



HAL
open science

Mise en relation d'un médecin généraliste installé et d'un médecin généraliste remplaçant : quels critères favorisent le bon déroulement d'un remplacement ? : réalisation d'une revue de la littérature

Thomas Alzati

► To cite this version:

Thomas Alzati. Mise en relation d'un médecin généraliste installé et d'un médecin généraliste remplaçant : quels critères favorisent le bon déroulement d'un remplacement ? : réalisation d'une revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03298575

HAL Id: hal-03298575

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298575>

Submitted on 18 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Mr ALZATI Thomas

le 20 Novembre 2019

**MISE EN RELATION D'UN MEDECIN GENERALISTE INSTALLE ET D'UN MEDECIN
GENERALISTE REMPLACANT : QUELS CRITERES FAVORISENT LE BON
DEROULEMENT D'UN REMPLACEMENT ?**

REALISATION D'UNE REVUE DE LA LITTERATURE.

Membres du jury :

- Président :

Mr le Professeur Jean-Luc OLIVIER.

- Juges :

Mr le Professeur Marc DEBOUVERIE.

Mme la Professeure Laure JOLY.

Mme la Docteure Christelle KAISER (Directrice de thèse).



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne
Pr Laure JOLY**

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS –
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER –
Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD –
Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY –
Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI –
Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT –
Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –

Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –

Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2° sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE –

Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2° sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (Immunologie)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4° sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI

2° sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (Neurochirurgie)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteure Kénora CHAU

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996) *Université de
Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

Au président du jury de thèse,

Monsieur le Professeur OLIVIER JEAN-LUC, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Biochimie et Biologie Moléculaire.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet et je suis sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ce jury.

En espérant que vous puissiez trouver dans ce travail, ma reconnaissance et l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur DEBOUVERIE MARC, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Neurologie.

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de faire partie de mon jury de soutenance.

Veillez trouver ici, toute ma reconnaissance ainsi que l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Madame la Professeure JOLY LAURE, Professeure des Universités – Praticien Hospitalier de Gériatrie.

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger mon travail.

Veillez trouver ici, toute ma reconnaissance ainsi que l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Madame la Docteure KAISER CHRISTELLE, Chef de Clinique des Universités au Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy.

Je vous remercie d'avoir accepté la direction de ce travail.

Je suis extrêmement reconnaissant pour votre disponibilité, votre réactivité, votre écoute attentive, vos conseils avisés ainsi que votre soutien, tout au long de l'élaboration de ce travail.

Veillez trouver ici, ma plus profonde gratitude ainsi que l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Au personnel médical, paramédical et administratif des services :

- de cardiologie de l'hôpital de Saint-Dié-des-Vosges : Dr Bourlon, Dr Bragard, Dr Retournay, Dr Manova.

- de médecine interne de l'hôpital de Sarrebourg : Dr Franquet, Dr Grillat, Dr Jouin, Dr Blanchot.

- d'accueil des urgences, du SAMU, du SMUR et de l'UHCD du CHU de Nancy

- de pédiatrie de l'hôpital de Saint-Dié-des-Vosges : Dr Trévisan, Dr Sipos, Dr Hachani.

Aux différents médecins généralistes des stages praticiens :

- les Dr Curien, Dr Petit et Dr Rémy, merci de m'avoir fait découvrir votre pratique de la médecine générale, et la médecine générale tout simplement.

A mes co-internes et collègues de stage :

A Florian, merci d'avoir été à mes côtés lors de notre premier stage, nous avons partagés nos craintes et nos réussites, ainsi que le nettoyage de notre luxueuse chambre équipée de son magnifique sabot ! Merci pour ta gentillesse, ton aide, ton soutien et ta bonne humeur.

A Aurore, merci pour ton soutien, ton sens de l'organisation et ta bonne humeur.

A toute l'équipe des « expandables » :

- Marco (et son 36^{ème} BIM) qui a effectué un travail acharné durant son stage (c'est la « blanlette » hein)
- le grand Baptiste et sa Watrinette, ainsi que son bon goût pour le champagne
- le petit Baptiste (surnommé l'Espagnole) qui est effectivement petit et dont le baby-foot reste une vague expérience, pas grand-chose à dire de plus
- Anthony, le réanimateur du 52 et ses coups de gueule tous mignons
- Yann, le plus assidu de tous, toujours des choses à faire pour les patients
- Yanis et François, Mario Kart n'a aucun secret pour vous
- Florin, ton rire inimitable et ton humour ont dépassés les frontières de l'Allemagne

Merci à tous pour votre bonne humeur, pour l'entraide dont nous avons pu faire preuve, de votre tolérance envers ma gestion du planning de garde. Je garde un très bon souvenir de ce stage en Allemagne, en partie, grâce à vous.

A mes co-internes des stages d'urgences et de pédiatrie...

A ceux que je peux avoir oublié, merci pour votre bonne humeur et votre sympathie.

Aux Amis :

A Florian, Tiphaine et Baptiste : oui, il y avait une vie après l'hôpital. Aux quelques soirées que nous avons pu passer ensemble à discuter sur notre pauvre petit sort d'interne, à la quantité considérable de houblons associée à ce triste sort, aux quelques parties de jeux vidéos et j'en oublie surement...

Que se furent de bons moments.

Au plaisir de se revoir par la suite ...

Aux soirées chez Marco et ses parties de jeux vidéos endiablées, toujours en toute sobriété pour discuter de son 36^{ième} BIM.

A Sylvie, les girafes ont un cœur et tu en es un exemple concret, merci pour ton soutien.

A Isabelle, merci pour ton soutien, ton professionnalisme dans la relecture de mon manuscrit. Mais ce je préfère chez toi, c'est ton amour pour les fines bulles !

A Anna, merci pour ton soutien, ta bonne humeur, ta sagesse et ton ouverture d'esprit. Ce que je viens de vivre semble prouver une chose : même un projet qui semble insurmontable peut, à force de persévérance, de bonnes énergies et de bonnes bières, se concrétiser. Il faut juste réussir à garder espoir ! Alors Anna, gardons espoir...

A Yann et Olivia, mais surtout Yann (moi aussi je t'aime Olivia !), pour ces sympathiques soirées, à boire du « bon poison » (encore un sale coup d'Olivia), merci pour votre gentillesse (enfin surtout Yann), pour les bonnes pizzas (de Yann bien évidemment), pour votre altruisme et pour vos petites pensées régulières. Soyez heureux !

A Jenny et Dom, pour ces soirées endiablées, à danser tel Beyoncé et à faire des courses de tracteurs (on parle bien de jouets là).

A Isabelle et Olivier, de nous avoir invité à tenter d'aller toucher les étoiles (bon il reste encore quelques petits mètres à parcourir), merci pour ces belles sorties, pour votre bonne humeur, pour les tournées de bière, pour l'ambiance en refuge, pour les chansons d'Olivier (de vrais poèmes romantiques !!)

A Morticia, euh que dis-je, Athalie, merci pour ton soutien (# c'est normal, je suis une fille trop cool, c'est moi la plus belle d'abord, d'ailleurs, je vais me faire un petit selfie bouche de canard), pour ta bonne humeur (# je suis trop déprimée et vous pouvez pas comprendre...OK) et surtout pour ton rire. Je te souhaite une vie remplie de bonheur, tu le mérites, car ta mère n'a pas été un cadeau pendant toutes ces années.

A Canelle, probablement ma fille spirituelle, tu es belle, gentille, intelligente, toujours de bonne humeur, mon double au féminin en fait... Tu as beaucoup de qualités, aucun défaut, ne te laisse pas intimider par la jalousie des autres. J'ai vécu cela, ça pique un peu au début mais après, ça passe. Merci pour ton soutien et ton aide précieuse dans la relecture de mon manuscrit. Pour toi aussi, je te souhaite une vie remplie de bonheur car, toi aussi, ta mère n'a pas été un cadeau pendant toutes ces années.

A Pascal (dit Pascalou, le Major) et Christiane (..... la petite dame, c'est plus fort que moi, je n'ai pas pu m'en empêcher), merci pour votre soutien, votre bonne humeur, votre amabilité et pour votre accueil toujours aussi chaleureux, que ce soit en campagne ou au bord de l'eau. Ne changez pas...

Dans un monde utopique, où l'Homme côtoie des Licornes, je dirais : « je remercie Christelle d'exister et d'illuminer ma misérable vie. Merci de m'avoir soutenu tout au long de ce travail, merci d'avoir soutenu ton amie, lors de mes petits changements d'humeur. Après tout, je ne suis qu'un homme, faible. Merci d'avoir participé à la relecture de mon manuscrit. Nos discussions et ton ouverture d'esprit mon permis d'avancer sereinement. Je ne peux que te souhaiter un immense bonheur pour toi et les personnes que tu aimes. »

Note très importante de l'auteur : ce monde utopique N'EXISTE PAS au moment de la rédaction de ce remerciement.

A tous ceux que j'oublie et qui se reconnaîtront, merci...

A ceux qui sont là sans être là :

A Gilles ou Gigi, Mosellan pur souche, j'ai tout de même réussi à t'emmener en plein centre de Nancy, le temps d'un soir. Je n'oublie pas ta gentillesse, ta bonne humeur, ton rire communicatif ainsi que ton plaisir des choses bonnes et simples.

A Laurence ou Lolotte, j'ai découvert l'océan, que je ne connaissais pas, cela m'a permis de me ressourcer en présence de tes proches, cela m'a aidé à faire le plein de bonnes énergies, essentielles pour tenir le coup pendant la rédaction de ce travail. Merci.

A mon grand-père Roméo (merci pour le chewing-gum) et à ma grand-mère Marie-Thérèse.

A mon grand-père Paulux et à ma grand-mère Anne-Marie (qui avait bien compris que son gendre n'avait besoin de rien et c'est toujours le cas aujourd'hui)

A mon oncle Guy (merci pour la peluche qui à veillée sur moi de nombreuses nuits)

A mon oncle René (merci pour ta bonne humeur, et pour ces choses simples de la vie)

A Carine, ma grande sœur, j'ai toujours cette conviction que, de là-haut, tu guides mes pas et tu écarter de mon chemin les dangers incessants de la vie. Tu veilles ainsi sur moi et sur notre famille, tel un ange-gardien. Je ne peux qu'être éternellement reconnaissant de ce que tu fais pour moi et ce, depuis des années.

A la famille :

A Gérard, Michelle, Jean-Michel, Julie, Rosy, David, Nathalie, Emma, Romane, Valérie, Nuno, pour votre soutien, merci.

A Georgette, une belle-mère comme il semble ne pas y en avoir assez. Vous m'avez accepté sans préavis. Une première rencontre sous le signe d'une bataille de « nerf » (pan pan). Merci pour votre gentillesse, votre altruisme. J'aime partager avec vous des moments simples de la vie. En espérant partager des moments similaires pour les décennies à venir. Promis, on va la faire cette montée du Donon.

A Bernard, ou Bernardo, cher Maître, même avec la tête dans le guidon, merci pour ton précieux investissement dans la préparation de ma soutenance.

A Julien (ou Juju) et Laeticia (ou Titoune), merci pour votre soutien et vos petites pensées durant ce travail. C'est un plaisir de se revoir à chacune de nos descentes dans le sud ou bien lors de chacune de vos montées en Lorraine ! Le magret est toujours bon (oui je l'aime trop cuit, c'est vrai), Neuneu a de plus en plus d'ecchymoses (ben, quand on aime sa belle-sœur Juju, faut bien le lui montrer, pas vrai ?!), les soirées sont toujours bien arrosées, le paintball et le babyfoot vont devenir une tradition. Les choses simples qui procurent des bonheurs simples. En espérant que cela ne s'arrête pas.

A Théoden, les mathématiques, c'est fantastique. Merci pour ton soutien, ta patience et ta tolérance, je ne peux te souhaiter que des choses simples et la réussite dans tout ce que tu entreprendras (vélo, moto, surf, ascension des plus hauts sommets de la planète : les seven summits, et surtout, devenir rentier !!! Pas besoin de bosser, le rêve !)

A Charly et Loucas (ou Pif et Hercule), merci pour votre soutien, votre patience et votre tolérance, l'on oublie souvent son âme d'enfant en vieillissant, vous m'avez permis de regouter à cela. Faites ce que vous aimez (enfin, pas trop de bêtises non plus, faut pas déconner). Je ne peux vous souhaiter que de la réussite dans vos années à venir.

A Marine (ou Neuneu), merci pour ton soutien, ta bonne humeur. J'ai apprécié discuter avec toi pendant des heures (surtout de la politique française !). C'est tellement enrichissant. En espérant pouvoir continuer de prendre soin de toi avec ton autre beau-frère toulousain préféré, et ce, pendant des décennies (car je sais que tu adores cela). Je te souhaite, Neuneu, de réussir dans tout ce que tu entreprendras.

A mes Parents, vous m'avez toujours soutenu sans poser de questions depuis le début de mes études... et même bien avant. Vous avez su m'enseigner, depuis toujours, de nobles valeurs qui ont fait de moi une personne humaine, élément essentiel à la pratique de la Médecine. En espérant vous rendre fière, aujourd'hui et dans l'avenir. La fin de cette aventure nous permet de commencer un nouveau chapitre, profitons de temps passés ensembles pour les décennies à venir. Je t'aime Papa, je t'aime Maman.

A Eliot, ma petite bête des Vosges, déjà deux ans que tu es parmi nous. Deux ans que ma vie a changée, moi qui ne me voyait pas être père un jour. Tu as dû sentir mon stress et tu sembles t'être adapté spontanément à ma personnalité. Tu es une vraie pile électrique mais tu es un Amour au quotidien (malgré ton caractère de cochon !!). Nous allons pouvoir passer plus de temps ensemble à apprendre, découvrir, jouer et j'en passe. Aux décennies de bonheur à venir (ou pas !). Je t'aime...

A la plus belle, ma Zoupette d'Amour. Si il y a quelqu'un, une personne qui est bien là, avec moi, depuis le début, c'est bien toi. Si il y a bien quelqu'un, qui a toujours cru en moi, c'est bien toi. Si il y a bien quelqu'un qui aurait été prêt à changer de vie pour moi, c'est bien toi. Un simple merci n'est pas suffisant pour toutes les choses que tu as faites pour moi depuis bientôt cinq ans. Tu supportes mes humeurs, mes hauts, mes bas, tu es là, quoi qu'il arrive, dans le meilleur comme dans le pire (tiens, j'ai déjà entendu ça quelque part... mais je sais plus où !!!). J'espère que tu arriveras à trouver en ce travail, l'une des plus belles preuves d'Amour que je puisse t'offrir. A tous ces moments que nous avons passés ensembles... et à tous ceux que nous allons passer ensembles, dans les prochaines décennies. A deux, c'est mieux... JE T'AIME...

SERMENT

«**A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque».

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	18
INTRODUCTION	19
METHODE.....	23
RESULTATS.....	28
DISCUSSION	35
CONCLUSION.....	50
ANNEXE	56

ABREVIATIONS

- WONCA EUROPE : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians - EUROPE
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- DES : Diplôme d'Études Spécialisés
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
- PRISMA(-P) : Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols
- SUDOC : Système Universitaire de DOcumentation
- BDSP : Banque de Données en Santé Publique
- LiSSa : Littérature Scientifique de Santé
- MeSH : Medical Subject Headings
- PEB : Prêt Entre Bibliothèques
- MSU : Maitre de Stage des Universités
- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- SMUR : Service Mobile d'Urgences et Réanimation

INTRODUCTION

Dans le système de soins français, un médecin généraliste est un médecin qui consacre son activité à l'ensemble des maladies, sans distinction d'âge ni d'organe (1).

En Europe, d'après l'association « WONCA EUROPE » (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians EUROPE), la médecine générale – aussi nommée médecine de famille – est une discipline scientifique et universitaire. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires (2).

Cette même association définit 11 caractéristiques de cette discipline. Parmi ces caractéristiques, nous pouvons citer de façon non exhaustive:

- c'est le premier contact avec le système de soins.
- elle permet un accès ouvert et non limité des usagers.
- elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé.
- elle coordonne les soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et le recours aux spécialistes.
- elle gère des problèmes de santé aigus et chroniques.
- elle a une responsabilité spécifique de santé publique.
- elle répond aux problèmes de santé dans leur dimension physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.
- elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

Nous pourrions aussi retrouver tout ou partie de ces caractéristiques dans le Code de Santé Publique, article L4130 – 1 qui va définir, en France, les missions du médecin généraliste de premier recours.

En France, le médecin généraliste a donc un rôle central au sein du système de soins.

Au 1^{er} janvier 2018, la France recense 296 755 médecins inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins (toutes spécialités confondues), soit 2% de plus qu'en 2017 et 13,5% de plus qu'en 2010 (3). Néanmoins, l'évolution des effectifs de médecins inscrits montre des différences au niveau des différents départements.

L'âge moyen des médecins inscrits au tableau est de 57,1 ans.

Concernant la médecine générale, au 1^{er} janvier 2018, l'Ordre recense 87 801 médecins généralistes en activité régulière, tous modes d'exercice confondus, soit une diminution de 0,4% en 1 an et de 7% depuis 2010.

Selon des projections, la tendance est à une poursuite de la baisse jusqu'en 2025.

L'âge moyen des médecins généralistes est de 50,6 ans.

Actuellement, les médecins (toutes spécialités confondues) âgés de plus de 60 ans représentent 45,1% des inscrits et ceux de moins de 40 ans 17,6%.

Il existe un vieillissement de la population médicale française depuis plusieurs années et les médecins généralistes n'y échappe pas.

Il existe une féminisation des jeunes médecins généralistes en activité régulière, elles représentent 48,2% des effectifs, en augmentation de 9% depuis 2010.

Une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) de 2012 montre que les femmes travaillent 10% de moins que les hommes par semaine, effectuent moins de consultations et visites annuelles. La durée moyenne de consultation est de 2 minutes plus importante chez les femmes que chez les hommes. Il existe donc, a minima, une différence de pratique et d'organisation de la médecine générale entre hommes et femmes (39) qui ne peut pas être ignorée.

Au 1^{er} janvier 2018, 56% des médecins généralistes ont une activité régulière, 7% ont une activité mixte, 37% ont une activité salariée.

Enfin, concernant les premières inscriptions à l'ordre (toutes spécialités confondues), 62% se font en régime salarié, 23% en tant que remplaçant et 12% en régime libéral.

Concernant les médecins remplaçants (actifs non retraités et actifs retraités), toutes spécialités confondues, il en était recensés 12 011 au 1^{er} janvier 2017 (pas de statistiques disponibles dans le dernier Atlas du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) de 2018) (4).

L'âge moyen est de 49 ans et le rapport homme / femme est de 50 / 50.

Pour les actifs non retraités, l'âge moyen est de 44 ans avec un effectif représenté à 58% par des femmes et 43% de ces femmes sont âgées de 34 ans ou moins.

66,8% de ces remplaçants sont spécialistes en médecine générale.

Entre 2010 et 2017, les effectifs ont augmenté de 24,6% et cette augmentation devrait probablement continuer dans l'avenir, selon les projections statistiques, jusqu'en 2025.

Au 1^{er} janvier 2015, l'atlas démographique du CNOM recensait 8961 médecins remplaçants actifs (5).

68,3% étaient spécialistes en médecine générale.

Pour ces derniers, 61% de l'effectif était représenté par des femmes et 70% de ces femmes étaient âgées de moins de 40 ans.

Dans cet atlas, le CNOM s'est aussi intéressé à une catégorie précise de remplaçants que sont les étudiants remplaçants donc non inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins.

Sur l'année 2014 et sur la base ordinale de 53 conseils départementaux (donc non exhaustif), il a été délivré 10 872 licences (première attribution et renouvellement).

L'âge moyen de ces remplaçants est de 30 ans.

Sur ces 10 872 licenciés, 61,1% sont des femmes.

66,5% de ces licences ont été délivrées à des étudiants en médecine générale.

Enfin, dans l'atlas du CNOM de 2011, il est noté que le nombre de médecins remplaçants (toutes spécialités confondues) a augmenté ses effectifs de 600% entre 1980 et 2010 (6).

Nous avons noté ci-dessus que l'une des caractéristiques du médecin généraliste, médecin de famille, définie par l'association WONCA EUROPE, est d'assurer au patient une continuité des soins.

Nous retrouvons aussi ce principe dans le Code de Déontologie Médical, article 48, ainsi que dans l'article R.4127-47 du Code de la Santé Publique : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée..... s'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la suite des soins. » (7)(8)

Enfin, l'article L.6315-1 du Code de la Santé Publique dit : « 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. » (8)

Ces différents articles montrent donc que le médecin a le devoir d'assurer au mieux la continuité des soins sans que cela ne l'oblige à se trouver un remplaçant.

Cependant et en ce qui concerne la médecine générale, le maintien de cette continuité des soins est le premier motif qui conduit le médecin installé à rechercher un remplaçant lors d'une période d'absence (9). Le remplacement permet ainsi d'éviter un surplus de travail chez un confrère (21)(22).

Cet exercice du remplacement est régi légalement par les articles 65 et 91 du Code de Déontologie Médicale figurant aussi dans le Code de Santé Publique sous les numéros d'articles R.4127-65 et R.4127-91 (7)(8).

Un médecin généraliste indisponible ne peut se faire remplacer que temporairement afin d'assurer la continuité des soins :

- soit par un médecin titulaire de la même qualification/spécialité inscrit au tableau de l'Ordre ou inscrit comme prestataire de service.
- soit par un étudiant en médecine remplissant les conditions légales (article L.4131-2 du Code de Santé Publique) et titulaire d'une licence de remplacement dans la discipline exercée par le médecin remplacé.

Dans le cadre de la médecine générale, l'étudiant en médecine doit être inscrit en DES (Diplôme d'Etudes Spécialisés) de médecine générale et doit avoir validé au moins 3 semestres de stage d'internat dont celui chez un praticien (article D4131-1, annexe 41-1 du Code de Santé Publique) (8).

A noter que la rédaction d'un contrat de remplacement est obligatoire.

Au vu des quelques informations démographiques citées en début d'introduction (diminution de 7% du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010, augmentation très importante du nombre de médecins remplaçants de 600% depuis 1980 dont quasiment 70% de spécialistes en médecine générale), nous pouvons supposer que la recherche d'un médecin remplaçant en médecine générale et l'organisation de la continuité des soins du patient est simple pour le médecin généraliste installé.

Des études sur ce sujet ont été réalisées en France dans différentes régions et, paradoxalement, ces dernières mettent en évidence une difficulté importante pour les médecins généralistes installés à trouver un médecin remplaçant (9)(10)(11)(12).

De ce fait, ces études ont aussi mis en évidence la modification progressive et parfois contrainte des habitudes de travail des médecins installés afin, pour ces derniers, de tenter d'augmenter leur attractivité et ainsi leurs chances de trouver un médecin remplaçant, dans des délais parfois restreints, et de permettre de maintenir une continuité des soins.

Parfois, et malgré les efforts de ces médecins généralistes, certains sont obligés de fermer leur cabinet contre leur volonté faute de trouver un médecin remplaçant. Enfin, certains, pour les raisons citées ci-avant, ne ferment pas leur cabinet et ne s'autorisent pas de congés, au détriment de leur vie personnelle.

Il existe donc une démarche forte des médecins généralistes installés à vouloir assurer une continuité des soins à leurs patients.

La première étape logique de cette démarche est la recherche d'un médecin remplaçant. Or, les médecins interrogés dans ces études mettent en évidence la difficulté même de cette première étape et dénoncent l'absence d'un site unique et officiel qui serait censé, selon ces derniers, faciliter cette démarche de recherche (10)(11).

Face à une obligation légale de maintenir une continuité des soins et face à l'investissement des médecins généralistes dans cette démarche, nous pouvons alors nous poser les questions suivantes :

- est-ce que la connaissance des attentes du médecin installé et du médecin remplaçant peut favoriser le bon déroulement d'un remplacement ?
- est-ce que la mise en place ou l'adaptation d'un site ; qui serait unique et officiel ; prenant en compte ces mêmes attentes, permettrait de favoriser la réussite de la recherche d'un remplaçant ?

Au final, dans le cadre de la mise en place d'un remplacement en médecine générale ; visant à assurer légalement une continuité des soins aux patients ; l'objectif principal de notre étude est de lister les attentes respectives des médecins installés et des médecins remplaçants connues dans la littérature.

Les résultats de cette étude pourront potentiellement être utilisés afin d'élaborer un outil qui favorisera la prise de contact entre médecins installés et médecins remplaçants, ainsi que la mise en place et le bon déroulement d'un remplacement.

METHODE

La méthode de recherche que nous avons utilisé est une revue de la littérature. Nous avons choisi cette dernière car plusieurs études (de type qualitative ou quantitative) avaient déjà été réalisées à différents niveaux géographiques (départemental – régional – national) en France.

Pour réaliser au mieux cette étude, nous avons utilisé le guide de rédaction PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis) de GEDDA .M (13).

Afin de nous aider dans la réalisation de cette revue de littérature, nous avons défini avec l'aide d'une bibliothécaire ; le 4 décembre 2018 ; une équation de recherche adaptée pour chaque base de données en nous appuyant sur l'objectif de l'étude. Nous avons à cette occasion défini les bases de données utiles à notre recherche.

Ces dernières sont :

- PubMed / Medline
- SUDOC (Système Universitaire de Documentation)
- ULysse (moteur de recherche de la documentation de l'Université de Lorraine)
- BDSP (Banque de Données en Santé Publique)
- LiSSa (Littérature Scientifique de Santé)

La création de l'équation de recherche s'est basée sur l'utilisation de deux concepts :

- le concept de médecine générale
- le concept de remplacement

Ces deux concepts ont été classés et détaillés dans un tableau afin de favoriser l'écriture de l'équation de recherche (Tableau 1)

(Tableau 1 : tableau d'organisation des mots-clés en équation de recherche)

← ET (AND) →			
	CONCEPTS	REPLACEMENT	MEDECINE GENERALE
↑ OU (OR) ↓	MOT-CLE MeSH (Medical Subject Headings) FRANCAIS	remplacement professionnel	médecine générale médecins généralistes
	SYNONYMES FRANCAIS	suppléance intérim échange roulement succession médecin remplaçant remplacement médical	médecine généraliste MG médecine familiale généraliste médecin traitant praticien généraliste omnipraticien
	MOT-CLE de la BDSP	remplacement professionnel	médecine générale
	MOT-CLE MeSH ANGLAIS		general practice general practitioners
	SYNONYMES ANGLAIS	substitute locum locum tenens locum doctors	general practice physicians

Nous avons aussi utilisé la troncature afin de faciliter notre recherche (médecin*, général*, remplac*, professionnel*)

Enfin, lors de chaque recherche dans chacune des bases de données concernées et si cela était possible, nous avons utilisé la méthode de recherche de type « recherche avancée ».

La recherche bibliographique a débuté le 8 décembre 2018 et s'est terminée le 1^{er} février 2019.

Aucune limite de date de publication dans le champ de recherche n'a été définie.

Nous avons défini des critères d'inclusion qui sont les suivants :

- médecins exerçant la spécialité médecine générale
- médecins exerçant une activité libérale ambulatoire exclusive ou majoritaire
- médecins exerçant au sein du système de soins en France
- médecins installés
- médecins remplaçants thésés et non thésés
- publications en langue Française

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- médecins exerçant une autre spécialité que la médecine générale
- médecins n'exerçant pas une activité libérale
- médecins exerçant hors du système de soins français
- publications hors langue française

[- Recherche dans la base de données Medline via le moteur de recherche PubMed.](#)

Nous avons utilisé l'équation de recherche en mode de recherche « avancée ».

L'équation de recherche était la suivante :

(((substitute[Title/Abstract] OR locum[Title/Abstract]) OR locum doctor*[Title/Abstract]) OR locum tenen*[Title/Abstract])) AND ((« General Practice »[Mesh]) OR « General Practitioners » [Mesh])*

Les mots-clés non MeSH ont été recherchés uniquement dans les champs de « titres et résumés » des documents de la base de données.

Les mots-clés MeSH ont été utilisés pour le concept « médecine générale »

[- Recherche dans la base de données du SUDOC.](#)

Nous avons utilisé l'équation de recherche en mode de recherche « avancée ».

L'équation de recherche était la suivante :

(medecin general*) ET (remplac* OU (remplac* professionnel*))*

La recherche se faisait au niveau du champ « tous les mots » des documents disponibles dans la base de données.

Nous avons utilisé la possibilité d'effectuer une recherche en mots-clés MeSH Français uniquement avec le moteur de recherche du SUDOC.

[- Recherche dans la base de données de la Ulysse.](#)

Nous avons utilisé l'équation de recherche en mode recherche « avancée ».

L'équation de recherche était la suivante :

(medecin général* OR medecin* famil* OR generalist* OR medecin* traitant* OR omnipraticien* OR praticien* general*) AND (remplac* OR remplac* professionnel* OR rempla* medical*)*

La recherche se faisait dans le champ « tout le document » des documents de la base de données.

- Recherche sur la base de données de la BDSP.

Nous avons utilisé l'équation de recherche en mode de recherche « avancée ».

L'équation de recherche était la suivante :

(rempla* professionnel*) ET (medecin* général*)

Nous avons utilisé la possibilité d'effectuer une recherche en mots-clés MeSH Français uniquement avec le moteur de recherche de la BDSP.

Nous avons réalisé la recherche dans le champ « tous les champs » des documents disponibles sur la base de données.

- Recherche dans la base de données LiSSa.

Nous avons utilisé l'équation de recherche en mode de recherche « avancée ».

L'équation de recherche était la suivante :

(rempla* professionnel*) ET (medecin* général*)

Nous avons utilisé la possibilité d'effectuer une recherche en mots-clés MeSH Français uniquement avec le moteur de recherche de LiSSa.

Nous avons réalisé la recherche dans le champ « titre, mots-clés et résumé » des documents disponibles sur la base de données.

La recherche et la sélection des articles ont été réalisées par un seul chercheur (qui est l'auteur) dans notre étude. Lorsqu'un doute pouvait se présenter à lui sur la sélection d'un article, ce dernier demandait avis à sa directrice de recherche.

L'extraction des données des articles a été réalisée librement par l'auteur.

RESULTATS

Nous avons totalisé 1200 résultats de recherches

Sur ces 1200 résultats, il en a été exclus 1077 (89,75%).

Il a donc été inclus après première lecture du titre et du résumé (lorsque ce dernier était disponible sur la base de données) 123 résultats (10,25%).

Nous avons ensuite effectué une recherche de doublons et nous avons retrouvé et retiré 31 doublons.

Il nous reste donc au final 92 résultats : 31 sur lecture du titre seul et 61 sur lecture du titre et du résumé.

Sur ces 92 résultats, 35 seulement étaient accessibles directement sur internet.

Le reste des résultats a fait l'objet d'une demande de prêt :

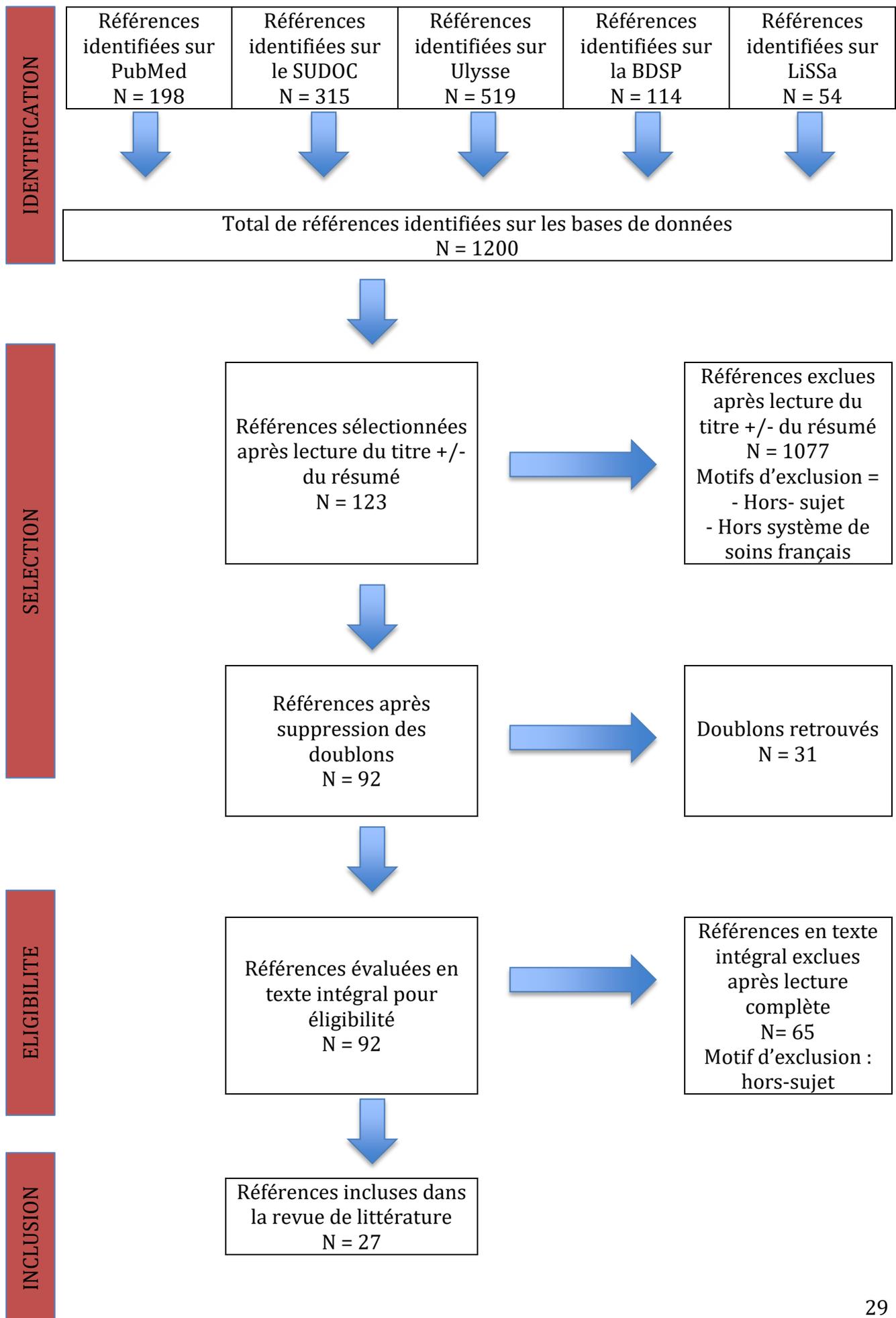
- directement auprès de la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Nancy pour les articles de la base de données « Ulysse ».
- indirectement via une demande de Prêt Entre Bibliothèques (PEB) pour les articles issus d'une autre université que celle de Lorraine.

Après obtention et lecture complète des 92 résultats:

- 65 résultats ont été définitivement exclus car hors-sujet.

→ 27 résultats ont donc été définitivement retenus pour être inclus dans notre étude.

Concernant le motif le plus fréquent d'exclusion des résultats; le hors-sujet; il concernait pour nos résultats de recherche des articles qui ne traitaient pas du remplacement.



- Difficultés ressenties par le médecin généraliste dans la recherche d'un remplaçant.

La notion de difficulté revenait souvent dans nos sources. Cette dernière étant en lien avec le sujet de notre étude, nous avons détaillé quelques résultats qui semblaient intéressants pour le contexte, et pertinents en terme de piste d'amélioration.

Les tendances qui ont pu être mises en évidence dans notre étude vis-à-vis des difficultés ressenties par les médecins généralistes installés dans la recherche d'un remplaçant sont les suivantes :

- les médecins MSU (Maitre de Stage des Universités) ressentiraient moins de difficultés (11)(16)(18)(19)(20)(28).

- les médecins faisant appel régulièrement au même remplaçant ressentiraient moins de difficultés (11)(18)(19).

- les médecins exerçant en groupe ressentiraient moins de difficultés (21)(22).

- les médecins exerçant avec un secrétariat ressentiraient moins de difficultés (18)(20).

- les médecins souhaitant un remplacement hors vacances scolaires ressentiraient moins de difficultés (11)(12)(18)(19)(20)(21)(22).

- les médecins n'ayant pas un délai de recherche de remplaçant trop bref ressentiraient moins de difficultés (11)(19).

- les médecins n'ayant pas de visite ou peu de visites ; et bien intégrées au planning de consultations ; ressentiraient moins de difficultés (19).

- les médecins ne travaillant pas tous les jours ouvrables ressentiraient moins de difficultés (20).

- les médecins ayant une certaine flexibilité concernant le planning journalier de consultations ressentiraient moins de difficultés (11)(19).

- les médecins qui organisent leur planning de consultations uniquement ou majoritairement sur rendez-vous ressentiraient moins de difficultés (20).

- les médecins exerçant sur dossier informatique ressentiraient moins de difficultés (22).

- les médecins qui n'augmentent pas leur taux de rétrocessions ressentiraient moins de difficultés (11).

- les médecins utilisant le site internet du conseil de l'Ordre pour leur recherche ressentiraient plus de difficultés (16).

- Attentes des médecins installés vis-à-vis du médecin remplaçant et du remplacement.

Les tendances qui ont pu être mises en évidence dans notre étude vis-à-vis des attentes des médecins installés sont les suivantes :

Concernant la présentation corporelle du médecin remplaçant, il serait souhaité par les médecins installés que le remplaçant présente une tenue vestimentaire correcte et respectueuse de son entourage de travail pour exercer, ainsi que pour les patients (9)(11)(21)(28).

Au sujet du curriculum vitae et des projets professionnels du médecin remplaçant, le médecin installé apprécierait discuter avec un candidat au remplacement, du cursus universitaire (9)(28) de ce dernier ainsi que de son expérience du remplacement (9)(11)(19)(21)(26)(28), des différentes langues parlées (11), au besoin et en fonction des régions d'exercice. Enfin, la réalisation d'un remplacement en vue d'une éventuelle succession peut être intéressante pour certains praticiens concernés par un (éventuel) départ en retraite (11).

Concernant la relation confraternelle entre médecin remplacé et médecin remplaçant, une bonne relation entre le médecin remplacé et le médecin remplaçant serait primordial. Une relation de confiance mutuelle devrait s'installer progressivement et, au mieux, dans la durée (9)(10)(11)(19)(21)(22)(26)(28). Afin de favoriser la naissance de ce climat de confiance, il serait bien vu par le médecin installé qu'un potentiel remplaçant ne se présente pas à ce dernier avec une liste « d'exigences » (22).

Au sujet du professionnalisme, il serait souhaité par le médecin installé une attitude professionnelle de la part du médecin remplaçant, du point de vue de la pratique clinique mais aussi administrative (certificat par exemple)(10). De la motivation (9)(11)(12)(19), de la rigueur (12)(19)(26)(28), du sérieux (12)(19)(26)(28), de l'investissement dans le travail (10)(12)(22)(26) avec une prise en charge globale du patient (12), un travail en autonomie (22), une responsabilisation dans ses prises de décisions et de ses actes (22), un respect des jours et horaires d'ouvertures du cabinet (10)(20) ainsi que d'une ou plusieurs gardes éventuelles (22). Le refus non justifié d'honorer un remplacement malgré un engagement initial serait un manque de respect envers le médecin installé (10).

A propos de l'adaptabilité organisationnelle, il serait souhaité une certaine adaptabilité de la part du médecin remplaçant quand aux choix des dates de remplacement, vis-à-vis des souhaits du médecin installé (9)(11)(19)(21)(22)(26).

Concernant l'environnement de travail interne au cabinet, il serait souhaitable pour le médecin installé que le futur remplaçant connaisse le logiciel médical utilisé (11). Pour un médecin installé qui serait MSU, le fait de faire appel à un ancien stagiaire, qui connaîtra le cabinet, le logiciel et que le médecin installé aura vu travailler, serait apprécié (9)(10)(11)(19)(22)(26).

Concernant la continuité des soins et la traçabilité, il serait souhaité par le médecin installé, une bonne gestion et un bon remplissage des dossiers médicaux par le médecin remplaçant, afin d'assurer une continuité des soins optimale, dans l'intérêt du patient (9)(12)(20)(22)(28). Dans ce même but, la réalisation d'un débriefing d'exercice en fin de remplacement serait apprécié (10)(28).

A propos de la relation avec le patient, pour le médecin installé, son remplaçant devrait entretenir de bonnes relations avec le patient, et ce, avec une certaine empathie (9)(10)(12)(19)(20)(21)(26)(28)(36).

Du point de vue de l'éthique et de la déontologie, il serait souhaité ; par le médecin installé ; une attitude professionnelle d'exercice qui respecte l'éthique et la déontologie médicale de la part du remplaçant (9)(10)(22)(26)(36). Une durée de consultation trop courte (12)(22) avec un risque d'erreur diagnostic (9)(16)(20)(36), un appât du gain (10), un report de consultation non justifié (22), une absence de suivi clinique et para-clinique du patient seraient mal vus par le médecin installé (10).

Concernant le relationnel avec les confrères et collègues, il serait souhaité de la part du médecin installé, que le remplaçant ait une attitude collégiale avec ses confrères et collègues au sein du cabinet, que le travail soit réalisé en équipe si besoin, et ce, dans le but d'une bonne gestion du cabinet et de la continuité des soins (9)(10)(12)(20)(21)(22)(26)(28).

Concernant la similitude des pratiques professionnelles, il serait apprécié par le médecin installé que son remplaçant respecte un certain mimétisme de travail, que ce soit dans la pratique purement clinique, mais aussi dans la gestion du cabinet (10)(12)(20)(22)(26)(28). Dans le cadre de ce mimétisme de pratique clinique, une certaine indépendance pharmaceutique serait souhaitable (19).

Au sujet de la gestion comptable, il serait apprécié par le médecin installé une bonne gestion professionnelle de la comptabilité (12), et ce, afin d'assurer au mieux la transmission de la rétrocession et d'éviter les désaccords entre médecin installé et remplaçant. La réalisation d'un remplacement dans un but purement lucratif et au détriment de la pratique clinique, de la relation médecin/patient, de l'éthique et de la déontologie serait mal vue du médecin installé (10)(12)(20).

Il est à noter que certains praticiens interrogés dans les différentes sources de notre revue de littérature ont indiqué ne pas avoir de critère de « choix » particulier lors de la recherche d'un remplaçant (11)(19)(20).

- Attentes des médecins remplaçants vis-à-vis du médecin installé et du remplacement.

Les tendances qui ont pu être mises en évidence dans notre étude vis-à-vis des attentes et des principaux critères de choix d'un remplacement par les médecins remplaçants sont les suivantes :

Concernant les critères géographiques, le type de milieu (urbain/semi-rural/rural) ainsi que la distance domicile/cabinet influenceraient le choix d'un remplacement (23)(25)(32).

Au sujet de l'organisation du remplacement, les critères qui influenceraient le choix d'un remplacement sont :

- le type de période souhaité par le médecin installé (pendant les vacances scolaires par exemple) (23)(25)(27)(30).
- le type de remplacement proposé (régulier/ponctuel/intermittent/pour des gardes uniquement) (23).
- la régularité/récurrence du remplacement (23)(25)(28)(35).
- le délai de demande du remplacement (23)(27).
- la compatibilité agenda professionnel et agenda personnel du remplaçant (23).

Au final, plus les conditions générales d'organisation d'un remplacement seraient bonnes, meilleurs seraient les chances de choix de ce remplacement (23)(26)(27)(32).

Concernant le caractère financier du remplacement, le taux de rétrocession proposé (23)(28)(31)(33)(34), le taux journalier de consultation (23) et la proposition (au besoin) d'un paiement d'un nombre minimum de consultations journalières (23)(27) influenceraient le choix d'un remplacement.

C'est le caractère rentable du remplacement qui rentrerait en compte dans ce choix (26)(27)(29)(32)(29). Un cabinet avec un faible taux d'activité journalier serait peu prisé des remplaçants (25).

Au sujet de l'organisation de l'activité, l'organisation globale de l'activité de travail serait un critère important dans la sélection d'un remplacement (23)(26)(28)(34)(35). Il serait apprécié par le médecin remplaçant une certaine autonomie autorisée par le médecin installé (par exemple, le remplaçant organiserait le planning de consultation selon un rythme de travail qui lui est adapté) (23)(25). Il serait préférable d'organiser les consultations sur rendez-vous (23)(29) plutôt que sur des créneaux de consultations libres (25). L'absence de garde serait appréciée (23)(29) mais la présence de garde serait non rédhibitoire. L'absence de visite à domicile à réaliser ; ou bien ; la réalisation de visites à domiciles bien « intégrées » au planning de consultations ne sont pas non plus rédhibitoire au choix d'un remplacement (31). Enfin, la proposition d'un logement de prêt pourrait être discutée au besoin et si possible (23)(27).

A propos de la relation confraternelle entre médecin remplaçant et médecin remplacé, l'établissement d'une relation de confiance entre médecin remplaçant et médecin remplacé est primordiale (23)(26)(28) ainsi que la reconnaissance par le médecin installé du travail effectué par le médecin remplaçant (23)(28). Une absence ou une mauvaise communication entre médecins installé et remplaçant serait mal vue par ce dernier (25)(35). De même, une relation confraternelle entre les deux protagonistes serait souhaitable (28).

Concernant la similitude des pratiques professionnelles, l'existence d'une pratique proche entre médecin installé et médecin remplaçant favoriserait le choix d'un remplacement (23)(28)(31)(32)(35). Si il existait des différences de pratique, néfastes au choix d'un remplacement (25), il serait apprécié par le médecin remplaçant une certaine liberté et autonomie de pratique autorisée par le médecin installé (23)(25).

A propos de la continuité des soins et de la traçabilité, une bonne tenue des dossiers et une bonne traçabilité des informations patient influenceraient le choix d'un remplacement (28)(35).

Au sujet d'un projet professionnel, la possibilité d'une succession ou association influencerait le choix d'un remplacement (23)(31)(32).

Concernant l'environnement de travail externe au cabinet, la présence d'un plateau technique à proximité, d'un hôpital, de confrères spécialistes, influenceraient le choix d'un remplacement (23)(32)(33).

Concernant l'environnement de travail interne au cabinet, le travail en groupe (23)(25)(27)(29)(32)(35); la présence d'un secrétariat (23)(25)(28)(29)(31)(32); l'équipement mis à disposition (23)(28)(29)(32)(35) ainsi que l'informatisation des dossiers (23)(25)(28)(29)(31)(32)(33)(37)(38) influenceraient le choix d'un remplacement. Il serait apprécié par le remplaçant d'être informé d'un risque potentiel d'agression physique ou verbale (23).

Le fait de connaître l'environnement interne du cabinet (32) (par exemple, pour les anciens stagiaires de médecins MSU (23)) ainsi que l'ambiance de travail qui y règne seraient des facteurs influençant le choix d'un remplacement (23).

A propos de la relation avec le patient, le caractère agréable des patients (23)(29) ainsi que de la relation médecin remplaçant/patients influenceraient le choix d'un remplacement (23)(26)(35).

Il est à noter que certains praticiens interrogés dans les différentes sources de notre revue de littérature ont indiqués ne pas avoir de critère de « choix » particulier lors de la recherche d'un remplacement (23).

DISCUSSION

- Intérêt de l'étude.

L'intérêt de ce travail peut résider dans le fait que c'est, à ce jour et à la connaissance de l'auteur, la seule revue de littérature française sur le sujet.

- Biais et limites de notre étude.

La première limite de notre étude concerne la recherche bibliographique et la sélection des articles. Cette recherche ainsi que la sélection des sources à inclure dans notre étude a été effectuée par une seule personne qui est l'auteur de la revue de littérature. Lorsqu'un doute pouvait se présenter à lui, ce dernier demandait avis auprès de sa directrice de thèse.

La seconde limite de notre étude est l'absence de veille documentaire pendant la réalisation de l'étude.

Enfin, une troisième limite concerne l'analyse de nos résultats. En effet, du fait de la réalisation d'une revue de littérature, notre analyse des résultats des études quantitatives nous contraint à en extraire des données qualitatives. Cela entraîne donc une perte d'informations.

Remarque : les études que nous avons incluses dans notre revue de littérature sont départementales ou régionales, cela permet ; du fait de l'hétérogénéité des territoires étudiés ; de nous approcher au mieux des attentes des médecins généralistes sur notre sujet.

Une seule thèse incluse dans notre revue de littérature avait été réalisée au niveau national, il s'agit de la thèse du Dr HUSSON (29).

- Principaux biais des études incluses dans notre revue de littérature.

Concernant certaines études qualitatives intégrées dans notre revue de littérature, les principaux biais que nous avons pu retrouver sont :

- des biais de sélection du fait d'une absence de recherche d'une diversité et hétérogénéité maximale des sujets inclus lors de la création de l'échantillon, ou bien du fait d'un lien de connaissance entre l'investigateur et le(s) répondant(s) lors de la sélection des sujets.
- des biais de mesure du fait de l'inexpérience de l'investigateur dans la pratique de la technique d'étude utilisée, mais aussi du fait de la mauvaise formulation des questions (subjectivité).

Concernant certaines études quantitatives intégrées à notre revue de littérature, les principaux biais que nous pouvons retrouver sont :

- des biais de sélection du fait de l'absence de randomisation dans la constitution des échantillons, du fait de l'envoi des questionnaires par voie électronique seule sélectionnant ainsi uniquement les médecins ayant et maîtrisant l'outil informatique. De plus, la majorité des études quantitatives de notre revue de littérature ont un manque de puissance statistique, du fait de l'absence de calcul du nombre de sujets nécessaires à la création de l'échantillon.

- Synthèse et interprétation des résultats.

Concernant les motifs qui seraient à l'origine d'une difficulté ressentie dans la recherche d'un remplaçant, les médecins MSU ressentiraient moins de difficultés. De fait, ce statut entraîne un contact régulier entre médecins installés et internes en fin de cursus universitaire, dont certains passeront par une période de remplacement avant une potentielle installation.

Ces internes connaissent le cabinet, son fonctionnement, son ambiance. Ils connaissent les méthodes d'exercice de leur maître de stage. Le maître de stage connaît son interne avec ses méthodes d'exercice et son attitude professionnelle. Il existe, du fait de la réalisation du stage, une certaine relation de confiance naissante entre les deux protagonistes (se renforçant plus ou moins au cours du stage) qui favorisera ainsi un remplacement éventuel.

De ce fait, le maître de stage aura plus facilement tendance, lors d'une absence, à demander en première intention à un de ses stagiaires de le remplacer et le remplaçant aura alors une tendance à accepter pour les motifs cités ci-avant.

Le fait que les médecins faisant appel au même remplaçant ressentent moins de difficultés réside dans le principe même de régularité.

Les bénéfices de cette régularité sont les mêmes que ceux énumérés ci-dessus pour les médecins MSU (connaissance du cabinet, du mode d'exercice, etc).

De plus, le médecin remplaçant apprécie cette régularité du fait que cela lui permet une meilleure gestion de son planning professionnel, des revenus financiers réguliers, un confort d'exercice. Le fait d'être régulièrement sollicité par un même médecin installé peut aussi être une reconnaissance du travail effectué par le médecin remplaçant.

Enfin, cet exercice régulier peut permettre ; pour le médecin remplaçant ; une certaine transition avant une installation (succession, association, collaboration). Ce dernier, en remplaçant, multiplie les expériences professionnelles et s'orientera vers le mode d'exercice qui lui convient le plus pour s'installer (connaissance des patients, connaissance de l'offre de soins du territoire).

Le fait que les médecins exerçant en groupe ressentiraient moins de difficultés peut être interprété par le fait que c'est l'exercice même de groupe qui apporte, le plus souvent, un confort de travail qui est recherché par les médecins remplaçants.

Par exemple, dans un cabinet de groupe et/ou une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), il y aura souvent une ou plusieurs secrétaires et une informatisation des dossiers qui augmentent le confort de travail et permettent un gain de temps médical. C'est la mutualisation des moyens financiers, permise par le travail de groupe, qui apporte ce confort de travail via des moyens humains (secrétariat : permet un gain de temps administratif), via des moyens techniques (informatique, salle de soins, matériel médical et autres : permet une qualité des soins).

L'exercice même de groupe permet d'obtenir une certaine réassurance dans sa pratique. Le fait de ne pas être seul et isolé, de pouvoir demander facilement de l'aide sur le plan organisationnelle ou un avis d'ordre médical à un confrère favorise ce confort d'exercice. Enfin, le fait qu'un médecin installé fasse appel à un médecin remplaçant en cabinet de groupe permet alors potentiellement aux autres médecins du même cabinet de faire appel au même remplaçant. Il peut alors se créer une régularité dans le remplacement qui sera profitable au médecin remplaçant (connaissance du cabinet, des patients, régularité des revenus, confort de l'exercice de groupe, relation de confiance) et aux médecins installés du cabinet de groupe (connaissance du remplaçant par le médecin installé et les patients, relation de confiance, continuité des soins assurée).

Enfin, il est à noter que devant l'expansion de ce type d'exercice de groupe actuellement plébiscité par les jeunes médecins et, devant la difficulté à recruter un remplaçant, un autre avantage du cabinet de groupe est le remplacement mutuel entre les médecins de ce dernier. Ceci permet parfois de s'affranchir de la recherche d'un remplaçant, expliquant ainsi possiblement le fait que certains médecins exerçants en groupe ressentent moins de difficultés à trouver un remplaçant.

Le fait que les médecins ne travaillant pas tous les jours ouvrables ressentiraient moins de difficultés peut s'expliquer par le fait que le médecin remplaçant, lors de la réalisation de son remplacement, va rechercher un cabinet qui va permettre de concilier au mieux planning professionnel et planning personnel.

Pour ce même motif, les médecins installés offrant une certaine flexibilité concernant l'organisation du planning journalier de consultations ressentiraient moins de difficultés. De plus, le médecin remplaçant va tenter de rechercher un rythme de travail qui lui correspond (qui n'est pas obligatoirement le rythme de travail du médecin installé) afin de réaliser les consultations de la façon la plus complète et consciencieuse possible. Nous retrouvons alors ici la notion de recherche d'un confort de travail et d'une qualité des soins.

Le fait que les médecins qui organisent leur planning de consultations uniquement ou majoritairement sur rendez-vous ressentiraient moins de difficultés peut aussi s'expliquer par la recherche, par le médecin remplaçant, d'un certain confort d'exercice associé au souhait d'un confort de vie personnel (temps libre). En effet, l'organisation d'un planning de consultations sur rendez-vous permet une meilleure organisation, et une potentielle anticipation du déroulement et de la durée de la journée de travail. Cette organisation est plus difficile lorsque les consultations se font majoritairement ou exclusivement sur un créneau dit libre.

Le fait que les médecins qui n'augmentent pas leur taux de rétrocession ressentiraient moins de difficultés peut s'expliquer du fait que ces derniers n'ont pas le besoin d'augmenter ce taux pour trouver un remplaçant. Ils ne se servent pas du taux de rétrocession comme levier afin de trouver un remplaçant car ils ne ressentent pas de difficultés dans la recherche de ce dernier.

Ce qui peut être le cas des médecins ayant des difficultés, ils vont utiliser l'augmentation du taux de rétrocession comme levier afin de susciter l'attrait envers un médecin remplaçant. Cependant, le facteur financier n'est, parfois, pas suffisant pour trouver un remplaçant.

En ce qui concerne les attentes des médecins installés vis-à-vis du médecin remplaçant et du remplacement, la présentation corporelle de ce dernier est très importante et elle se doit d'être correcte. Le premier contact entre le patient et le médecin remplaçant est surtout visuel et, ne serait ce que du point de vue déontologique et vis-à-vis du respect dû au patient, le médecin remplaçant ne peut pas se présenter aux patients dans une tenue inadaptée. Ceci est encore plus valable lors de la première rencontre entre le médecin installé et le médecin remplaçant.

Confiant temporairement le suivi des patients à un médecin inconnu, le médecin installé apprécie discuter avec ce dernier, le plus souvent lors d'un rendez-vous préalable. Bien que dans la majorité des cas, il ne doute pas de la compétence du remplaçant, il appréciera néanmoins de discuter du parcours universitaire et des expériences de remplacements de ce dernier.

Le médecin installé souhaite ainsi s'assurer du mieux possible de la bonne prise en charge des patients.

D'autres sujets particuliers pourront être abordés (langues locales ou internationales parlées, pratiques professionnelles particulières, ...) en fonction de potentielles particularités du cabinet d'exercice.

Pour les médecins installés en fin de carrière, qui rechercheront un successeur, cet entretien pourra être l'occasion de demander au remplaçant son projet professionnel.

Toutefois, ces premières rencontres sont souvent de courte durée, centrées sur le fonctionnement du cabinet et empreintes d'une certaine subjectivité. En effet, avec une balance démographique médicale qui serait actuellement en faveur des remplaçants, la recherche de ce dernier par un médecin installé ne se déroule pas de la même façon qu'un entretien d'embauche. Le manque de temps, le respect envers le remplaçant et surtout la peur de se voir refuser le remplacement sont des motifs pour le médecin installé qui peuvent influencer le déroulement de cette première rencontre.

Certains médecins n'ont même pas de critères de choix. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils considèrent ne pas avoir le luxe de choisir leur remplaçant.

Pourtant, ce premier entretien a toute sa légitimité, principalement parce que le médecin installé, en « sélectionnant » son remplaçant aux yeux de ses patients, devient le garant de la qualité des soins auprès des patients malgré son absence.

Cette responsabilité perçue par le médecin installé, parfois renforcée par de mauvaises expériences de remplacement passées, peut être anxiogène pour ce dernier. De ce fait, une relation confraternelle et de confiance est souhaitée entre les deux médecins, elle pourra faciliter une régularité dans le remplacement.

La réalisation légitime d'une première rencontre de qualité semble d'autant plus nécessaire à la création de ce climat de confiance.

Enfin, et toujours en lien avec cette notion de confiance, une bonne gestion claire et complète de la comptabilité durant la période de remplacement permettra une transmission rapide de la rétrocession et favorisera une régularité dans le remplacement.

Toujours dans le but d'assurer une continuité des soins de qualité, un certain professionnalisme est attendu de la part du remplaçant par le médecin installé, de même qu'un respect de l'éthique et de la déontologie médicale.

La relation avec le patient doit être respectueuse, de qualité et une certaine empathie envers ce dernier est attendue. Ce critère relationnel, si il n'est pas respecté, pourra influencer la poursuite ou non d'une coopération avec le médecin remplaçant.

La prise en charge du patient doit être globale, avec le suivi de ce dernier lors de la prescription d'examen complémentaire ou d'une thérapeutique. Dans le cadre de ce suivi, un remplissage rigoureux des dossiers médicaux est souhaitable.

Enfin, un certain mimétisme est souhaité entre le médecin installé et le médecin remplaçant, que ce soit dans le fonctionnement du cabinet ou pour la pratique professionnelle d'exercice. Le médecin installé étant le médecin officiel de ses patients, il peut souhaiter garder une certaine légitimité (dans ses prescriptions, choix thérapeutique et diagnostic) envers ses patients, le médecin remplaçant n'intervenant, par définition, que ponctuellement. Mais cette demande de mimétisme est variable entre les médecins installés, certains considérant le remplaçant comme un médecin libre (mais responsable) de ses actes et de ses prescriptions. Cela sous-entend donc une certaine adaptabilité du médecin remplaçant dans sa pratique. Cependant, une indépendance du remplaçant dans sa pratique et un relationnel qui lui est propre peuvent permettre d'apporter un regard neuf sur une prise en charge organique ou psychologique.

Toutefois, et dans tous les cas, une confraternité devra être respectée afin de ne pas entraver la relation médecin installé/patients.

Nous pouvons remarquer que le souhait d'un suivi de toutes ces recommandations par le médecin installé n'a qu'un seul et même but qui est une continuité des soins de qualité pour le patient. Le patient est au centre des attentes du médecin installé.

Concernant les attentes des médecins remplaçants vis-à-vis du médecin installé et du remplacement, des critères géographiques vont influencer le choix du médecin remplaçant.

Le type de milieu du cabinet (urbain/semi-rural/rural) va avoir une influence principalement du fait que la pratique médicale sera supposée variable en fonction de cet emplacement. Un cabinet rural sera susceptible d'avoir une activité quotidienne plus importante qu'un cabinet urbain. D'autres facteurs pourront jouer comme le fait pour le remplaçant d'être domicilié dans un secteur, de souhaiter un cadre de vie agréable (rural), des horaires moins contraignants et la proximité plus évidente d'un plateau technique (urbain).

Dans le même but d'organisation de ses temps de vie, la distance entre le cabinet et le domicile du remplaçant, et donc, le temps de trajet qui en découle vont influencer ce choix d'un remplacement. Les médecins remplaçants n'ayant pas de difficultés à remplir leur planning professionnel vont privilégier les distances les plus courtes et favoriser la recherche de temps libre. D'autres, ayant plus de difficultés à remplir leur planning professionnel ou recherchant un autre type d'exercice, ne vont pas hésiter à sélectionner des remplacements plus loin de leur domicile dans le but de rechercher une régularité dans les revenus financiers. Dans ce cas, la proposition d'un logement par le médecin installé pourra être discutée et sera un facteur favorisant le choix du remplacement.

Le type de période souhaité et le délai de demande vont influencer les choix du remplaçant à cause de ses propres disponibilités. Une demande dite de dernière minute de la part d'un médecin installé sera plus susceptible d'être refusée pour deux motifs principaux : le créneau demandé est déjà occupé par un autre remplacement, ou bien par une activité personnelle. De ce fait, plus la demande de remplacement est anticipée, plus le médecin remplaçant pourra très probablement accorder ses agendas professionnel et privé, et ainsi, accepter le remplacement.

Concernant le caractère financier du remplacement, c'est une notion de rentabilité qui va rentrer en compte. Le médecin remplaçant va rechercher un revenu correct et suffisant par-rapport au temps de travail fourni. Mais la recherche de ce niveau de revenu ne devra pas entraîner de contrainte temporelle (amputation de temps libre) ou avoir un retentissement professionnel (baisse de la qualité des soins).

De même, concernant l'organisation de l'activité au sein du cabinet, une certaine autonomie dans l'organisation du planning est appréciée par le médecin remplaçant. En effet, ce dernier peut souhaiter avoir un rythme de travail inférieur à celui du médecin remplacé. Dans ce cadre, un rythme de travail trop important et trop rapide pourrait être désagréable pour le médecin remplaçant avec une sensation de consultations trop courtes, voir même bâclées et donc une mauvaise qualité des soins. De même, l'organisation principale des consultations sur des créneaux de rendez-vous plutôt que sur des créneaux libres permet, à la fois et a minima, une anticipation de la durée des consultations ainsi que du nombre de consultations quotidiennes. De ce fait, le médecin remplaçant a une possibilité de tenter d'adapter au mieux son planning professionnel et son planning privé. La présence de gardes et/ou de visites, si elles sont bien intégrées au planning professionnel du médecin remplaçant, ne sont pas des critères rédhibitoires au choix d'un remplacement.

Tout comme pour le médecin installé, le médecin remplaçant souhaite qu'une relation confraternelle et de confiance se mette en place entre les deux protagonistes, ainsi qu'une communication de qualité (dossiers complexes, fonctionnement du cabinet, codes, logistique, correspondants médicaux, ...). La réalisation d'un débriefing en fin de remplacement évite aussi au remplaçant de rester dans l'incertitude vis-à-vis de ces actes. Une certaine reconnaissance et un respect du travail effectué par le médecin remplaçant sera appréciée. Cette reconnaissance sincère du travail effectué par le remplaçant pourra favoriser la régularité du remplacement ainsi que le confort de travail. Ces différents critères seront facilités par une certaine similitude dans les pratiques professionnelles des deux médecins.

Le respect de ces critères pourra faciliter la mise en place d'un remplacement régulier qui présente plusieurs avantages pour le remplaçant : stabilité et régularité des revenus financiers, connaissance des patients qui s'améliorera progressivement tout comme la relation soignant/soigné. D'autres critères, mentionnés plus hauts, favoriseront le confort de travail comme le secrétariat, l'informatisation des dossiers, l'ambiance de travail et l'exercice en équipe de soins primaires (MSP, groupe).

Enfin, la notion de patientèle « agréable » influencera aussi le choix, mais surtout le renouvellement d'un remplacement.

Nous pouvons remarquer que tous ces critères qui vont influencer le choix d'un remplacement, ainsi que la régularité de ce dernier, ont un but commun : les qualités de vie et de travail du remplaçant.

- Le remplacement : une pratique alternative de la médecine ?

Les différentes données de la littérature que nous avons utilisée pour l'analyse de nos résultats traitent du remplacement et de l'installation en médecine générale.

Elles mettent en évidence que, pour les médecins remplaçants et devant des enjeux d'installation, le critère principal qui va influencer le passage d'un statut de remplaçant à un statut de médecin installé est la recherche d'un équilibre entre temps de travail et temps de vie. En effet, les médecins remplaçants craignent une baisse de leur temps libre en s'installant. Le remplacement leur permet de conjuguer au mieux et selon leurs souhaits, les activités professionnelles et personnelles (40)(41)(42)(43)(44)(45)(46).

De plus, l'organisation de ces périodes de vie se fait en fonction du (de la) conjoint(e) et de son activité professionnelle, ainsi que de la présence ou non d'un (ou plusieurs) enfant(s) à charge.

Cette pratique du remplacement permet de fractionner la dépense d'énergie professionnelle, la pratique de la médecine générale étant considérée comme couteuse en énergie du fait, principalement, des amplitudes horaires de travail ainsi que de l'investissement psychologique.

L'alternance entre périodes travaillées et périodes de repos permettrait de maintenir plus efficacement une séparation entre vie professionnelle et vie personnelle.

Ces temps de repos sont aussi perçus comme nécessaires au maintien d'une pratique professionnelle de qualité car ils peuvent permettre de se ressourcer, de se former.

La loi de l'offre et de la demande étant actuellement favorable aux remplaçants, cela leur autoriserait le luxe de choisir le cabinet d'exercice en fonction de leur souhait d'organisation de leurs temps de vie et du confort de travail au sein même du cabinet.

La notion de rentabilité du remplacement est retrouvée, le choix du cabinet se fera en fonction des revenus potentiels qu'il pourrait offrir et des besoins financiers du médecin remplaçant (et par extension, des besoins financiers de son foyer) (46).

A contrario, l'installation est perçue comme engendrant une perte financière et une augmentation des charges (40)(41)(42)(43)(44).

- Perspectives de l'étude.

Du fait de la difficulté témoignée par les médecins généralistes à trouver un remplaçant pour une période d'absence, et, en utilisant les résultats de notre étude, nous souhaitons proposer au Conseil de l'Ordre des Médecins un questionnaire type et spécifique.

Le Conseil de l'Ordre ferait office de référent unique et officiel pour les médecins installés, c'était un souhait de ces derniers pour faciliter leur recherche d'un remplaçant. Le questionnaire aura pour but de favoriser la mise en place et le bon déroulement d'un remplacement entre médecins installés et médecins remplaçants.

PROPOSITION DE QUESTIONNAIRE TYPE À REMPLIR PAR LE MEDECIN *INSTALLÉ* :

- Nom :
- Prénom :
- Age :
- Localisation du cabinet (ville) :
- Type d'exercice :
 - Seul
 - Groupe
 - MSP
 - Autre
- Informatisation des dossiers médicaux :
 - OUI
 - Complète
 - Partielle
 - NON
- Utilisation d'un secrétariat :
 - OUI
 - Physique et sur place
 - Physique et à distance
 - Informatique par internet
 - NON

- Quels sont vos jours ouverts/travaillés hebdomadaires ?
 - Lundi
 - Matin
 - Après-midi
 - Mardi
 - Matin
 - Après-midi
 - Mercredi
 - Matin
 - Après-midi
 - Jeudi
 - Matin
 - Après-midi
 - Vendredi
 - Matin
 - Après-midi
 - Samedi
 - Matin
 - Après-midi
 - Une adaptation au remplaçant de l'organisation de travail hebdomadaire serait-elle discutable ?
 - OUI
 - NON

- Organisation des consultations :
 - Sur rendez-vous uniquement
 - Sur rendez-vous et sur créneaux libres
 - Sur créneaux libres uniquement
 - Autoriseriez-vous une certaine adaptabilité de l'organisation des consultations avec votre remplaçant ?
 - OUI
 - NON

- Nombre moyen de consultations journalières :
 - 0 - 999
 - Autoriseriez-vous une certaine adaptabilité du nombre de consultations journalier de votre remplaçant ?
 - OUI
 - NON

- Nombre moyen de visites hebdomadaires :
 - 0 – 999
 - Les visites sont-elles, si possible, bien intégrées au sein de votre planning (visites programmées ou non) ?
 - OUI
 - NON

- Nombre moyen de gardes/astreintes hebdomadaires :
 - 0 - 999
 - Accepteriez-vous que votre remplaçant refuse de faire les gardes et astreintes ?
 - OUI
 - NON
- Proposez-vous un logement pour le médecin remplaçant ?
 - OUI
 - NON
- A quelle distance de votre cabinet se situe ces différents plateaux techniques ?
 - Centre Hospitalier Universitaire = 0 – 999 km
 - Centre Hospitalier = 0 – 999 km
 - Service d'accueils des urgences = 0 – 999 km
 - Service Mobile d'Urgences et Réanimation = 0 – 999 km
 - Cabinet de radiologie = 0 – 999 km
 - Laboratoire d'analyses médicales = 0 – 999 km
- Mettez-vous à disposition de votre remplaçant un carnet d'adresses de vos confrères spécialistes ?
 - OUI
 - NON
- Souhaiteriez-vous faire appel régulièrement au même remplaçant ?
 - OUI
 - NON
- Exercez-vous une activité libérale exclusive ?
 - OUI
 - NON
 - Quel type d'exercice annexe pratiquez-vous ?
 - Le médecin remplaçant doit-il y prendre part ?
 - OUI
 - Obligatoirement
 - Facultatif
 - NON
- Proposez-vous une rémunération minimale journalière ?
 - OUI
 - NON

- Quel est le taux de rétrocession que vous attribuez à votre remplaçant ?
 - 0 – 100%
 - Ce taux de rétrocession peut-il être éventuellement discuté avec le remplaçant ?
 - OUI
 - NON

PROPOSITION DE QUESTIONNAIRE TYPE À REMPLIR PAR LE MEDECIN *REEMPLACANT* :

- Nom :
- Prénom :
- Age :
- Localisation du domicile (ville) :
- Quelle distance et/ou temps de trajet maximum acceptez-vous de réaliser pour un remplacement ?
 - 0 – 999 km
 - 0 – 999 min
- Avez-vous une préférence du type de milieu d'exercice ?
 - OUI
 - Urbain
 - Semi-rural
 - Rural
 - NON
- Avez-vous une préférence pour le type de remplacement à réaliser ?
 - OUI
 - Régulier (un jour régulier hebdomadaire)
 - Ponctuel (quelques jours ponctuellement)
 - Intermittent (une/des semaine(s) ponctuellement)
 - Pour des gardes/astreintes
 - NON
- Avez-vous une préférence du type d'exercice ?
 - Seul
 - Groupe
 - MSP
 - Autre
 - NON, pas de préférence
- Préférez-vous une certaine régularité dans la réalisation de vos remplacements chez un même médecin ?
 - OUI
 - NON

- En moyenne, combien de consultations journalières souhaitez-vous réaliser ?
 - 0 – 999
- Avez-vous un nombre maximum de consultations journalières toléré ?
 - OUI = 0 – 999
 - NON
- Avez-vous un minimum de consultations journalières toléré ?
 - OUI = 0 – 999
 - NON
- Acceptez-vous de réaliser des visites hebdomadaires ?
 - OUI
 - OUI, si elles sont bien intégrées au planning de consultations
 - NON
- Acceptez-vous de réaliser des gardes (présence au cabinet à des horaires précis) ?
 - OUI
 - NON
- Acceptez-vous de réaliser des astreintes (téléphonique à domicile) ?
 - OUI
 - NON
- Concernant l'organisation des consultations, avez-vous une préférence pour :
 - Des rendez-vous uniquement
 - Des rendez-vous majoritairement et du créneau libre
 - Du créneau libre majoritairement et du rendez-vous
 - Du créneau libre uniquement
 - Pas de préférence
- Etes-vous enclin à discuter, au besoin, de l'organisation des jours de consultation avec le médecin installé ?
 - OUI
 - NON
- Concernant l'informatisation du cabinet, pour vous :
 - Le cabinet doit être informatisé
 - Le cabinet peut être informatisé
 - Pas de préférence
- Concernant la présence d'un secrétariat :
 - Le cabinet doit posséder un secrétariat :
 - Physique/sur place
 - Physique à distance
 - Sur internet
 - Pas de préférence

- Appréciez-vous que le médecin que vous remplacez vous propose un logement ?
 - OUI, systématiquement
 - OUI, mais ce n'est pas obligatoire
 - NON, pas besoin d'un logement

- Concernant le taux de rétrocession, discutez-vous de ce dernier avec le médecin installé en fonction du confort du cabinet, ou bien avez-vous un taux de rétrocession fixe ?
 - Je discute du taux de rétrocession en fonction du confort du cabinet
 - J'ai un taux de rétrocession minimal souhaité de 0 – 100%

- Dans le cadre de votre projet professionnel, une succession/association/collaboration pourrait-elle faire suite à une période de remplacement dans un cabinet ?
 - OUI
 - NON
 - PEUT-ETRE

CONCLUSION

La réalisation de cette revue de littérature a permis de mettre en évidence deux faits importants concernant le remplacement en médecine générale en France :

- pour les médecins installés, le remplacement permet de maintenir la continuité des soins pour les patients. C'est ce souhait unanime qui motive les médecins installés à rechercher un remplaçant pour une période d'absence donnée.
- pour les médecins remplaçants, le remplacement permet un confort de vie avec une liberté d'adaptation des temps de travail et temps de vie personnelle, associé à la recherche d'une juste rentabilité des remplacements effectués.

Ce travail rassemble les principaux critères qui devraient être pris en compte par les médecins installés et les médecins remplaçants afin de favoriser leur mise en relation, une confiance mutuelle, la mise en place et le bon déroulement d'un remplacement.

Dans ce but, nous avons organisé ces différents critères en un questionnaire destiné spécifiquement aux médecins installés et aux médecins remplaçants. Il pourra être utile, dans un second temps, de mesurer l'impact relatif de ces différents critères afin de proposer des pistes d'amélioration.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dictionnaire illustré des termes de médecine, Garnier et Delamare, 28^{ème} édition, page 541
2. La définition Européenne de la médecine générale – médecine de famille, WONCA EUROPE, 2002.
3. Atlas de la démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2018, Dr Patrick BOUET, CNOM, disponible sur le site du CNOM.
4. Atlas de démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2017, Dr Patrick BOUET, CNOM, disponible sur le site du CNOM
5. Atlas de démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2015, Dr Patrick BOUET, CNOM, disponible sur le site du CNOM
6. Atlas de démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2011, Dr Michel LEGMANN, CNOM, disponible sur le site du CNOM
7. Code de Déontologie Médical, édition avril 2017, disponible sur le site du CNOM.
8. Code de Santé de Publique, disponible sur le site « Légifrance ».
9. WALTER Jean-Christophe, « Difficultés et attentes du médecin généraliste vis-à-vis du médecin remplaçant à Paris », thèse de doctorat en médecine, université Pierre et Marie Curie (Paris 6), Paris, 2007
10. AUBERT Mathieu, « En 2016, le médecin généraliste à-t-il encore intérêt à se faire remplacer ? », thèse de doctorat en médecine, université de Lorraine, 2017.
11. CARLIER Vanessa, « Difficultés des médecins généralistes à trouver un remplaçant. Une étude quantitative dans le Nord et le Pas-de-Calais », thèse de doctorat en médecine, université de Lille 2, 2017
12. ROBIN Anthony, « Le ressenti et les attentes du médecin généraliste vis-à-vis de son remplaçant », thèse de doctorat en médecine, université Claude Bernard, Lyon 1, 2016
13. GEDDA Michel, Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses, Kinesither Rev 2015 ; 15 (157) : 39-44.
14. FRAPPE Paul, Initiation à la recherche, 2^{ème} édition, co-édition Global Média Santé et CNGE Production, 2018, pages 22-23, 224 pages.

15. PT Higgins Julian and Green Sally, Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, Version 5.1.0, Mise à jour Mars 2011, disponible sur le lien suivant :
<https://www.cochrane.org/search/manuals/cochrane%20handbook?manual=Handbook>
16. HERVIEU Xavier, « Prévalence et facteurs liés à la difficulté des médecins généralistes libéraux Bas-Normands à trouver des remplaçants. », thèse de doctorat en médecine, université de Caen, 2015.
17. DEVAUX Sophie, « Difficultés des médecins généralistes libéraux installés en Picardie à recruter des remplaçants : comparaison entre les médecins maîtres de stages des universités et leurs confrères. », thèse de doctorat en médecine, université de Picardie Jules Verne, Amiens, 2016
18. BOUDJABI FADLI Sarah, « Evaluation des difficultés et identification des freins et leviers pour trouver un médecin remplaçant en Picardie », thèse de doctorat en médecine, université de Picardie Jules Verne, Amiens, 2013.
19. QUERREC Anne-sophie, « Remplacement : les difficultés du remplacé. Analyse quantitative réalisée sur 217 réponses de médecins généralistes libéraux bretons. », thèse de doctorat en médecine, université de Rennes 1, Rennes, 2013.
20. VALLEE Fabien, « Etat des lieux et analyse des freins et leviers dans la gestion des remplacements des médecins généralistes installés en Basse Normandie », thèse de doctorat en médecine, université de Caen, Caen, 2015.
21. De FORNEL Gilles, « Pratiques et attentes des médecins généralistes de Côte d'Or vis-à-vis des médecins remplaçants. », thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Dijon, Dijon.
22. NGUYEN Annie, « Difficultés rencontrées par les médecins généralistes libéraux picards dans la gestion des remplacements », thèse de doctorat en médecine, université de Picardie Jules Verne, Amiens.
23. SHAHANDEH Adam, « Exploration des critères déterminants le choix des remplacements de médecine générale en Picardie : à propos d'une enquête auprès de jeunes médecins remplaçants », thèse de doctorat en médecine, université de Picardie Jules Verne, Amiens, 2014.

24. LA TACON épouse PRIQUET Mélanie, « Les médecins généralistes remplaçants en Bretagne : profils, activités et projets professionnels. », thèse de doctorat en médecine, université de Rennes 1, Rennes, 2008.
25. PIERQUET épouse DA FONSECA-LOPES Aurélie, « Critères de choix d'un remplacement en médecine générale : entretiens auprès de médecins remplaçants du Maine et Loire », thèse de doctorat en médecine, université d'Angers, Angers, 2011.
26. HUC Germain, « Le remplacement en médecine générale en Midi-Pyrénées en 2002 », thèse de doctorat en médecine, université de Toulouse III – Paul SABATIER, Toulouse, 2003.
27. RICHARD Clément, « Quelles solutions mettre en œuvre pour pallier les difficultés de remplacement des médecins généralistes champardennais », thèse de doctorat en médecine, université de Reims, Reims, 2015.
28. DEMANGEON Elsa, « Attentes respectives des médecins généralistes installés envers leurs remplaçants et réciproquement sur les plans des pratiques professionnelles et des relations confraternelles : étude qualitative par focus group et entretiens individuels semi-dirigés. Proposition d'une charte de bonnes pratiques du remplacement », thèse de doctorat en médecine, université de Lorraine, Nancy, 2017.
29. HUSSON Alexandre, « Le jeune médecin généraliste remplaçant en France : éternellement nomade ? Enquête nationale descriptive réalisée en novembre 2011 par questionnaire en ligne », thèse de doctorat en médecine, université Paris Diderot – Paris 7, Paris, 2012.
30. ROULETTE Morgane, « REMPLACT 2 : REMPLaçants en Ile-De-France, quelle ACTivité ? », thèse de doctorat en médecine, université Paris Nord, Paris, 2016.
31. MOUMDI Ilham, « AVENIR JEUNES MEDECINS GENERALISTES : profil et projets professionnels des médecins généralistes remplaçants entrés en cursus de médecine générale en 2007 en Ile-De-France », thèse de doctorat en médecine, université Paris 13 Nord, Paris, 2016.
32. GUYARD COGNAT Constance, « Les médecins généralistes remplaçants dans le Rhône : activité, projet professionnel et freins à l'installation », université Claude Bernard - Lyon 1, Lyon, 2013.

33. DACHY Maud, « Etude comparative en Haute Normandie des conditions d'exercice des Médecins généralistes installés et collaborateurs de moins de 5 ans et des remplaçants », thèse de doctorat en médecine, faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, Rouen, 2015.
34. BRAKA-COHEN Vanessa, « LES MEDECINS REMPLACANTS GENERALISTES D'ILE DE France. Profil, cursus étudiant, projet professionnel, prise en charge de leur santé et satisfaction », thèse de doctorat en médecine, université Paris Diderot – Paris 7, Paris, 2010.
35. GALLET Nadège, « Analyse des facteurs influençant le travail du médecin généraliste remplaçant », thèse de doctorat en médecine, université Claude Bernard – Lyon 1, Lyon, 2015.
36. RAMPONT François, « Le remplacement de médecine générale : état des lieux dans le Bas-Rhin en 2003 », thèse de doctorat en médecine, université Louis Pasteur, Strasbourg, 2006.
37. ANDRE Cécile, « ALOPRO-Rempla : évaluation d'un outil internet de mise en relation médecins installés – médecins remplaçants en médecine générale en Lorraine. Analyse descriptive du fonctionnement de la première année, enquête de satisfaction auprès des utilisateurs, enquête de notoriété auprès des installés », thèse de doctorat en médecine, université Henri Poincaré – Nancy I, Nancy, 2010.
38. BEURTON-COURAUD Lucas, « ALOPRO – Rempla : évaluation d'un outil internet de mise en relation médecins installés – médecins remplaçants en médecine générale en Lorraine à 3 ans », thèse de doctorat en médecine, Aix-Marseille université, Marseille, 2013.
39. JakoubovitchS, BournotMC, CercierE, TuffreauF. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats [Internet].mars2012;(n°797).
Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
40. COPPOLANI Estelle, « JE PEUX M'INSTALLER, MAIS JE NE LE FAIS PAS, POURQUOI? Enquête auprès des Médecins Généralistes Remplaçants Thésés de Haute Garonne. », thèse de doctorat en médecine, université Toulouse III Paul SABATIER, Toulouse, 2014

41. BARANES Déborah, « Etude des freins à l'installation en cabinet de médecine libérale des jeunes médecins généralistes remplaçants thésés en Ile de France. », thèse de doctorat en médecine, université de Versailles Saint-Quentin-En-Yveline, Versailles, 2016.
42. KOLEVA Iliana, « LES DETERMINANTS DU CHOIX DU MODE D'EXERCICE EN MEDECINE GENERALE : enquête qualitative par entretiens semi-directifs dans l'Hérault. », thèse de doctorat en médecine, université de Montpellier I, Montpellier, 2013.
43. ZUBER Frédéric, « JEUNES INSTALLEES ET REMPLACANTS EN MEDECINE GENERALE. REGARDS CROISES SUR DEUX TYPES D'EXERCICE. Les déterminants du projet professionnel. » Thèse de doctorat en médecine, faculté de médecine de Dijon, Dijon, 2012.
44. CHIKHAOUI BOUCHENE Jihane, « Motivations des remplaçants en médecine générale, d'Ile-de-France, à poursuivre les remplacements. », thèse de doctorat en médecine générale, université Paris Diderot - Paris 7, Paris, 2017
45. GALAND Elodie, « QUELLES SONT LES MOTIVATIONS A RESTER MEDECIN GENERALISTE REMPLACANT ? METHODE DE FOCUS GROUP ET ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS. », thèse de doctorat en médecine générale, université de Nantes, Nantes, 2012
46. MAZALOVIC Katia, « LE REMPLACEMENT EN MEDECINE GENERALE : POURQUOI UN TEL ENGOUEMENT POUR CE MODE D'EXERCICE ? », thèse de doctorat en médecine générale, faculté de médecine de Dijon, Dijon, 2012.

ANNEXE

D'après les différents résultats que nous avons pu extraire lors de notre étude, nous pouvons tenter de donner quelques conseils aux médecins installés afin de favoriser la mise en place et le bon déroulement d'un remplacement en médecine générale :

- être Maître de Stage des Universités.
- faire appel le plus régulièrement possible au même remplaçant.
- en fonction des critères de choix du remplaçant et en l'absence de secrétariat, discuter de la mise à disposition temporaire d'un secrétariat à distance ou par internet.
- pour l'organisation des dates de remplacement, il est souhaitable de débiter sa recherche le plus tôt possible, dès la période d'absence souhaitée connue du médecin installé.
Si possible, lors de la discussion avec le médecin remplaçant des dates souhaitées, se laisser une marge de sécurité dans le choix de ses dates d'absences afin, au pire, de pouvoir s'adapter au planning professionnel du remplaçant.
Vous pourrez aussi préciser au remplaçant quel type de remplacement vous souhaitez (régulier/intermittent/ponctuel), ainsi que si vous souhaitez faire appel à lui régulièrement.
- discuter avec le remplaçant de l'organisation des consultations (rythme de travail quotidien, nombre de consultations journalière, consultations sur rendez-vous et/ou sur créneaux libres), des visites (pas de visites ou bien réalisation de visites bien « intégrées » au planning de consultations) et d'une ou plusieurs gardes éventuelles.
- discuter avec le remplaçant de jours ouvrables de consultations ainsi que des horaires d'ouvertures du cabinet pour chaque jour ouvrable travaillé.
- la communication entre médecin installé et remplaçant est très importante. Que ce soit en ce qui concerne les modalités du remplacement ou bien la continuité des soins en elle-même, la présence d'une facilité à dialoguer ; sur tous les sujets ; entre les deux médecins ne pourra qu'être favorable au bon déroulement du remplacement.

- prendre soin de bien expliquer au remplaçant le fonctionnement du cabinet : utilisation du logiciel informatique et remplissage des dossiers médicaux afin d'assurer une bonne continuité des soins, localisation du matériel médical à usage courant, localisation de différents documents administratifs à usage courant, réalisation de la comptabilité journalière, annuaires de confrères spécialistes, système de sécurité, matériel de bureautique à usage courant.

- dans le cadre d'un cabinet ayant un secrétariat ou bien un cabinet de groupe, présenter tout le personnel de ce dernier au nouveau remplaçant.

VU

NANCY, le **10 octobre 2019**

Le Président de Thèse

Professeur J.L. OLIVIER

NANCY, le **21 octobre 2019**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **10967**

NANCY, le **24 octobre 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Titre : mise en relation d'un médecin généraliste installé et d'un médecin généraliste remplaçant : quels critères favorisent le bon déroulement d'un remplacement ? Réalisation d'une revue de littérature.

Contexte : le médecin généraliste est au centre du système de santé français. De ce fait, lors d'une période d'absence, ce dernier va rechercher un remplaçant afin de permettre une continuité des soins pour ses patients. Mais cette recherche semble de plus en plus difficile à satisfaire pour les médecins généralistes français.

Objectif : l'objectif de notre étude est de mettre en évidence les attentes respectives des médecins installés et des médecins remplaçants, vis-à-vis du déroulement d'un remplacement en médecine générale.

Méthode : une revue de littérature a été réalisée par un seul chercheur sur le sujet, en suivant les lignes directrices du guide de rédaction PRISMA. Les bases de données de recherches utilisées sont : PubMed/Medline, SUDOC, Ulysse, BDSP et LiSSa

Résultats : sur 1200 résultats de recherche, 27 sources ont été incluses. Différents critères, ayant une tendance à influencer le bon déroulement d'un remplacement, ont été mis en évidence : la relation confraternelle, le professionnalisme, l'adaptabilité, la traçabilité, le relationnel et le mimétisme pour les médecins installés. Des critères géographiques, d'organisation, de rentabilité, d'autonomie, de similitude des pratiques professionnelles pour les médecins remplaçants. La tendance des médecins installés à ressentir une difficulté dans la recherche d'un médecin remplaçant apparaît dans notre analyse.

Discussion : les différents critères retrouvés dans notre étude concordent avec le fait que les jeunes médecins remplaçants recherchent une qualité de vie et de travail. L'exercice du remplacement leur autorise une liberté contrairement à l'installation qui leur apparaît plus restrictive et contraignante.

Conclusion : dans le but de maintenir une continuité des soins pour ses patients, il existe actuellement une difficulté pour les médecins installés à trouver un remplaçant. Ces derniers, du fait d'une actuelle balance démographique en leur faveur, vont sélectionner leur remplacement en fonction de critères qui permettront, au mieux, un confort de vie et un confort de travail.

TITRE EN ANGLAIS : Linking a general practitioner and a substitute general practitioner : what criteria favor the success of a replacement ? Making of a literature review.

THÈSE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2019

MOTS-CLÉS : médecine générale, médecin généraliste, médecin remplaçant, remplacement professionnel.

INTITULÉ ET ADRESSE :

Faculté de Médecine de Nancy
Université de Lorraine
9 Avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex
