étude montre que les médecins interrogés craignent surtout le mécontentement des patients. Dans la thèse de BRESSON-BENBRAHIM E, l'étude montrait un sentiment globalement positif du patient vis à vis des médecins remplaçants. Les patients avaient confiance envers le remplaçant parce qu'il avait été choisi par leur médecin. (24)(25)

Le médecin généraliste a donc une grande responsabilité dans le choix de son remplaçant vis à vis de ses patients. En cas de retours négatifs, de reproches, à travers le remplaçant, c'est lui qui peut être mis en cause.

L'étude de JC WALTER montre que 79% des médecins remplacés ont une image favorable du remplaçant. (9) Mais cela veut aussi dire que 21% ne sont pas satisfaits soit 1 médecin remplacé sur 5.

Outre-manche, on retrouve les mêmes chiffres : sur 938 médecins généralistes anglais interrogés, 19.5% n'étaient pas satisfaits de leur remplaçant. Ce chiffre montait à 39% en cas de recrutement par l'intermédiaire d'une agence commerciale de remplacement. (26)

Dans notre étude, plusieurs cas de « mauvais remplacements » ont été décrits, avec des conditions de recrutement similaires. La recherche de remplaçants par le biais d'agences est-elle un facteur de risque de mécontentement du médecin remplacé?

Cependant, Il y a un paradoxe entre ces motifs d'inquiétudes pour le médecin installé et les résultats de notre étude. En effet, il ressort essentiellement que le médecin remplacé a un très bon ressenti du remplacement.

3. Sérénité et soulagement du médecin

M8 : *" Moi je trouve ça super de partir et de laisser tout en plan, tout au remplaçant. Je ne suis vraiment pas stressée du tout."*

Le remplacement est souvent synonyme de congé pour le médecin et donc vécu comme un soulagement. Ensuite, les médecins généralistes disent être sereins lorsqu'ils sont remplacés. Cette sérénité s'explique par de très bonnes expériences passées de remplacement mais aussi par un sentiment global de confiance vis à vis du remplaçant. Même si le remplaçant n'est pas connu du médecin installé, il reste un médecin avant tout, bien formé et compétent et ce d'autant plus que le remplaçant est jeune, à peine sorti de la faculté.

Cette confiance est renforcée si le remplaçant est déjà connu du médecin, s'il s'agit d'un ancien stagiaire du cabinet ou encore s'il a été recommandé par un confrère. Les autres critères rassurants sont l'exercice en cabinet de groupe, la courte durée du remplacement et le fait de rester joignable par téléphone en cas de problème.

Parfois les rapports entre le médecin généraliste et son remplaçant ne se limitent pas à la sphère professionnelle, il peut se mettre en place une véritable relation amicale. C'est même parfois recherché par le médecin remplacé, qui va préférer rencontrer son futur remplaçant au restaurant, ou l'inviter chez lui, va s'enquérir de ses hobbies, passions Pour le médecin remplaçant également, l'ambiance de travail est importante. Il préférera un travail régulier dans un cabinet afin d'entretenir de bonnes relations avec ses collègues remplacés. (20)

B. Attentes du médecin généraliste

1. Qualités et défauts retrouvés

M2: "C'est des compétences dans le relationnel plus que dans la technique puisqu'en technique en général ça se passe bien."

Les qualités attendues du remplaçant par les médecins interrogés sont nombreuses, variées et parfois contradictoires. Dans notre étude, les médecins considèrent majoritairement que les remplaçants ont tous de bonnes connaissances théoriques. Ainsi, même si la compétence médicale est une attente du médecin remplacé, ce n'est pas la qualité recherchée en priorité. En revanche, la plupart des médecins interrogés estiment que la principale qualité d'un médecin remplaçant est son relationnel avec le patient : écoute, explications, empathie. Ils regrettent chez certains remplaçants un mauvais contact, des conflits fréquents avec les patients, ou encore un manque de confiance en soi. Ce contact humain sera bien souvent le critère discriminant dans le choix du remplaçant.

Le médecin généraliste attend également de son remplaçant qu'il soit sérieux et appliqué dans son travail. Il déplore parfois certains médecins remplaçants plus intéressés par l'argent et le nombre d'actes réalisés, qui ne vont pas s'investir dans le remplacement voire vont bâcler les consultations. De même, la négociation du pourcentage de rétrocession sera mal vécue par le médecin remplacé. Le remplaçant doit aussi prendre soin du cabinet, et être rigoureux dans la gestion de la comptabilité et des courriers.

Enfin, les médecins installés attendent du remplaçant une bonne gestion du dossier médical : lecture des dossiers et des antécédents médicaux des patients et qualité des observations médicales.

Les autres qualités citées dans l'étude, de manière plus anecdotique sont le respect des recommandations et la participation à la formation médicale continue, la ponctualité à l'arrivée au cabinet, la propreté et le fait d'avoir son propre logement. En revanche, le médecin remplacé reproche le manque de confraternité du remplaçant qui parfois annule un remplacement à la dernière minute.

Ces résultats sont cohérents avec les attentes des patients vis-à-vis du remplaçant de leur médecin traitant : De bonnes compétences médicales, des qualités relationnelles (accueil, sourire, sympathie, explications et confiance en soi) et une bonne connaissance de leur dossier médical. Ils citent comme défauts le manque d'expérience et le manque de réseau relationnel professionnel. (25)(27)(28)(29)

2. La liberté de pratique du médecin remplaçant

Dans l'étude qualitative de P MONDELIN : « La vision des médecins généralistes installés sur les prescriptions de leur remplaçant lors du suivi des patients chroniques », les médecins interrogés rapportaient que leurs remplaçants effectuaient peu de modifications des prescriptions chroniques par manque de connaissance du patient, peur de déséquilibrer le traitement, peur de perturber la relation médecin-malade, mais aussi par peur d'un conflit relationnel avec le médecin remplacé. (30)

Pourtant, bien qu'ils souhaitent presque tous simplifier les ordonnances (31), les médecins généralistes remplaçants considèrent que leur rôle est de s'adapter le plus possible à la pratique du médecin remplacé, par respect pour lui et pour ne pas déstabiliser les patients comme illustré dans la thèse de N. GALLET. « Cela peut donc entraîner un sentiment d'insatisfaction chez le médecin remplaçant, surtout si la pratique du médecin remplacé n'est pas jugée efficiente ». (10)(32)

Mais qu'attend vraiment le médecin remplacé ? Notre étude montre que les avis sont partagés, et les attentes parfois contradictoires. Pour certains médecins de l'étude, le remplaçant est libre d'agir à sa guise, pour les patients aigues comme chroniques. Au contraire, c'est même une qualité attendue. Cela permet de faire avancer la prise en charge du patient. Il est tout à fait toléré que le remplaçant réévalue voire allège les ordonnances de traitements chroniques, ou arrête des traitements qu'il juge inadaptés. C'est aussi un œil neuf sur le patient. L'indépendance du médecin remplaçant est donc plutôt considérée par le remplacé comme une aide dont il serait dommage de se priver.

Cette liberté de pratique du médecin remplaçant est légitime car il est médecin avant tout, et responsable de ses prises en charges. D'un point de vue juridique, les deux praticiens signent un contrat de remplacement (Annexe 3) qui sera ensuite validé par l'Ordre des médecins. Ce contrat insiste sur l'indépendance professionnelle du médecin remplaçant en s'appuyant sur différents textes juridiques :

- Article L4131-2 du Code de la Santé Publique : « *Le remplaçant exerce sous sa seule responsabilité, en lieu et place du médecin remplacé. Pendant la durée du remplacement, il relève de la juridiction disciplinaire.* »
- Article R.4127-5 du Code de la Santé Publique : « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.* »

- Article R.4127-95 du Code de la Santé Publique : « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin (...) n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie.* » (33)(34)(35)(36)

Il y a également de nombreuses références à ce sujet dans le Code de Déontologie Médicale, notamment dans l'article 5 sur l'indépendance professionnelle « *Cette indépendance est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé seulement par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du patient* ». (37)

Cette liberté a toutefois des limites. Certains médecins pensent au contraire que le rôle du médecin remplaçant est de pallier à l'absence du médecin remplacé et de se calquer sur sa pratique. De manière plus ou moins avouée, il y a une attente de mimétisme de la part du médecin remplacé.

3. Les limites du remplaçant : l'attente de mimétisme

M2 : "Il doit s'adapter, je pense plutôt que de faire sa propre médecine. Enfin, de toute manière, les remplaçants qui ne travaillent pas trop comme moi, en général, je ne fais plus appel à eux"

L'attente de mimétisme va porter déjà sur la prescription médicale, notamment pour les patients chroniques. Pour les renouvellements d'ordonnance, au lieu de modifier un traitement, certains médecins interrogés préfèrent que leurs remplaçants laissent une note dans le dossier, pour qu'ils puissent décider eux-mêmes à leur retour.

Cela va porter également sur l'organisation du cabinet, les horaires et surtout sur les durées de consultations. Plusieurs médecins interrogés disaient attendre du remplaçant qu'il garde le même temps de consultation. Cela pouvait aller de 15 à 30 minutes. On imagine aisément les différences de pratique que cela peut engendrer. La durée moyenne nationale d'une consultation de médecine générale en France a été estimée à 17 minutes chez les médecins hommes, et 19 chez les femmes. (38) Dans la thèse de GALLET N., citée précédemment, il ressortait que les horaires de travail et la durée des consultations étaient souvent problématiques pour les jeunes médecins remplaçants. Le temps de consultation était souvent jugé trop court par le remplaçant qui doit découvrir le dossier médical de chaque patient. (10)

Enfin, cette attente de mimétisme va porter sur le relationnel avec le patient. Le médecin remplacé a un certain type de rapports avec les patients et attend la même chose de son remplaçant. Le remplaçant devrait alors s'adapter à la personnalité du médecin remplacé, et donc jouer un rôle auprès des patients. Il doit être malléable, dans ses actes et dans sa personnalité.

Notre étude a mis en avant plusieurs explications à cette attente de mimétisme, à commencer par le ressenti du patient. Plusieurs médecins de l'étude craignaient que des changements dans leurs traitements, ou dans l'organisation de la consultation ou dans leur relation avec le médecin perturbent les habitudes des patients, ce qui pourrait alors être source de mécontentement. Toutefois, dans l'étude de CAMUS CHIROL C auprès de 422 patients, 87% d'entre eux se disaient satisfaits de la consultation auprès du médecin remplaçant. Le principal reproche semblait plutôt la méconnaissance du dossier médical par le médecin remplaçant. (29) Encore une fois, le patient est-il au centre des préoccupations ou bien est-ce un prétexte de la part du médecin remplacé qui ne souhaite peut-être pas être remis en cause ?

Le médecin remplaçant n'intervient que de manière ponctuelle. Il va voir certains patients qu'une seule fois. Aux yeux du remplacé, il a moins de légitimité pour intervenir sur les ordonnances. Ce point est d'ailleurs partagé par les remplaçants. (10) Cela est moins vrai dans le cas des remplacements longs ou réguliers. Les médecins remplacés acceptent alors mieux les modifications de traitement.

Le médecin remplaçant est aussi moins légitime aux yeux du patient. Une vraie relation de confiance médecin-patient ne s'établit qu'au fil du temps. Par conséquent, souvent le remplaçant se voit attribuer « un rôle minimisé par le remplacé et par le patient répondant seulement à une obligation ou une urgence ». (28)

La troisième raison évoquée est le risque d'altération de la confiance du patient en son médecin traitant. En cas de modification de prise en charge, d'arrêt ou d'introduction de traitement, le médecin généraliste attend du remplaçant qu'il soit confraternel et donc qu'il explique ces changements auprès du patient avec tact pour ne pas mettre en péril la relation médecin-malade. Dans les commentaires de l'article 56 du Code de Déontologie Médicale, il est dit : « *Lorsqu'un médecin croit découvrir une erreur commise par un confrère, la meilleure conduite consiste à entrer en rapport avec lui. Il en est de même en bien d'autres circonstances. (...) Malgré les difficultés qui atteignent un grand nombre de médecins, la dignité et la retenue restent aux yeux des patients des sources de considération, de confiance qui valent mieux que quelques blessures d'amour-propre.* » (37).

On note également la crainte d'une erreur du remplaçant. Il est plus rassurant pour le médecin remplacé de savoir que ses ordonnances ne seront pas modifiées.

Enfin, on note chez certains médecins de l'étude une attitude paternaliste vis-à-vis des patients surtout et du remplaçant. On peut supposer qu'une modification d'ordonnance soit aussi une remise en cause, potentiellement vexatoire pour le médecin remplacé. Toutefois, cela n'est pas ressorti explicitement dans notre étude.

Notre étude met donc en avant des attentes contradictoires chez les médecins remplacés. D'une part, ils attendent du remplaçant qu'il soit sérieux, investi, et qu'il fasse avancer la prise en charge, de l'autre, ils redoutent les changements et préfèrent que le remplaçant adapte sa pratique à la leur. Certains médecins de l'étude se retrouvaient alors tiraillés entre les deux. Ainsi, à la question sur l'allègement des ordonnances par le remplaçant, le médecin 10 répondait :

M10 : "Est-ce le rôle du remplaçant? Je ne pense pas.

Puis quelques minutes plus tard, il disait :

M10 : "Moi, je pense que le remplaçant a son rôle à 100%, c'est-à-dire que s'il estime qu'il y a certains médicaments qui doivent être arrêtés, dès l'instant où il le justifie, il fait ce qu'il a à faire."

Le médecin 8, quant à elle, estimait que le médecin remplaçant était complètement libre d'exercer sa médecine. Elle se ravisait ensuite en disant qu'il devait quand même s'adapter aux attentes des patients, et donc finalement à sa pratique à elle.

Les patients font face au même dilemme : même s'ils apprécient sa neutralité, sa liberté de prescription et son regard neuf, lorsque la pratique du remplaçant est trop éloignée de la pratique du médecin traitant, les patients sont déstabilisés et peuvent alors être réticents. Ainsi, les patients souhaitent que le remplaçant garde le même mode d'exercice que leur médecin traitant. (10)(27) Or, l'importance du bon relationnel entre le patient et le remplaçant peut mettre ce dernier dans des situations délicates. Le médecin remplaçant, comme tout médecin, va parfois être en désaccord avec le patient. Il est amené à dire « non » à certaines demandes des patients : prescription médicamenteuses (psychotropes et antibiotiques), arrêts de travail et certificats. Mais est-il légitime aux yeux du patient ? Comment cela sera-t-il vécu ? Si « savoir dire non » est un exercice difficile pour le médecin installé, il semblerait que ce soit encore plus vrai chez le médecin remplaçant, plus jeune, moins expérimenté et peut-être moins légitime que le médecin traitant aux yeux du patient. Toutefois, les médecins remplaçants considèrent qu'une bonne explication rend le refus acceptable. Cela peut tout de même nécessiter une négociation et des compromis. (39)

Ainsi, le fait d'accorder tant d'importance au ressenti du patient pourrait mettre le remplaçant en position de faiblesse et déséquilibrer la relation patient-remplaçant.

C. Le premier rendez-vous

1. Une évaluation limitée du remplaçant

Le médecin généraliste va privilégier au maximum ses remplaçants habituels. Mais parfois ces derniers ne sont pas disponibles ou s'installent ? Il est donc amené à prendre un nouveau remplaçant, qu'il ne connaît pas. Le plus souvent il y a un premier contact indirect entre les deux médecins, par téléphone ou bien par mail, ce qui lui permet de se faire un premier avis. Puis, peu de temps avant le remplacement, les deux médecins vont se rencontrer. Il n'y aura pas forcément d'autres rencontres après le remplacement. C'est donc souvent le seul moment où remplacé et remplaçant se voient et échangent directement, le seul moment où le remplacé peut évaluer directement son remplaçant.

Cependant, souvent, le choix du remplaçant est déjà arrêté avant même cette rencontre. Le rendez-vous ayant lieu quelques jours avant le remplacement, même s'il a un mauvais ressenti, le médecin remplacé a peu de marge de manœuvre : il est souvent trop tard pour chercher un autre remplaçant. Le médecin généraliste va parfois s'enquérir brièvement des compétences de son remplaçant, de ses précédents remplacements, de son ancienneté en tant que remplaçant. L'évaluation du remplaçant est en fait très subjective. C'est le relationnel, le contact humain qui priment. Le médecin remplacé va juger un humain et va extrapoler au domaine professionnel. Si le relationnel est bon avec le remplacé, alors il le sera également avec ses patients. Finalement, cela est logique : l'attente principale du médecin remplacé étant le bon relationnel avec les patients, c'est donc cela qu'il juge en priorité tandis qu'il considère que le remplaçant est médecin et qu'il n'a pas à s'inquiéter pour ses compétences médicales.

2. Un manque de communication

Notre étude montre que les attentes sont différentes d'un médecin à l'autre. Certains attendent un remplaçant autonome et indépendant dans ses prises en charge. D'autres préféreront que les ordonnances ne soient pas modifiées, et les prescriptions le plus possible conformes aux leurs. Cependant, face à la variabilité de ces attentes, on note un manque de communication flagrant entre le remplacé et le remplaçant. Le médecin remplacé ne laisse aucune indication au remplaçant. Ce manque de communication s'explique par plusieurs choses à commencer par le manque de temps. Le rendez-vous est souvent court, de l'ordre de une à deux heures, et essentiellement axé sur le fonctionnement du cabinet et surtout le logiciel médical.

L'autre raison est le respect et le désir de plaire au remplaçant. En effet, le remplaçant peut refuser de remplacer un médecin, il choisit ses remplacements principalement en fonction du confort d'exercice qu'ils proposent (6). Le médecin remplacé peut craindre de rebuter son potentiel remplaçant s'il se montre trop exigeant.

Dans notre étude, bien que le manque de communication apparaisse de manière évidente, les médecins interrogés n'ont toutefois pas manifesté le désir de changer les choses. Un des médecins de l'étude a quand-même montré de l'étonnement à la question « *lui parlez-vous de votre pratique médicale ?* » M3 : "*Pas énormément finalement. Maintenant que vous posez la question*".

En résumé, le remplaçant s'adapte à la pratique du médecin remplacé, par respect pour le remplacé et peur de le blesser (10) et de son côté, le remplacé veut plaire au remplaçant et le respecte et donc n'évoque pas ces questions lors du rendez-vous avant remplacement. Il y a donc un sentiment bilatéral de respect de l'autre, voire de crainte, qui inhibe la communication et peut nuire au bon déroulement du remplacement. Il faudrait prévoir un temps de dialogue supplémentaire lors du premier rendez-vous entre les deux médecins.

D. L'évaluation après remplacement

M1: "C'est plutôt sur le ressenti patient après qu'on se fait une idée du médecin"

Si le premier rendez-vous a peu d'impact sur le choix du remplaçant qui est souvent déjà arrêté, en pratique, le médecin remplacé va pouvoir réévaluer son confrère après remplacement. Il décidera alors de refaire ou pas appel à lui. Pour cela, le médecin remplacé a deux principaux retours sur le remplaçant : un retour oral par le patient et un retour écrit via le dossier médical. Schématiquement, le médecin va plutôt juger les qualités relationnelles du remplaçant sur le « retour-patient » et ses compétences médicales sur le « retour-dossier ».

1. Le retour-patient

Dans notre étude, les médecins interrogés disent accorder de l'importance au « retour-patient ». Les patients vont spontanément faire part de leur avis sur le remplaçant à leur médecin, qu'il soit positif ou négatif. Preuve que ça l'intéresse, c'est parfois le médecin lui-même qui va s'enquérir de son remplaçant auprès de ses patients. Ce retour a quand même des limites : il est extrêmement subjectif et variable d'un patient à un autre. Le remplacé en a bien conscience et relativise selon le patient. L'influence sur le remplacé va donc varier en fonction du patient et du nombre de retours. Elle sera plus importante en cas de retours concordants de plusieurs patients.

De plus, les dires des patients sont souvent vagues et leurs critères de jugement pas forcément pertinents. Il en ressort que c'est le ressenti global du patient et donc les qualités relationnelles du remplaçant qui sont déterminantes. Dans une étude qualitative de 2012 sur la perception par les patients du remplaçant de leur médecin habituel, 23 patients stéphanois ont été interrogés. Les patients attendaient du remplaçant des qualités professionnelles telles que la compétence, l'efficacité diagnostique et l'expérience. Cependant les qualités relationnelles restaient primordiales : l'accueil, le sourire, la sympathie, l'amabilité et l'écoute. (28) L'étude de S. JUSTE sur l'évolution de la perception du médecin remplaçant en médecine générale par le patient montre que ces dernières années, les qualités relationnelles et la capacité à communiquer sont de plus en plus appréciées. (25) Cette communication est particulièrement importante pour entretenir un climat de confiance, apprécié du patient. (27)

Toutefois, ce n'est pas parce que le retour du patient est subjectif qu'il est faux pour autant. Il y a d'ailleurs des exceptions. Parfois le patient va faire des remarques objectives, comme le fait que le remplaçant ne lui ait pas pris sa tension par exemple ou ne l'ait pas examiné. De plus, le médecin remplacé va pouvoir confronter le retour-patient au dossier médical pour avoir une vision plus juste des choses.

2. Retour écrit : le dossier médical

M3 : "Par définition, le remplaçant, on ne le voit jamais travailler. On voit ce qui a été écrit dans le dossier. Cela donne une idée"

Remplir un dossier médical sur chaque patient est un devoir de tout médecin. La HAS (Haute Autorité de Santé) a publié en 1996 un ensemble de recommandations sur la bonne tenue du dossier médical. (40) Outil indispensable pour assurer une bonne continuité des soins, les médecins remplacés attendent donc logiquement que leurs remplaçants fassent de même.

Dans notre étude, tous les médecins disaient accorder beaucoup d'importance à la tenue du dossier médical par le remplaçant. Ainsi, la plupart disaient relire systématiquement, bien que de manière différée, les observations laissées par le médecin remplaçant. Retour plus objectif, il permet de faire la continuité entre les deux médecins mais aussi pour médecin remplacé de se faire une idée des compétences techniques du remplaçant. Un dossier bien fourni avec une description de l'examen clinique est gage d'un remplaçant sérieux et impliqué.

Toutefois, il faut préciser que la totalité des médecins interrogés dans notre étude tenaient un dossier médical informatisé, ce qui n'est pas le cas de tous les médecins généralistes. L'enquête nationale de L'URPS «*Votre pratique professionnelle de l'informatique*» de Juin 2014 menée auprès de 8000 médecins libéraux (taux de réponse de 14.5%) notait que 93% des médecins (toutes spécialités confondues) étaient informatisés. (41) Dans une étude de 2014 auprès de 350 médecins généralistes en France (BRAY P.), 12,2% disaient ne pas être informatisés. (42) Les résultats de notre étude auraient peut-être été différents s'il avait été intégré des médecins travaillant encore sur dossier papier. La tenue du dossier par le remplaçant aurait peut-être été moins bonne, les attentes du remplacé différentes, ou encore la lecture du dossier limitée par des problèmes de lisibilité par exemple.

Le remplaçant quant à lui apprécie l'utilisation du dossier informatisé. Une étude transversale auprès de jeunes médecins généralistes remplaçants à Amiens en 2013 (43), retrouvait que « l'appropriation de l'outil informatique dans la pratique des jeunes généralistes était tout à fait satisfaisante. » avec un niveau moyen de compétence atteignant 12,8 fonctions du logiciel sur 20. D'ailleurs, les remplaçants vont privilégier si possible les remplacements dans les cabinets informatisés (20).

En conclusion, le médecin remplacé va confronter son ressenti personnel, fait essentiellement lors du premier rendez-vous, au retour patient et au dossier médical. Ainsi, il va faire une évaluation globale du remplaçant.

A cela vont s'ajouter d'autres retours: ceux des autres professionnels de soin amenés à travailler avec le remplaçant. Il peut s'agir des médecins associés, ou des autres médecins du secteur ou bien du pharmacien, de la secrétaire... . Toutefois, d'après notre étude, il semblerait que ces retours soient plus anecdotiques et moins impactants sur le médecin remplacé.

E. Le remplaçant et le remplacé : Deux professionnels partenaires

Il ressort de cette étude que le remplacement est globalement bien vécu par le médecin remplacé. Même si on note un manque de communication entre les deux professionnels, la relation entre eux est souvent bonne, axée sur un objectif commun, la bonne prise en charge et le bien-être du patient. Au final, c'est l'attente principale du médecin remplacé. Au-delà de son rôle de simple substitut, le médecin remplaçant est donc un partenaire du médecin remplacé. Dans cette étude, nous voulions savoir si le médecin remplacé tirait d'autres bénéfices du remplacement. Nous avons donc posé la question « Que peut vous apporter de plus le médecin remplaçant, au-delà de vos attentes ? ». Deux idées ressortaient : le remplaçant c'est un œil neuf pour le patient, mais c'est aussi un œil critique sur la pratique du remplacé.

1. Le remplaçant : Nouveau regard sur le patient

M8: "Et parfois les patients, ça m'est arrivé qu'ils disent des choses capitales à des remplaçants!"

La prise en charge ponctuelle, la méconnaissance du patient et de son dossier médical sont des freins à sa prise en charge. (25)(28) Toutefois, c'est aussi synonyme de neutralité et d'absence d'apriori. Certains médecins interrogés avouaient ne pas avoir toujours prodigué les meilleurs soins parce qu'ils étaient trop habitués à leurs patients ou bien avaient des préjugés. Ils étaient rentrés dans une routine de renouvellement et ne se remettaient plus en question. Le remplaçant pouvait alors voir des choses passées inaperçues, redresser des diagnostics, ou bien proposer de nouvelles prises en charge. Les patients eux même disent apprécier l'œil neuf du remplaçant sur leur dossier. (27)(28)

Le remplaçant a une nouvelle écoute du patient. Celui-ci va avoir une autre possibilité de s'exprimer et parfois va se livrer de manière différente : la relation qui s'établit entre le patient et son médecin traitant peut parfois inhiber la communication, surtout sur des sujets intimes. (44)

Parfois, le discours du remplaçant va venir appuyer celui du médecin traitant pour convaincre certains patients, par exemple pour l'arrêt de certains traitements psychotropes, ou encore pour le refus de prescription de certains traitements comme les antibiotiques.

Dans la thèse de BULLO-MASUZE A, en 2012, portant sur l'aide du médecin généraliste remplaçant au sevrage des benzodiazépines, les médecins remplaçants interrogés estimaient avoir un rôle actif vrai, celui de « perturber l'inertie thérapeutique dont est victime le généraliste à son insu ». Le remplaçant peut alors modifier le comportement du patient et celui du médecin remplacé. (45) D'ailleurs, dans la thèse de LESAGE F, Les patients disaient « apprécier de consulter un professionnel neutre qui est jugé plus prudent, avec une pratique systématique, un regard nouveau, une liberté de prescription. Il permet de casser la routine, de parler de sujets intimes, et donne un second avis. » (27)

Finalement, la relation médecin-malade, c'est aussi parfois une trop grande connaissance de l'autre qui peut nuire à la prise en charge d'un patient. Le statut de remplaçant, consultant occasionnel, permet de s'en affranchir et de proposer de nouvelles solutions au patient.

2. Le remplacement : outil d'évaluation et d'amélioration des pratiques

Plusieurs médecins de l'étude considéraient le remplaçant comme un regard extérieur sur leur pratique. Le fait de prendre un remplaçant les incitait déjà à mieux remplir les dossiers médicaux dans un souci de continuité des soins.

Les médecins interrogés trouvaient que leur pratique était souvent différente de celle du remplaçant. Certains regrettaient parfois une médecine apprise sur le tas, et plusieurs trouvaient la formation des jeunes médecins généralistes meilleure que la leur à l'époque. En revanche, un des médecins de l'étude trouvait que les connaissances théoriques n'étaient pas systématiquement applicables en médecine ambulatoire et moins importantes que l'expérience pratique de la médecine générale, qui pouvait faire défaut aux remplaçants. Plusieurs médecins interrogés se sont plaints de leur isolement et admettaient avoir une formation médicale continue insuffisante. De son côté, le remplaçant a des connaissances souvent plus récentes et peut être plus au fait des dernières recommandations.

Comme nous l'avons vu, le médecin remplacé relit presque systématiquement les consultations du remplaçant. Il va parfois être face à des ordonnances inhabituelles. Cela va alors le pousser à vérifier la justesse de ces prescriptions dans les dernières recommandations médicales. Le remplaçant peut donc être un moteur à l'auto-formation. Se faire remplacer c'est aussi avoir un œil extérieur sur sa pratique qui incite à se remettre en question et à s'améliorer. L'inverse est probablement aussi vrai, les remplaçants sont des praticiens souvent jeunes et parfois manquent de confiance en eux. (31) Ils considèrent d'ailleurs leur pratique comme étant une période de transition nécessaire pour renforcer leur formation (46).

Cependant, une étude qualitative auprès de 10 médecins généralistes installés et de 10 remplaçants avait été réalisée en 2000 (BONNIN G) sur le sujet. Il ressortait que cet échange de savoir et de connaissance entre remplacés et remplaçants était limité. « L'analyse de la pratique médicale par un confrère va mettre à jour des lacunes, manques ou difficultés de pratique. Leur révélation est inévitablement un moment douloureux. » Pour renforcer ces échanges, l'auteur insistait sur l'importance du dialogue et d'un climat de confiance entre les deux praticiens. (47)

Sur ce point, les résultats de cette étude sont comparables aux nôtres : les principaux modes de dialogue entre les deux praticiens sont le premier rendez-vous avant remplacement, puis un dialogue écrit, indirect, par dossiers interposés.

On en revient donc au même problème, le manque de communication qui apparaît comme un frein à ces échanges de connaissance.

3. Respect mutuel

Dans la thèse de JUSTE S de 2015, une étude de l'évolution sur 20 ans de la perception du médecin remplaçant par le patient, il ressort majoritairement que le remplaçant est vu comme un jeune médecin se perfectionnant avant de s'installer. (25) Dans les pays anglo-saxons, on note une différence de statut entre le médecin généraliste installé et le médecin remplaçant. Dans l'article « *Locum doctors in general practice : motivation and expériences* », étude quantitative auprès de 111 médecins remplaçants, 20% se plaignaient d'un manque de reconnaissance par rapports à leurs confrères installés. (48)

Ce n'est pas ce qui ressort de notre étude. Si le médecin remplaçant est confraternel envers le médecin installé (10), l'inverse est aussi vrai. Il y a une attitude bienveillante du médecin généraliste envers son remplaçant qui va régulièrement prendre sa défense auprès de ses patients. Il le respecte et le considère d'égal à égal.

M8 : "Moi je vais toujours dans le sens du remplaçant comme d'ailleurs avec n'importe quel confrère."

F. Propositions

1. Guide de bonnes pratiques du remplacement

Les sites du conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et du Syndicat National des Jeunes Médecin Généralistes (SNJMG) proposent chacun un guide du remplacement (12)(49) pour aider les médecins remplaçants dans leur pratique quotidienne. Cependant, ces guides ne s'adressent qu'aux médecins remplaçants et font la liste exhaustive des renseignements importants à recueillir lors du premier rendez-vous. Encore une fois, c'est uniquement des questions pratiques et axées sur la logistique du cabinet.

Dans l'article « *Maximizing the locum experience* » du journal *Canadian Family Physician* (Annexe 4) (50), les auteurs se penchent sur la question et proposent même une conduite à tenir pour le médecin remplacé lors de l'entrevue d'embauche. Ils recommandent entre autre au médecin remplacé de « Vérifier le travail antérieur du substitut, en particulier la satisfaction des patients et sa capacité de travailler avec d'autres membres de l'équipe ; De passer en revue les politiques et les procédures du cabinet avec le personnel et le substitut pour assurer que tous les comprennent de la même façon et les appliquent uniformément ». Au-delà de ce rendez-vous d'embauche, les auteurs recommandent également une entrevue de sortie après remplacement. Toutefois, ils recommandent au remplaçant de « ne pas oublier que la prise en charge des maladies chroniques relève du médecin recruteur ». Mais chaque médecin, remplacé et remplaçant, est différent, et ses attentes avec lui. Nous avons vu dans notre étude que le remplaçant peut apporter un plus dans la prise en charge des patients chroniques. Si le médecin remplacé considère que son remplaçant peut être complètement autonome, il faut toutefois le lui signifier car ce dernier essaiera spontanément de calquer sa pratique sur la sienne. (10) Il faut également que les deux praticiens se mettent d'accord sur les durées de consultations. Beaucoup de remplaçants se plaignent des consultations trop courtes. Si le médecin remplacé ne peut aménager un temps de consultation supérieur à 15 minutes, il peut en revanche bloquer des créneaux de 15 minutes toutes les heures pour laisser le temps au remplaçant de récupérer le retard.

Il serait donc intéressant de modifier ces guides (ou d'en éditer un nouveau) pour qu'ils s'adressent aussi bien aux remplacés qu'aux remplaçants et qu'ils insistent sur la communication et non pas uniquement sur la logistique.

2. L'intérêt d'une nouvelle rencontre, après remplacement.

Dans notre étude, deux médecins disaient revoir le remplaçant en retour de congé. C'était l'occasion de discuter de certains dossiers, de mettre en commun des connaissances. Cependant, la plupart du temps, ce rendez-vous n'a pas lieu, le médecin remplaçant laisse seulement derrière lui une relève écrite sur d'éventuels problèmes rencontrés. Un autre médecin de l'étude disait contacter le remplaçant par téléphone après le remplacement.

Les remplaçants, les premiers, regrettent cette absence fréquente de débriefing. Lorsqu'il y a peu de retour de la part du médecin remplacé, le remplaçant reste dans l'incertitude, il ne sait pas si son travail a été bénéfique et ne peut donc pas se corriger si besoin. (10)

Il faudrait donc encourager les deux praticiens à se revoir. Ce rendez-vous « post-remplacement » serait bénéfique pour les trois grands acteurs du remplacement : remplacé, remplaçant et patient. Cette rencontre serait encore plus bénéfique si elle avait lieu à distance du remplacement, le remplacé aurait alors plus d'informations de la part des patients et de recul sur le remplacement. Le frein majeur est là encore le manque de temps, le médecin remplacé étant souvent occupé à son retour de vacances. Le remplaçant, principal demandeur de débriefing, devrait insister pour que cette rencontre ait lieu. Il serait intéressant d'encourager dans ce sens les futurs médecins remplaçants (et à terme futurs remplacés) lors de leur formation à la faculté.

CONCLUSION

Dans notre étude, nous avons retrouvé des conditions de remplacement potentiellement anxiogènes pour le médecin généraliste installé, principalement marquées par des difficultés de recrutement laissant très peu de liberté de choix au remplacé : il devra parfois confier sa patientèle et son cabinet à un inconnu. L'isolement, le manque de contacts et le turn-over des médecins remplaçants majorent ces difficultés.

De plus, par définition, le médecin installé ne voit pas travailler son remplaçant, son évaluation est donc limitée. Elle se fait selon trois sources, qui semblent avoir chacune une influence comparable sur le remplacé. La première est une évaluation directe par le remplacé lors du premier rendez-vous, essentiellement basée sur le ressenti et le relationnel, les compétences médicales du remplaçant restent alors inconnues. Les deux autres sont le retour oral des patients après remplacement (là aussi subjectif, plus axé sur le relationnel) et un retour écrit, objectif, via le dossier médical, a priori révélateur des compétences professionnelles.

Cependant, il ressort surtout de notre étude un sentiment de soulagement, de sérénité et de confiance vis-à-vis du remplaçant. Cela est lié aux bonnes expériences passées de remplacement et à la foi en la formation du remplaçant, qui est médecin avant tout, et a priori compétent. En priorité, la qualité attendue chez le remplaçant est donc le relationnel avec les patients, et non ses connaissances théoriques. Il s'agit là du critère discriminant.

Les médecins interrogés citent également le sérieux, l'implication dans le travail et regrettent parfois des erreurs de gestion et de comptabilité. Ils déplorent aussi chez certains remplaçants un intérêt plus important pour le chiffre d'affaire réalisé que pour l'acte médical en lui seul, le patient et la qualité des soins.

Certains praticiens attendent, de manière plus ou moins consciente, un mimétisme de la part du remplaçant, portant sur les prescriptions, la durée des consultations et le relationnel avec les patients. Cette intention de mimétisme tient à la peur de perturber les habitudes du patient et à la crainte d'être remis en question avec un éventuel impact sur la relation médecin-malade. Tout se passe comme si le médecin était responsable du choix du remplaçant vis à vis de son patient. A l'opposé, pour d'autres médecins, le remplaçant est compétent, responsable et donc libre de ses prescriptions.

Être remplacé, c'est accepter un regard neuf et extérieur sur sa propre pratique. Le remplacement est ainsi un outil de comparaison des pratiques et un moteur à l'auto formation. Au-delà du simple rôle de substitut, le remplaçant est un partenaire du médecin remplacé.

Notre étude a mis en évidence un manque de communication entre remplaçant et remplaçant. Le premier rendez-vous, un des rares moments de rencontre entre les deux praticiens, est essentiellement orienté sur le fonctionnement du cabinet et du logiciel médical. Les attentes du remplacé ne sont pas explicitées au remplaçant, par manque de temps, par respect envers lui, voire par crainte de le rebuter. Un sentiment bilatéral de confraternité et de crainte de blesser l'autre va inhiber la communication. Ces non-dits peuvent mettre alors le remplaçant dans une situation inconfortable et être source de mésentente.

Il faut donc travailler sur la communication entre les deux praticiens, essentielle au bon déroulement du remplacement, notamment lors du premier rendez-vous. Il faut aussi insister sur l'importance d'une nouvelle rencontre à l'issue du remplacement. Les remplaçants étant les premiers demandeurs de débriefing, ils devraient donc solliciter davantage dans ce sens le médecin remplacé. Ce rendez-vous final après remplacement serait bénéfique pour les deux praticiens, ainsi que pour la qualité et la continuité des soins. Lors de leur formation en médecine générale, il serait intéressant d'encourager les futurs remplaçants à cette pratique. Notre étude permettrait d'établir un guide de bonnes pratiques mutuelles, plus adapté à notre système de soins, pour améliorer les conditions de remplacement.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président

Signature *ROBIN AM*



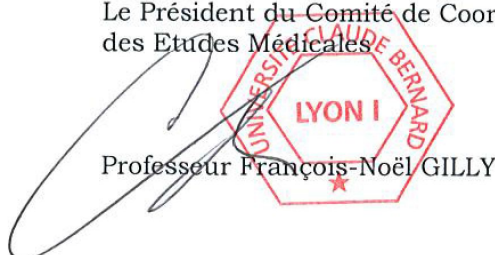
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 11 FEV. 2016

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est



Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2015. [en ligne]. 2015, [consulté le 26 Janvier 2016]. Disponibilité sur internet : <<http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>>
- 2- Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Rhône-Alpes : Situation en 2015. [en ligne]. 2015, [consulté le 26 Janvier 2016]. Disponibilité sur internet : <<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1664>>
- 3- URPS. Démographie de la médecine générale libérale. [en ligne] Novembre 2015, [consulté le 26 Janvier 2016]. Disponibilité sur internet : <<http://www.urps-med-ra.fr/organisation-et-offre-de-soins/demographie-medicale/medecine-generale/59>>
- 4- Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guelle M. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Questions d'économie de la santé – IRDES. [en ligne]. Avril 2004, N°81, [consulté le 26 Janvier 2016]. Disponibilité sur internet : <<http://www.irdes.fr/recherche/2004/questions-d-economie-de-lasante.html#n81>>
- 5- Galand E. Quelles sont les motivations à rester médecin généraliste remplaçant ? : méthode focus group et entretiens semi-directifs. [Thèse d'exercice] Nantes (France) – Université de Nantes; 2012.
- 6- Guyard Cognat C. Les médecins généralistes remplaçants dans le Rhône : activité, projet professionnel et freins à l'installation. [Thèse d'exercice] Lyon (France) – Université Claude Bernard; 2013.
- 7- Querrec A-S. Remplacement: les difficultés du remplacé. [Thèse d'exercice] Rennes (France) – Université européenne de Bretagne; 2013.
- 8- Fornel G de. Pratiques et attentes des médecins généralistes de Côte d'Or vis-à-vis des médecins remplaçants: approche descriptive et qualitative de leurs besoins et des difficultés rencontrées. [Thèse d'exercice] Dijon (France) – Université de Bourgogne; 2013
- 9- Walter J-C. Difficultés et attentes du médecin généraliste vis-à-vis du médecin remplaçant à Paris. [Thèse d'exercice] Paris (France) – UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2007.
- 10- Gallet N. Analyse des facteurs influençant le travail du médecin généraliste remplaçant. [Thèse d'exercice] Lyon (France) – Université Claude Bernard ; 2015.
- 11- Code de la santé publique - article L4131-2
- 12- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les Remplacements. [en ligne]. Septembre 2012, [consulté le 6 Février 2016]. Disponibilité sur internet : <<http://www.conseil-national.medecin.fr/remplacements-1235>>

- 13- Conseil départemental de l'Ordre des Médecins du Rhône. Bulletin n°18 : Permanence de Soins et Ordre départemental. [en ligne]. Octobre 2010, [consulté le 6 Février 2016].
Disponibilité sur Internet :
http://new.ordremedrhone.com/medecins-bulletin_122_bulletin-numero-18.html
- 14- Boudjabi F. Evaluation des difficultés et identification des freins et leviers pour trouver un remplaçant en Picardie. [Thèse d'exercice] Amiens (France) – Université de Picardie ; 2013
- 15- Shahandeh A. Exploration des critères déterminant le choix des remplaçants de médecine générale en Picardie : à propos d'une enquête auprès de jeunes médecins remplaçants. [Thèse d'exercice] Amiens (France) – Université de Picardie ; 2014.
- 16- Husson A. Le jeune médecin généraliste remplaçant en France: éternellement nomade ? : Enquête nationale descriptive réalisée en novembre 2011 par questionnaire en ligne. [Thèse d'exercice] Paris (France) – Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine ; 2012.
- 17- Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. [Thèse d'exercice] Grenoble (France) – Université Joseph Fourier, 2011.
- 18- Micheau J, Molière E. L'emploi du temps des médecins libéraux. DREES : Dossiers Solidarité et Santé N°15, 2010.
- 19- Gattuso C. Le casse-tête des remplacements d'été : de l'art de séduire les candidats exigeants. Le Quotidien du Médecin. 2005;7784:p.4
- 20- Da Fonseca-Lopes A. Critères de choix d'un remplacement en médecine générale : entretiens auprès de médecins remplaçants du Maine et Loire. [Thèse d'exercice] Angers (France) – Université d'Angers ; 2011.
- 21- Code de la santé publique. Article L6315-1
- 22- Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 28 Janvier 2016).
Recommandations du CNOM pour la continuité des soins, [En ligne].
<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/recommandations-du-cnom-pour-la-continuite-des-soins-1044>
- 23- Deschaume J. Difficultés rencontrées par les remplaçants en médecine générale après un an d'exercice : enquête auprès des étudiants inscrits en TCEM1 en 2004 à l'Université Paris 7. [Thèse d'exercice] Paris (France) – Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine ; 2010.
- 24- Bresson-Benbrahim É. Perception du médecin généraliste remplaçant: analyse qualitative et statistique textuelle. [Thèse d'exercice] Paris (France) – Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine ; 2013.
- 25- Juste S. Perception du médecin remplaçant en médecine générale par le patient et son évolution au cours des vingt dernières années. [Thèse d'exercice] Reims (France) – Université de Reims Champagne-Ardenne ; 2015.

- 26- Morgan M, McKevitt C, Hudson M. GPs' employment of locum doctors and satisfaction with their service. *Fam Pract.* févr 2000;17(1):53-5.
- 27- Lesage F. Les attentes des patients vis à vis du médecin remplaçant en médecine générale. [Thèse d'exercice] Amiens (France) – Université de Picardie ; 2010.
- 28- Petrigny L. Perception par les patients du remplaçant de leur médecin traitant habituel. [Thèse d'exercice] Saint-Etienne (France) – Université Jean Monnet. Faculté de médecine Jacques Lisfranc ; 2012.
- 29- Camus Chirol C. Les patients sont-ils satisfaits du remplaçant de leur médecin ? : enquête auprès de médecins généralistes des Yvelines et des hauts de Seine. [Thèse d'exercice] Paris (France) – UFR de médecine Pierre et Marie Curie ; 2009.
- 30- Mondelin P. Vision des médecins généralistes installés sur les prescriptions de leur remplaçant lors du suivi des patients chroniques. [Thèse d'exercice] Saint-Etienne(France) – Université Jean Monnet ; 2014.
- 31- Hubault A. Vision des médecins généralistes remplaçants sur leurs prescriptions lors de suivi de pathologies chroniques. [Thèse d'exercice] Saint-Etienne (France) – Université Jean Monnet. Faculté de médecine Jacques Lisfranc ; 2013.
- 32- Cushing W, MD, MBA. A physician's Guide to Locum Tenems. *Fam Pract Manag.* 1999 Feb ;6(2):41-44.
- 33- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Modèle de contrat de remplacement en exercice libéral par un autre médecin. [en ligne]. [consulté le 28 Janvier 2016]. Disponibilité sur internet : <<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/remplmed.pdf>>
- 34- Code de la Santé Publique. Article L4131-2
- 35- Code de la Santé Publique. Article R.4127-5
- 36- Code de la Santé Publique. Article R.4127-95
- 37- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Commentaires du Code de déontologie médicale. [En ligne]. [consulté le 28 janvier 2016]. Disponibilité sur internet: <<http://www.conseil-national.medecin.fr/code-de-deontologie-1210>>
- 38- Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. *DREES : Etudes et Résultats* N° 797, mars 2012.
- 39- Lotfi M. Un aspect de la relation médecin-malade : les refus opposés aux demandes des patients. [Thèse d'exercice] Paris (France) – Université Pierre et Marie Curie. UFR de médecine Pierre et Marie Curie ; 2014.
- 40- HAS. La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations. [en ligne]. Septembre 1996, [consulté le 6 Février 2016]. Disponibilité sur internet : <<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dm.pdf>>

- 41- URPS. Enquête « Votre Pratique professionnelle de l'informatique ». [en ligne]. juin 2014, [consulté le 6 Février 2016]. Disponibilité sur internet : <http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/Enquete-pratique-informatique_URPS-ARDOC.pdf>
- 42- Bray P. L'informatisation du cabinet du médecin généraliste : est-ce que toutes les possibilités du logiciel métier et des autres technologies de l'information et de la communication sont exploitées ? : Enquête auprès de 350 médecins généralistes en France. [Thèse d'exercice] Lille (France) – Université du droit et de la santé (Lille) ; 2014.
- 43- Livanen Y. Appropriation de l'outil informatique dans la pratique quotidienne du médecin généraliste remplaçant. [Thèse d'exercice] Amiens (France) ; 2013.
- 44- Freymann Y. Le médecin remplaçant : une place spécifique pour la parole ? [Thèse d'exercice] Strasbourg (France) – Université de Strasbourg. Faculté de médecine ; 2011.
- 45- Bullo-Masuyer A. Sevrage des benzodiazépines : le médecin généraliste remplaçant peut-il aider? : étude qualitative en région PACA. [Thèse d'exercice] Marseille (France) – Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine ; 2014.
- 46- Zuber F. Jeunes installés et remplaçants en médecine générale : regards croisés sur deux types d'exercice : les déterminants du projet professionnel. [Thèse d'exercice] Dijon (France) – Université de Bourgogne ; 2012.
- 47- Bonnin G. Le remplacement en médecine générale : outil d'analyse des pratiques médicales ? [Thèse d'exercice] Poitiers (France) – Université de Poitiers. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2000.
- 48- McKevitt C, Morgan M, Hudson M. Locum doctors in general practice: motivation and experiences. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. juill 1999;49(444):519-21.
- 49- SNJMG. Le guide du remplaçant et de son exercice professionnel. [En ligne]. Mai 2008, [consulté le 6 Février 2016]. Disponibilité sur internet: <<http://www.snjmg.org/outils/nos-guides#rempla>>
- 50- Pariser P, Biancucci C, Shaw SN, Chernin T, Chow E. Maximizing the locum experience. Can Fam Physician Médecin Fam Can. déc 2012;58(12):1326-8, e688-91.

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation du travail

(Demander sexe, âge, recours ou pas à des remplaçants,

Mode de pratique : - cabinet de groupe, seul

- rural, urbain, semi-rural)

- Remplacement régulier ? Remplacement ponctuel ? Pendant les vacances ? Hors des vacances ?

1/ Quel sentiment cela vous fait-il de prendre un médecin remplaçant ?

Laisser sa patientèle à un autre,

Laisser ses locaux à un autre

1/ Pourquoi prenez-vous un remplaçant ?

Remplacement régulier ?

Remplacement ponctuel ?

Pendant les vacances ? Hors des vacances ?

2/ Décrivez votre première rencontre avec le médecin remplaçant,

De quoi parlez-vous ?

Sur sa pratique médicale ? Ses prises en charge ? Quelles recommandations lui faites-vous ?

Durée des consultations

Lui parlez-vous de votre pratique médicale ?

3/ Qu'attendez-vous d'un médecin remplaçant, en terme de prise en charge médicale ?

Le renouvellement d'ordonnances (gériatrie, maladies chroniques),

L'allègement des ordonnances,

L'arrêt de traitements que vous aviez instauré

La pathologie aigue

4/ quels sont les qualités que vous attendez d'un médecin remplaçant?

5/ Quels sont les défauts que vous pouvez retrouver chez vos remplaçants?

6/ Si vous deviez choisir entre plusieurs remplaçants, quels critères seraient décisifs ?

7/ Parlez-vous de vos remplaçants avec vos patients ?

Dans quel contexte ?

Est-ce vous ou bien le patient qui abordez le sujet ?

Quels sont les points abordés ?

Quel crédit accordez-vous à leurs commentaires ?

8/ Quelle aide peut vous apporter un médecin remplaçant ?

Pour résoudre certaines situations ? Une autre vision de certaines situations

Avez-vous un cas concret où un remplaçant a décoincé quelque chose ?...

8/un remplaçant doit il s'adapter à votre pratique médicale ou bien exercer sa propre médecine ?

9/ Pour conclure.

Avez-vous quelque chose à ajouter ? Qu'est-ce que vous a apporté cet entretien ?

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN n°2

Présentation du travail

(Demander sexe, âge, recours ou pas à des remplaçants,

Mode de pratique : - cabinet de groupe, seul

- rural, urbain, semi-rural)

- Remplacement régulier ? Remplacement ponctuel ? Pendant les vacances ? Hors des vacances ?

1/ Quel est votre ressenti par rapport au remplaçant ?

Laisser sa patientèle à un autre,

Laisser ses locaux à un autre

Inquiétude ? Confiance ?

2/ Décrivez votre première rencontre avec le médecin remplaçant,

Comment ça se passe ?

De quoi parlez-vous ?

Sur sa pratique médicale ? Ses prises en charge ? Quelles recommandations lui faites-vous ?

Durée des consultations

Lui parlez-vous de votre pratique médicale ?

3/ Qu'attendez-vous d'un médecin remplaçant ?

- A- Qualités attendues ?

- B- Défauts retrouvés ?

- C- Attentes en termes de prise en charge médicale ?

- Le renouvellement d'ordonnances (gériatrie, maladies chroniques), L'allègement des ordonnances,

- L'arrêt de traitements que vous aviez instauré...

- D- un remplaçant doit il s'adapter à votre pratique médicale ou bien exercer sa propre médecine ?

4/ Que peut vous apporter de plus le médecin remplaçant ? (Au-delà de vos attentes)

Pour résoudre certaines situations ? Une autre vision de certaines situations

Avez-vous un cas concret où un remplaçant a décoincé quelque chose ?...

5/ Quels retours avez-vous ?

A- Parlez-vous de vos remplaçants avec vos patients ?

Dans quel contexte ? Est-ce vous ou bien le patient qui abordez le sujet ? Quels sont les points abordés ? Quel crédit accordez-vous à leurs commentaires ?

B- Le dossier médical ?

Est-il bien tenu ? Lisez-vous les mots du remplaçant ? Systématiquement ? Communication directe avec le remplaçant via le dossier ?

C- Nouvelles rencontres ? Débriefing ?

6/ Pour conclure, Si vous deviez choisir entre plusieurs remplaçants, quels critères seraient décisifs? Quels conseils pouvez-vous donner aux médecins remplaçants ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ? Qu'est-ce que ça vous a apporté cet entretien ?

ANNEXE 3



Modèle de contrat de remplacement en exercice libéral

(Articles 65 et 91 du code de déontologie figurant dans le Code de la Santé publique
sous les numéros R.4127-65 et R.4127-91)

Remplacement par un étudiant en médecine titulaire d'une licence de remplacement

adopté le 9 février 1996
MAJ oct 2008

Entre

le Docteur X. (*indiquer les qualités et numéro d'inscription au Tableau*) exerçant à

d'une part

Et

Monsieur Z. (*indiquer l'adresse et les caractéristiques de la licence de remplacement*),
Immatriculé à l'URSSAF, sous le n°

d'autre part

PREAMBULE

Face à l'obligation déontologique qui est la sienne d'assurer la permanence des soins et conformément aux dispositions de l'article R.4127-65 du code de la santé publique (article 65 du Code de Déontologie), le Dr X. a contacté Monsieur Z., régulièrement autorisé en vertu de l'article L.4131-2 du code de la santé publique, pour prendre en charge, lors de la cessation temporaire de son activité professionnelle habituelle, les patients qui feraient appel à lui.

Pour permettre le bon déroulement de ce remplacement, le Docteur X... met à la disposition de Monsieur Z. son cabinet de consultations sis ... (adresse) et son secrétariat.

Monsieur Z. assume de ce fait toutes les obligations inscrites dans le Code de Déontologie. Il ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit

Il a été convenu ce qui suit

Article 1er

Dans le souci de la permanence des soins, le Dr X. charge Monsieur Z., qui accepte, de le remplacer temporairement auprès des patients qui feraient appel à lui.

Les patients devront être avertis, dès que possible, de la présence d'un remplaçant et notamment lors de toute demande de visite à domicile ou de rendez-vous au cabinet médical.

Monsieur Z. devra consacrer à cette activité tout le temps nécessaire selon des modalités qu'il fixera librement **(1)**.

Il s'engage à donner, à tout malade faisant appel à lui, des soins consciencieux et attentifs dans le respect des dispositions du code de déontologie.

Hors le cas d'urgence, il pourra, dans les conditions de l'article R.4127-47 du code de la santé publique (article 47 du code de déontologie), refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Article 2

Le présent contrat de remplacement est prévu pour une période de ... mois (ou jours) s'étendant du ... au ... compris.

Son éventuel renouvellement est subordonné au respect des dispositions de l'article L.4131-2 du code de la santé publique.

Article 3

Pendant la durée du présent contrat de remplacement et pour les besoins de son exécution, Monsieur Z. aura l'usage des locaux professionnels, installations et appareils que le Dr X. met à sa disposition. Il en fera usage en bon père de famille.

Compte tenu du caractère par nature provisoire de l'activité du remplaçant, celui-ci s'interdit toute modification des lieux ou de leur destination.

Article 4

Monsieur Z. exerçant son art en toute indépendance, sera seul responsable vis-à-vis des patients et des tiers des conséquences de son exercice professionnel et conservera seul la responsabilité de son activité professionnelle pour laquelle il s'assurera personnellement à ses frais à une compagnie notoirement solvable. Il devra apporter la preuve de cette assurance avant le début de son activité. **(2)**

Article 5

Monsieur Z. utilisera conformément à la Convention nationale les ordonnances ainsi que les feuilles de soins et imprimés pré-identifiés au nom du Dr X. dans son activité relative aux seuls patients du Dr X.

En outre, il devra faire mention de son identification personnelle sur les ordonnances, feuilles de soins et imprimés réglementaires qu'il sera amené à remplir.

Article 6

Les deux co-contractants auront des déclarations fiscales et sociales indépendantes et supporteront personnellement, chacun en ce qui les concerne, la totalité de leurs charges fiscales et sociales afférentes au dit remplacement.

Article 7

Monsieur Z. percevra l'ensemble des honoraires correspondant aux actes effectués sur les patients à qui il aura donné ses soins.

Il devra remplir les obligations comptables normales et habituelles qui lui sont imposées réglementairement.

En fin de remplacement, le Dr X. reversera à Monsieur Z. ...% du total des honoraires perçus et à percevoir correspondant au remplacement.

Conformément aux dispositions de l'article R.4127-66 du code de la santé publique (article 66 du code de déontologie), le remplacement terminé, Monsieur Z. cessera toute activité s'y rapportant et transmettra les informations nécessaires à la continuité des soins.

Article 8

Si au terme du remplacement prévu au présent contrat M Z. a remplacé le Dr X. pendant une période de trois mois, consécutifs ou non, il ne pourra sauf accord écrit du Dr X. (3) s'installer pendant une durée de deux ans dans un poste où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin remplacé ou éventuellement ses associés (préciser ici commune, arrondissement, distance...). (4)

Article 9 : Conciliation

Tous les litiges ou différends relatifs notamment à la validité, l'interprétation, l'exécution ou la résolution du présent contrat, seront soumis avant tout recours à une conciliation confiée au Conseil départemental de l'Ordre des médecins, en application de l'article R.4127-56 du code de la santé publique (article 56 du code de déontologie médicale).

Article 10 : Arbitrage (5)

En cas d'échec de la conciliation, les litiges ou différends relatifs à la validité, l'interprétation, l'exécution ou la résolution du présent contrat, seront soumis à l'arbitrage conformément au règlement d'arbitrage de la Chambre nationale d'Arbitrage des médecins .

1^{ère} option :

Dès à présent, les parties conviennent de soumettre leur litige à un arbitre unique.

Le tribunal arbitral statuera avec les pouvoirs d'amiable compositeur. (6)

Les parties peuvent faire appel de la sentence arbitrale.

2^{ème} option :

Dès à présent, les parties conviennent de soumettre leur litige à trois arbitres désignés selon les modalités définies à l'article 4 du règlement d'arbitrage de la Chambre nationale d'Arbitrage des médecins.

Le tribunal arbitral statuera avec les pouvoirs d'amiable compositeur. (6)

Les parties renoncent à la possibilité de faire appel.

Le siège de la Chambre nationale d'Arbitrage des médecins est fixé à PARIS 8^{ème}, 180 Boulevard Haussmann.

Article 11

Les parties affirment sur l'honneur n'avoir passé aucune contre-lettre ou avenant relatif au présent contrat qui ne soit soumis au Conseil départemental.

Article 12

Conformément aux dispositions des articles R.4127-65 et 91 du code de la santé publique (articles 65 et 91 du Code de Déontologie), ce contrat sera communiqué au Conseil départemental de l'Ordre avant le début du remplacement.

Son renouvellement sera soumis à ces mêmes dispositions.

Fait en trois exemplaires
(dont un pour le Conseil départemental)
le

Docteur X.....

Monsieur Z.....

-
- (1) Il est recommandé que les modalités habituelles de fonctionnement du cabinet soient précisées au remplaçant, dans le souci de la permanence des soins.
 - (2) il serait souhaitable que la copie de cette assurance soit jointe au présent contrat.
 - (3) L'accord peut consister en une renonciation totale ou limitée dans le temps à se prévaloir de l'interdiction d'installation édictée à l'article R.4127-86 du code de la santé publique (article 86 du code de déontologie médicale) et rappelée par cette clause du contrat.
 - (4) Pour les remplacements inférieurs à trois mois, les parties au contrat gardent la faculté d'introduire une clause de non-réinstallation si la durée de remplacement le justifie.
 - (5) la clause d'arbitrage (clause compromissoire) est facultative et les parties peuvent décider de ne pas y recourir ou encore y recourir dans des conditions différentes de celles proposées ci-dessus.
 - (6) les parties peuvent renoncer à cette modalité de l'arbitrage et, dans ce cas, il suffit de supprimer la mention de l'amiable composition.

ANNEXE 4

Commentaire | Exclusivement sur le web

Maximiser l'expérience des remplaçants

Pauline Pariser MSc MD CCFP FCFP Christina Biancucci MD CCFP Sarah Naomi Shaw MSW EdD MD CCFP
Trudy Chernin MD CCFP FCFP Esther Chow MD CCFP

Je reviens de vacances et mes secrétaires me rapportent que la remplaçante a vu les patients dans des délais opportuns, a répondu aux messages (en particulier aux demandes urgentes) et a rempli les ordonnances efficacement. Nos infirmières confirment avoir entretenu des relations de réciprocité dans leur travail avec la remplaçante.

Mon casier de dossiers à suivre est organisé de manière à mettre en évidence les résultats de tests anormaux et à préciser le suivi à faire. Les cas sont bien documentés, en particulier la façon de régler les problèmes complexes. Les patients me font des commentaires positifs concernant son approche centrée sur le patient. Je ne trouve aucun résultat de tests importants passés inaperçus. Le temps consacré à orienter la remplaçante et à passer en revue le contrat en a valu la peine.

Les médecins remplaçants au Canada rendent de précieux services aux médecins de famille qui souhaitent assurer la continuité des soins pendant qu'ils prennent des vacances, des congés parentaux ou durant d'autres absences pour raisons professionnelles. Les profils démographiques changeants ont des répercussions sur le recours plus soutenu aux services de substituts. Les femmes représentent plus de la moitié des effectifs de médecins de famille de moins de 35 ans et le nombre de médecins plus âgés qui envisagent la retraite au cours des 2 prochaines années est considérablement à la hausse^{1,2}. Les femmes médecins de famille travaillent moins d'heures que leurs homologues masculins, en partie en raison des congés de maternité, mais aussi à cause d'une préférence pour un meilleur équilibre entre le travail et la famille¹. Les modes de pratique changeants, davantage axés sur les soins primaires en équipe, exigent aussi que les remplaçants travaillent en collaboration. Dans le présent article, nous mettons en évidence l'expérience du remplacement particulière au Canada, nous explorons les obligations juridiques des substituts et des médecins qui les embauchent et nous tentons de dégager des travaux antérieurs les aspects pratiques permettant d'optimiser un tel arrangement. Nous présentons aussi la notion des *soins axés sur le cabinet*, qui offre un cadre de pratique de la médecine familiale qui tient compte des soins en équipe et reconnaît la dynamique propre à chaque cabinet.

Le Sondage national des médecins au Canada signalait en 2010 que 13,9 % des médecins de famille avaient offert des services de remplacement durant l'année précédente¹. Parmi tous les groupes d'âges, c'est chez les médecins de moins de 35 ans qu'on retrouve le plus grand pourcentage de substituts, soit 29,6 %¹. Dans le même ordre d'idée, Myhre et ses collaborateurs ont constaté une tendance à voir en Alberta des médecins remplaçants plus jeunes² et le Sondage national des médecins en 2007 révélait que 58 % des résidents de deuxième année en médecine familiale prévoyaient travailler comme remplaçants lorsqu'ils obtiendraient leur diplôme³. De fait, la recherche d'affectations comme substituts au Canada est communément perçue comme un moyen d'explorer la carrière et la pratique^{2,3}. On retrouve un autre regroupement de médecins remplaçants chez les 65 ans et plus¹, qui font probablement une transition vers la retraite. Il est intéressant de souligner que 71,7 % des affectations de substituts dans l'étude par Myhre et ses collègues avaient été organisées sans aide, c'est-à-dire sans recourir à une agence de placement², ce qui met alors les médecins recruteurs dans l'obligation d'assurer que les substituts ont les titres de compétence appropriés, sont aptes à pratiquer et sont bien préparés pour l'affectation.

Dans d'autres pays

Il est difficile d'établir le nombre précis de médecins remplaçants aux États-Unis; les estimés variaient entre 4 % à 36 %⁵ des médecins en pratique active en 2008. S'il existe comme au Canada des groupes de médecins substituts en début et en fin de carrière, un nombre croissant de médecins aux États-Unis choisissent comme carrière de faire du remplacement^{5,6}. Par le passé, les remplaçants aux États-Unis étaient considérés comme des médecins qui n'étaient pas aptes à entreprendre une pratique permanente en raison de problèmes de compétence ou d'un manque de volonté à s'engager dans une pratique permanente^{5,7}. Par ailleurs, cette perception change, probablement en raison du statut plus officiel et de l'organisation des médecins substituts.

À cette fin, la plupart des affectations de remplacement aux États-Unis sont organisées par l'intermédiaire d'agences de placement temporaire⁸. Il existe des douzaines d'agences de placement à but lucratif qui jumellent des médecins substituts à des affectations et ces activités sont devenues peu à peu une industrie évaluée à un milliard de dollars⁸. En règle générale, ces agences examinent les curriculum vitae, vérifient les références et confirment les permis d'exercice et les

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the December 2012 issue on page 1326.

titres de compétences appropriés des médecins remplaçants qu'elles placent⁷. L'avènement d'une telle industrie lucrative en plein essor a entraîné la formation de la National Association of Locum Tenens Organizations⁸, qui établit des normes de pratique et des codes d'éthique s'appliquant aux agences de placement, aux médecins et aux organisations qui recrutent⁹. À notre connaissance, aucune norme comparable n'a été fixée pour les médecins substitués au Canada par une association médicale ou un ordre de médecins.

Les données sur les caractéristiques démographiques des médecins substitués au Royaume-Uni sont plus difficiles à extraire, car les travaux de recherche regroupent ensemble les remplaçants et les omnipraticiens qui travaillent à temps partiel. La National Association of Sessional GPs¹⁰ au Royaume-Uni signale que 25 % des omnipraticiens travaillent comme remplaçants et 60 % de ceux qui travaillent comme substitués ont entre 30 et 39 ans^{11,12}. Comme au Canada, les médecins remplaçants en Écosse¹³ en sont souvent aux tout débuts de leur carrière et cherchent à acquérir de l'expérience ou travaillent à temps partiel pour s'occuper de leurs obligations familiales ou encore, ce sont des omnipraticiens en fin de carrière qui veulent travailler sans avoir à assumer la responsabilité d'une pratique à plein temps.

Les remplaçants au Royaume-Uni ont tendance à être plus organisés qu'au Canada et ont formé une association qui défend en leur nom leurs intérêts, notamment pour améliorer l'accès à la formation médicale continue et promouvoir des conditions de travail appropriées¹⁰. Plus précisément, ce groupe exerce des pressions pour réduire le «sous-rendement imposé». Essentiellement, il faut pour ce faire établir l'infrastructure nécessaire pour que les substitués puissent soigner les patients en toute sécurité et de manière optimale. Cette infrastructure comporte des contrats qui précisent clairement les responsabilités du remplaçant, assurent son accès à de l'équipement médical, lui accordent assez de temps pour évaluer les patients et prévoient une «trousse du substitut» (une pochette standardisée qui explique les protocoles du cabinet et les processus de demande de consultation, indique les ressources et les hôpitaux locaux et donne une liste de spécialistes). Les substitués ont un plus grand nombre d'avenues pour accéder à des affectations par l'intermédiaire d'agences de cette industrie au Royaume-Uni et peuvent être placés localement ou voyager beaucoup pour occuper leurs fonctions.

Obligations

On a revendiqué une plus grande réglementation des médecins remplaçants au Royaume-Uni et en Europe, à la lumière de cas grandement médiatisés de patients qui ont subi des préjudices à cause de médecins substitués, y

compris le décès d'un patient en 2010 et d'autres cas où les remplaçants en cause n'avaient jamais suivi de formation en médecine^{14,15}. On a recommandé le recours à un système centralisé pour évaluer la compétence et un processus standardisé pour examiner les références, les permis d'exercice et la formation antérieure des substitués¹⁶⁻¹⁸. La possibilité de préjudices exige que les médecins recruteurs prennent soigneusement en considération leurs obligations professionnelles et légales envers les patients et les remplaçants dans le processus du recrutement.

Au Canada, il existe très peu de jurisprudence concernant les responsabilités du médecin recruteur quant aux problèmes pouvant survenir dans les soins à des patients par un médecin substitué durant son absence. Une recension à l'aide du mot *locum* a fait ressortir 2 causes pertinentes mais contradictoires^{19,20}.

Étant donné de tels jugements contradictoires, il incombe donc au médecin recruteur d'assurer que le médecin substitué se conforme aux standards de soins, y compris être en règle avec le collège provincial des médecins et chirurgiens, avoir une assurance contre la faute professionnelle et avoir des références qui attestent de sa compétence clinique. Il faut bien préciser le champ de pratique durant l'absence du médecin recruteur, notamment toutes les attentes concernant la communication des résultats aux patients et au médecin recruteur, ainsi que la prise en charge appropriée de ces résultats (p. ex. suivi, demandes de consultation, traitements). Toutes ces questions devraient être expliquées durant une séance d'orientation à la pratique du cabinet, ainsi que les directives à suivre pour la tenue des dossiers, les procédures administratives et de demande de consultation et le recours au personnel de soutien.

Pour ce faire, le contentieux de l'Ontario Medical Association conseille au remplaçant et au médecin recruteur de signer une entente formelle avant le début de l'affectation (on peut obtenir un tel contrat auprès de ProfessionsSantéOntario²¹). Cette entente devrait énoncer clairement les responsabilités de chacune des parties et préciser la relation entre elles, y compris le but et les conditions de l'entente, les obligations du médecin recruteur, les fonctions du médecin remplaçant et la répartition du produit de la facturation. L'intention est que l'acquiescement des obligations précisées dans l'entente exhaustive assure que chaque partie est bien protégée en cas de litige.

Recommandations

Gardant à l'esprit ces obligations contractuelles, les recommandations suivantes à l'intention du médecin recruteur (**Encadré 1**) et du remplaçant (**Encadré 2**) ont pour but de faciliter des *soins axés sur le cabinet*. À l'instar des considérations pragmatiques dont il est

Encadré 1. Recommandations pour le médecin recruteur

Entrevue d'embauche

- Exigences: S'assurer que le substitut se conforme aux exigences en matière de permis d'exercice et d'assurance médicale
- Références: Vérifier le travail antérieur du substitut, en particulier la satisfaction des patients et sa capacité de travailler avec d'autres membres de l'équipe
- Revue: Vérifier que les 2 parties s'entendent sur tous les points du contrat
- Préparation du personnel: Passer en revue les politiques et les procédures du cabinet avec le personnel et le substitut pour assurer que tous les comprennent de la même façon et les appliquent uniformément

Préparation des patients

- Rappeler au personnel d'avertir les patients quand ils prennent rendez-vous qu'ils verront un remplaçant
- Avertir les patients en situation de crise que vous serez remplacé durant votre absence
- Préparer une liste de patients qui ont des problèmes complexes causant des inquiétudes immédiates (p. ex. patients atteints de démence dont le diabète est sous-optimal et en décompensation à domicile) et une liste de résultats importants en attente (p. ex. biopsie d'une masse au sein, mesure de la gonadotrophine chorionique humaine β chez une patiente à risque d'avortement spontané)

Préparation de l'espace physique

- Assurer un accès facile aux formulaires de demande de consultation
- Dresser la liste des services de spécialistes préférés
- Organiser une brève formation sur les dossiers médicaux électroniques ou sous forme papier, selon le cas
- Passer en revue la façon de communiquer les renseignements sur le suivi

Entrevue de sortie

- Organiser une rencontre pour échanger réciproquement de la rétroaction

question ailleurs²², cette expression concerne l'expérience du médecin qui revient à un cabinet en bon ordre, l'expérience du substitut qui s'intègre dans l'équipe du cabinet, l'expérience du personnel administratif et interprofessionnel de se sentir assisté et l'expérience et la satisfaction des patients en ce qui concerne leurs soins. Un peu de travail préliminaire améliorera l'expérience du remplacement pour toutes les personnes concernées. 🍁

D^{re} Pariser est médecin-chef à l'Équipe de santé familiale de Taddle Creek et professeure adjointe au Département de médecine familiale et communautaire de la University of Toronto en Ontario. **D^{re} Bianucci** est médecin de famille à l'Équipe de santé familiale de Taddle Creek et chargée de cours adjointe au Département de médecine familiale et communautaire à la University of Toronto. **D^{re} Shaw** est médecin de famille à l'Équipe de santé familiale de Taddle Creek et chargée de cours adjointe au Département de médecine familiale et communautaire à la University of Toronto. **D^{re} Chemin** est médecin de famille à l'Équipe de santé familiale de Taddle Creek et chargée de cours adjointe au Département de médecine familiale et communautaire à la University of Toronto. **D^{re} Chow** était médecin remplaçante à l'Équipe de médecine familiale de Taddle Creek.

Encadré 2. Recommandations pour le remplaçant

Observer

- Lire les dossiers de patients pour vous faire une idée de la façon dont sont pris en charge les cas complexes
- Viser un juste équilibre entre votre style de pratique et celui du médecin recruteur

Écouter

- Travailler avec le personnel du cabinet; il connaît la population de la pratique
- Demander au besoin des conseils et des renseignements au personnel administratif, aux médecins et aux autres professionnels de la santé
- Soutenir la relation qu'entretiennent les patients avec leur médecin de soins primaires
- Prendre acte des inquiétudes des patients mais ne pas oublier que la prise en charge des maladies chroniques relève du médecin recruteur (à moins que ce ne soit une affectation à long terme)

Communiquer

- Contribuer activement votre expérience, mais respecter la culture du cabinet
- Informer le médecin recruteur de l'état de santé des patients, en particulier des changements importants comme une hospitalisation; dresser une liste des patients et des résultats à suivre, à court et à long termes

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Pauline Pariser, Taddle Creek FHT, 790 Bay St, Suite 300, Toronto, ON M5G 1N8; téléphone 416 960-1366; télécopieur 416 960-11945; courriel paulinepariscr@sympatico.ca.

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2010 *National Physician Survey*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2010. Accessible à: www.nationalphysiciansurvey.ca. Accédé le 15 juin 2011.
2. Myhre DL, Konkin J, Woloschuk W, Szafran O, Hansen C, Crutcher R. Locum practice by recent family graduates. *Can Fam Physician* 2010;56(5):e183-90. Accessible à: www.cfp.ca/content/56/5/c183.full.pdf+html. Accédé le 22 octobre 2012.
3. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2007 *National Physician Survey*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2007. Accessible à: www.nationalphysiciansurvey.ca. Accédé le 15 juin 2011.
4. Alonzo AA, Simon AB. Have stethoscope, will travel: contingent employment among health care providers in the United States. *Work Employ Soc* 2008;22(4):635-54.
5. Darves B. *Locum tenens: lifestyle opportunities attracting more physicians*. Waltham, MA: Massachusetts Medical Society; 2009. Accessible à: www.nejmcareercenter.org/article/98/locum-tenens-lifestyle-opportunities-attracting-more-physicians/. Accédé le 7 septembre 2011.
6. Simon AB, Alonzo AA. The demography, career pattern, and motivation of locum tenens physicians in the United States. *J Healthc Manag* 2004;49(6):363-75.
7. Lowes R. Locum tenens: when you need one, how to get one. *Med Econ* 2007;84(9):38-45.
8. Maniscalco MM. A physician's guide to working as a locum tenens. *J Am Board Fam Pract* 2003;16(3):242-5.

9. National Association of Locum Tenens Organization [site web]. Altamonte Springs, FL: National Association of Locum Tenens Organization; 2011. Accessible à: www.nalto.org. Accédé le 7 septembre 2011.
10. National Association of Sessional GPs. *Locum GPs: the skills we need and how to achieve them*. West Sussex, UK: National Association of Sessional GPs; 2010. Accessible à: www.nasgp.org.uk/locum/skills/index.htm. Accédé le 22 octobre 2012.
11. Fox J. A study of non principals in Mersey Deanery. *Educ Gen Pract* 1999;10:359-60.
12. National Association of Sessional GPs. *Non-principal general practitioners: a NHS resource*. West Sussex, RU: National Association of Sessional GPs; 1999. Accessible à: www.nasgp.org.uk/news/np_resource.htm. Accédé le 22 octobre 2012.
13. French F, Andrew J, Awramenko MA, Coutts H, Leighton-Beck L, Mollison J et collab. General practitioner non-principals benefit from flexible working. *J Health Organ Manag* 2005;19(1):5-15.
14. Dyer C. Locum GP from Germany is struck from medical register. *BMJ* 2010;340:c3326.
15. Godlee F. Time to face up to the locums scandal. *BMJ* 2010;340:c3519.
16. Christie B. Scotland needs tighter controls on locum doctors, audit shows. *BMJ* 2010;340:c3308.
17. Warden J. Crackdown on locum doctors announced. *BMJ* 1997;315:501.
18. Smith J. Tighter scrutiny for hospital locums. *BMJ* 1995;310(6973):150.
19. *Marian v. Warburton*. (1988), S.J. No. 19. Q.B. No. 1444 of 1987. (JCS).
20. *Rothwell et al v. Raes et al.* (1988), 660 R (2d) 449. O.J. No. 1847. (Ont HC).
21. ProfessionsSantéOntario. *Physician locum guidelines and FAQs for recruiters*. Toronto, ON: Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario; 2006. Accessible à: www.healthforceontario.ca/ru/pdfs/RU_Locum.pdf. Accédé le 22 octobre 2012.
22. Tepper J. Locum tenens. Having a win-win experience. *Can Fam Physician* 2003;49:1179-80.

* * *

ROBIN Anthony : Le ressenti et les attentes du médecin généraliste vis-à-vis de son remplaçant.

Nbr f. 86 ill. tab. 1

Th. Méd : Lyon 2016 n°

Résumé :

Introduction : Confier sa patientèle à un autre médecin peut être angoissant. Les attentes du médecin remplacé sont difficiles à exprimer et à communiquer à son confrère. L'objectif de l'étude était d'étudier le ressenti et les attentes du médecin généraliste vis à vis de son remplaçant.

Méthodes : 11 entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de médecins généralistes installés en région Lyonnaise.

Résultats : Il reste difficile de se faire remplacer, le médecin généraliste faisant parfois appel à des remplaçants inconnus. L'évaluation du remplaçant lors du premier rendez-vous est limitée, basée sur le relationnel, et non sur les compétences médicales. Cette évaluation est ensuite confrontée au retour subjectif des patients et au dossier médical. Le remplacement est vécu avec confiance et sérénité. La compétence du remplaçant étant supposée, la principale attente reste le relationnel avec les patients. Certains praticiens attendent du remplaçant un mimétisme portant sur les prescriptions, la durée des consultations et le relationnel avec les patients. A l'opposé, pour d'autres médecins, le remplaçant est compétent, responsable et libre de ses prescriptions. Les attentes du remplacé sont rarement exprimées au remplaçant par manque de temps, respect et crainte de rebuter le remplaçant. La relation entre les deux médecins est confraternelle et bienveillante. Le remplacé apprécie le regard neuf sur ses patients et sa pratique le poussant à se remettre en question et à s'améliorer.

Conclusion : Il faut renforcer la communication entre remplacé et remplaçant en proposant un guide de bonnes pratiques mutuelles et en insistant sur l'importance d'une nouvelle rencontre à l'issue du remplacement.

MOTS CLES : Remplaçant - Ressenti des médecins généralistes - Attentes des médecins généralistes -

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Membres : Monsieur le Professeur Cyrille COLIN

Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE

Madame le Docteur Sylviane BIOT LAPORTE

Monsieur le Docteur Bruno SOYRIS

DATE DE SOUTENANCE : 8 Mars 2016

Adresse de l'auteur :

16 Rue d'Algérie 69001 Lyon
rob.anthony@hotmail.fr