

UNIVERSITÉ PARIS 7 - PARIS DIDEROT
FACULTÉ DE MÉDECINE
Site Xavier Bichat

Année 2008

n°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

GUEDES-MARCHAND Cécile
Née le 25 mai 1978 à Ermont (Val d'Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 10 décembre 2008

**LE REMPLAÇANT, CET INTERMITTENT DE LA
MÉDECINE GÉNÉRALE :
sa place dans le système de soins**

Président : Professeur Jean-Damien RICARD

Directeur : Docteur Christophe LEROY

RÉSIDENT

À mon frère Raphaël

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean –Damien Ricard, qui m’a fait l’honneur d’accepter de présider cette thèse. Je tiens à exprimer toute ma gratitude pour sa gentillesse et sa bienveillance.

Aux membres du jury.

Au docteur Christophe Leroy, pour la direction de ce travail, et pour l’enseignement reçu lors de mon externat et de mon résidanat aussi bien dans l’ambulance du SMUR qu’aux Urgences. Si je peux envisager l’urgence vitale dans ma pratique de ville avec un tant soit peu de sérénité, c’est bien grâce à l’équipe du SAU de l’hôpital Louis Mourier.

Aux docteurs Catherine Azjenmann, Pierre Babo, Bruno Boulte, Patrick Brun, Jean-Paul Dabas, Hervé Le Loch, Jean-Luc Molitor, praticiens hospitaliers : la qualité de mes stages de résident à leurs côtés m’en aurait presque fait abandonner la médecine générale libérale.

Au docteur Céline Szwebel, mon maître de stage, pour la rigueur et l’humanité dont elle fait preuve dans son exercice quotidien ainsi que la confiance dont elle m’a honorée durant mon stage. J’ai beaucoup appris à son contact.

Au docteur Willy Benillouche, maître de stage de mon mari, pour l’avoir initié aux redoutables arcanes de la comptabilité libérale, me délivrant d’un grand poids !

Aux docteurs Sylvie Cabrita, Yves Geffraye, Patrice Maszczak, Sandra Texier-Prat que je remplace fidèlement : puissent-ils me garder leur confiance pendant de nombreuses années.

À Valérie Moreau et Romuald Chaton de la Touche pour leur engagement envers le CRJI, Club des remplaçants et des jeunes installés du Val d’Oise, à la fois structure de FMC animée par des spécialistes locaux mais aussi espace de rencontre et d’échange entre médecins remplaçants.

Aux docteurs Sonja Curac, Mélanie Gibert, Zahir Oukachbi, Gwénolette Prevost, Reka Zsigmond, pour leur relecture attentive, leurs précieux conseils et leurs encouragements.

À mes parents, mes frère et sœurs, pour leur soutien durant ces longues études.

À mon mari, Benoît, pour son aide informatique, sa relecture critique, et son amour tout simplement. Remplaçant endurci, tu es la muse de cette thèse.

À mes filles Vinciane et Klervie...

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES ILLUSTRATIONS	6
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	7
1 INTRODUCTION.....	8
2 ORIGINES ET HISTORIQUE DU REMPLACEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE.....	11
2.1 <i>Loi du 19 ventôse an XI : organisation des professions de santé.....</i>	<i>11</i>
2.2 <i>Loi du 30 novembre 1892 : légalisation du remplacement.....</i>	<i>13</i>
2.3 <i>Perfectionnement du statut de remplaçant par les pairs médecins.....</i>	<i>14</i>
2.4 <i>Création de la licence de remplacement.....</i>	<i>15</i>
2.5 <i>Le remplaçant devient un praticien indépendant et libéral.....</i>	<i>16</i>
2.6 <i>Évolution des études médicales et du niveau requis pour remplacer.....</i>	<i>18</i>
3 DÉMOGRAPHIE DES REMPLAÇANTS ET TENTATIVES D'EXPLICATION À LEUR RARETÉ	25
3.1 <i>Démographie médicale.....</i>	<i>25</i>
3.1.1 <i>Les médecins généralistes.....</i>	<i>25</i>
3.1.2 <i>Les remplaçants.....</i>	<i>26</i>
3.1.3 <i>Les remplaçants généralistes.....</i>	<i>27</i>
3.2 <i>Pénurie des généralistes et des remplaçants liée à la formation médicale.....</i>	<i>31</i>
3.2.1 <i>Le numerus clausus.....</i>	<i>31</i>
3.2.2 <i>Spécialisation de la médecine générale et allongement de la durée des études ...</i>	<i>36</i>
3.2.3 <i>L'instauration de l'examen national classant.....</i>	<i>38</i>
3.3 <i>Rareté des remplaçants liée aux difficultés d'exercice.....</i>	<i>42</i>
3.3.1 <i>La difficulté de rester remplaçant pour une longue période.....</i>	<i>43</i>
3.3.2 <i>Pression des cotisations sociales.....</i>	<i>43</i>
3.3.3 <i>Protection sociale insuffisante.....</i>	<i>45</i>
3.3.4 <i>Attractivité du secteur hospitalier et du salariat.....</i>	<i>48</i>
4 PORTRAITS DES REMPLAÇANTS	52
4.1 <i>Étudiants de troisième cycle.....</i>	<i>52</i>
4.2 <i>Médecins étrangers.....</i>	<i>53</i>
4.3 <i>Médecins recherchant une installation ou une association.....</i>	<i>53</i>
4.4 <i>Médecins salariés.....</i>	<i>53</i>
4.5 <i>Médecins installés.....</i>	<i>54</i>
4.6 <i>Médecins retraités.....</i>	<i>55</i>
4.7 <i>Remplaçants professionnels.....</i>	<i>55</i>

5	LA NOUVELLE GÉNÉRATION DE MÉDECINS	59
5.1	<i>La féminisation de la profession.....</i>	59
5.1.1	Un phénomène mondial	59
5.1.2	La médecine : un métier de femmes	61
5.1.3	Féminisation et temps de travail	62
5.2	<i>À propos du salariat.....</i>	66
5.3	<i>À propos de la désertification des campagnes.....</i>	67
5.4	<i>À propos de la désaffection de certaines spécialités.....</i>	69
5.5	<i>À propos de la permanence des soins.....</i>	70
5.6	<i>À propos du retard à l'installation.....</i>	72
5.7	<i>Idées reçues et vraies mutations.....</i>	75
6	LE REMPLAÇANT GÉNÉRALISTE : SA PLACE DANS LE SYSTÈME DE SOINS	76
6.1	<i>Constat actuel.....</i>	76
6.2	<i>Propositions de solutions de valorisation de la filière de médecine générale.....</i>	77
6.2.1	Poursuivre l'élévation du <i>numerus clausus</i>	78
6.2.2	Valoriser la médecine générale au niveau de son enseignement	78
6.2.3	Valoriser la médecine générale au niveau de l'examen national classant.....	80
6.2.4	Valoriser la médecine de premier recours au niveau de son mode d'exercice	81
6.2.5	Revaloriser les rémunérations.....	82
6.3	<i>Solutions entre remplacement et installation : intégrer le remplaçant à l'offre de soins.....</i>	83
6.3.1	Le collaborateur libéral	83
6.3.2	Le collaborateur salarié.....	88
6.3.3	L'assistant libéral	90
6.3.4	L'adjoint au docteur en médecine.....	91
6.3.5	Le médecin volant.....	92
7	CONCLUSION.....	95
	BIBLIOGRAPHIE	98
	RÉSUMÉ.....	103

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Carte 1 : répartition des médecins remplaçants en médecine générale.....	28
Carte 2 : répartition et densité des médecins généralistes.....	28
<hr/>	
Graphique 1 : pyramide des âges en médecine générale.....	26
Graphique 2 : pyramide des âges des 9479 médecins remplaçants.....	27
Graphique 3 : pyramide des âges des médecins remplaçants en médecine générale	29
Graphique 4 : nombre d'étudiants admis en PCEM2 de 1971 à 2008.....	33
Graphique 5 : pyramide des âges des médecins anesthésistes réanimateurs en 1999	36
Graphique 6 : effectifs des médecins nouvellement inscrits de 1986 à 2007.....	50
Graphique 7 : effectifs des généralistes nouvellement inscrits de 1997 à 2007	50
Graphique 8 : comparaison des modes d'exercice souhaités en PCEM en 2005 et observés au tableau de l'Ordre en 2008	66
<hr/>	
Tableau 1 : évolution par année du nombre de postes d'internes et des promotions correspondantes	35
Tableau 2 : répartition des postes ouverts et pourvus par discipline aux épreuves classantes nationales de 2004 à 2007	39
Tableau 3 : taux d'affectation en % des postes ouverts en médecine générale aux épreuves classantes nationales de 2004 à 2007 par subdivisions.....	41
Tableau 4 : postes ouverts aux épreuves classantes nationales en 2008.....	42
Tableau 5 : durée hebdomadaire moyenne de travail des médecins généralistes (en heures, y compris gardes et astreintes), selon le sexe	63
Tableau 6 : durée hebdomadaire moyenne de travail des médecins généralistes (en heures, y compris gardes et astreintes), selon l'âge.....	64

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

BNC	Bénéfice non commercial
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CDOM	Conseil départemental de l'Ordre des médecins
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CES	Certificat d'études spécialisées
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CaRMS	Canadian Resident Matching Service
CPS	Carte professionnelle de santé
CSG	Contribution sociale généralisée
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
DCEM	Deuxième cycle des études médicales
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DIU	Diplôme inter Universitaire
DU	Diplôme d'Université
ECN	Épreuves classantes nationales
ENC	Examen national classant
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
ISNAR-IMG	Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale
MEP	Mode d'exercice particulier
MG-France	Syndicat des médecins généralistes
PAM	Praticiens et auxiliaires médicaux
PCB	Certificat d'études physiques, chimiques et biologiques
PCEM	Premier cycle des études médicales
PCN	Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles
PMI	Protection maternelle et infantile
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SML	Syndicat des médecins libéraux
TCEM	Troisième cycle des études médicales
UNOF	Union nationale des omnipraticiens français
URCAM	Union régionale des caisses d'Assurance maladie
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et des Allocations familiales
ZFU	Zone franche urbaine
ZRR	Zone de revitalisation rurale

1 INTRODUCTION

Le remplacement, étape quasi obligatoire dans la carrière du médecin libéral avant son installation, est toutefois, comme j'ai eu l'occasion de le constater au cours de mon exercice professionnel, mal connu du côté du public et non reconnu du côté des pairs médecins.

Les réactions naïves sont du côté des patients qui voient le remplaçant comme un étudiant inexpérimenté à qui est offert l'occasion de faire ses premières armes sur le terrain.

« Oh, vous avez de la chance que le docteur X. vous permette de débiter dans son cabinet, comme ça vous aurez de l'expérience quand vous ouvrirez le votre ! »

« Vous savez, le docteur X a de la chance d'avoir une petite remplaçante comme vous, il peut partir tranquille en vacances, et c'est bien quand c'est vous, vous avez un autre regard, ça change. »

« Dites, vous ne faites que des remplacements ? Moi j'irais bien à votre cabinet... »

Du côté des installés, les réactions balancent entre condescendance et incompréhension.

« Lorsque je remplaçais à mes débuts, j'étais content de simplement pouvoir travailler, aujourd'hui les jeunes sont plus exigeants, c'est la loi de l'offre et de la demande. »

« C'est difficile de dénicher un bon remplaçant et de le garder, vous faites quoi les dix prochaines années ? »

« Tu as raison de choisir ta façon de travailler, mais le suivi des patients ne te manque pas ? »

Le remplaçant ne se veut pas un jeune et fringant médecin aux dents longues prompt à détourner la clientèle de son remplacé et s'installer à ses dépens. Il n'est plus un jeune étudiant qui découvre la médecine libérale dans les murs d'un confrère généreux. Petit à petit, du fait de l'évolution des études médicales, de la démographie et du mode de vie, une nouvelle espèce de remplaçant est apparue : le « remplaçant professionnel », c'est à dire un médecin libéral à part entière, qui ne cherche ni association, ni succession.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) règlemente les remplacements mais sans réserver aux remplaçants un réel statut de médecin. C'est aussi le cas de l'Assurance maladie. En 2008, pour la première fois l'Atlas de démographie médicale du Conseil de l'Ordre s'est intéressé aux remplaçants, pour souligner entre autres leur progression : un quart des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre en 2007 sont remplaçants. C'est une révolution de l'exercice libéral traditionnel, mais ce n'est pas la seule.

Aujourd'hui la médecine attire de plus en plus de femmes, qui tout en travaillant plus que la moyenne de la population nationale, modèlent leur choix d'exercice en fonction de leur vie familiale, ce qui n'est pas sans conséquence sur le temps médical disponible. Les mentalités évoluent également : comment, à l'heure des 35h dans une société de loisirs et de consommation, exiger des médecins quel que soit leur sexe, qu'ils soient disponibles à toute heure ?

Alors que la désertification des campagnes touche toutes les professions et toutes les collectivités locales, comment exiger des médecins qu'ils s'installent de façon à couvrir tout le territoire, au mépris de leurs besoins familiaux les plus élémentaires (nécessité

d'emploi pour le conjoint, d'écoles et de systèmes de gardes pour les enfants). Alors que pour eux la qualité de vie prime nettement sur les revenus, comment penser que seule l'incitation financière pourrait compenser l'implantation dans ces zones ?

Les études médicales se sont rallongées de façon notable ces dernières années. Un remplaçant en 2008, même encore étudiant, a derrière lui une scolarité plus longue qu'une bonne partie des médecins qu'il remplace. Avant 1965, les médecins s'installaient au sortir de la Faculté, avec à leur actif une faible expérience clinique. Dans l'organisation actuelle des études médicales et notamment avec l'externat obligatoire dès la deuxième année du deuxième cycle des études médicales (DCEM), les futurs praticiens passent six ans minimum au chevet du malade et ce, toujours dans le cadre d'un compagnonnage. Comment, après avoir disposé de toutes les facilités pour obtenir une IRM ou un avis cardiologique, se parachuter seul dans un cabinet ? À l'heure des cyber technologies et d'une médecine de pointe, comment accepter de l'exercer comme au XIXème siècle ?

Dans ce travail, au travers de la littérature qui s'y rapporte, j'ai voulu mieux faire connaître le remplaçant :

- Comment le statut de remplaçant s'est progressivement construit, aussi bien dans la législation française qu'au niveau des autorités ordinales et comment l'historique du remplacement est étroitement lié à l'histoire des études médicales et des diverses réformes universitaires.
- Quelles sont les difficultés liées à ce choix d'exercice.
- Comment l'évolution actuelle de l'exercice de la médecine libérale fait du remplaçant un atout qu'il convient d'intégrer dans l'offre de soins

2 ORIGINES ET HISTORIQUE DU REMPLACEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

De tous temps, la situation légale et universitaire du remplaçant fut conditionnée par celle du médecin généraliste libéral.

2.1 Loi du 19 ventôse an XI : organisation des professions de santé

Le système des grades obligatoires pour exercer les professions de santé fut instauré par la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803). Elle permit de créer des Écoles de médecine et abolit la distinction entre médecins et chirurgiens.¹

La médecine comportait alors deux grades :

- le docteur, issu des Écoles de médecine devenues Facultés en 1808 et qui avait le droit d'exercer la médecine et la chirurgie sur tout le territoire.
- l'officier de santé, qui était reçu par un jury médical départemental à la fin d'études médicales moins longues et ne pouvait exercer que dans les limites du département où il avait été reçu.¹

Cette différenciation en deux statuts permettait d'exercer un contrôle strict des installations afin de subvenir aux besoins médicaux des zones déficitaires. Avec la disparition des jurys médicaux en 1855, l'officiat de santé devint inopérant. Cela est rapporté dans la Grande Encyclopédie rédigée sous la direction de M. Berthelot, publiée de 1885 à 1902.²

« Les officiers de santé constituaient une classe de médecins d'une instruction moins étendue que les docteurs en médecine (loi du 10/03/1803)...Tout le monde sentait depuis longtemps l'illogisme de cette organisation qui avait pour but, à l'origine, d'assurer les secours médicaux dans les campagnes, et dont le seul résultat avait été de faire naître une concurrence regrettable entre les deux catégories de médecins, sans que pour cela les campagnes fussent mieux desservies. En effet on trouvait autant d'officiers de santé dans les grandes villes que dans les petits centres. Enfin la loi de 1892 est venue faire cesser cet état de choses en décrétant la suppression de l'officiat. Les officiers de santé en exercice ont été invités à régulariser leur situation en passant les examens complémentaires nécessaires pour acquérir le diplôme de docteur.»

L'officiat de santé fut aboli en 1892.¹

La loi du 19 ventôse an XI permettait aux médecins et chirurgiens étrangers et diplômés à l'étranger d'exercer en France. L'arrêté du 18 octobre 1834 reprécisa les conditions d'exercice de ces praticiens : *« concernant les médecins étrangers qui sollicitent l'autorisation d'exercer la médecine en France, ils doivent impérativement être détenteurs d'un diplôme d'une des trois Facultés du royaume. Ce titre pourra être accordé par permutation, sur l'avis du Conseil royal de l'Instruction publique, qui statuera suivant les cas. »*¹

Simultanément, le statut de remplaçant apparut dans les textes de loi. Le remplacement occupait une place très réduite qui s'expliquait par les conditions sociales de l'époque. L'habitude des vacances n'était pas encore entrée dans les mœurs, les congés payés n'apparaîtront qu'en 1936. Par ailleurs, le recours au médecin était bien moindre :

moins systématique et surtout moins prompt. Les patients étaient habitués à attendre le médecin qui n'était pas comme aujourd'hui prévenu par simple appel téléphonique. La conception du médecin de famille, celui qui mettait au monde les enfants et fermait les yeux des aïeux, n'était pas favorable à la consécration légale du remplacement, d'autant plus que la profession médicale elle-même ne bénéficiait que d'une organisation rudimentaire.³

Toutefois dans certaines circonstances les médecins ne pouvaient absolument pas suffire à la tâche et il apparaissait nécessaire d'assurer une permanence des soins médicaux à la population. On imagina de recourir aux étudiants en médecine, mais il fallait légiférer pour leur permettre d'exercer leur art sous certaines conditions, sans pour autant risquer des poursuites pour exercice illégal.³

2.2 Loi du 30 novembre 1892 : légalisation du remplacement

La loi du 19 ventôse an XI n'avait pas prévu le cas des remplaçants ; en attestent plusieurs rapports du Comité d'Hygiène qui signalent une sévérité particulière des tribunaux à l'égard des étudiants en médecine considérés de façon injuste comme exerçant illégalement la médecine.³

La loi du 30 novembre 1892 constitua la première étape dans la réglementation du remplacement.³ Les conditions du remplacement étaient précisées dans l'article 6 de cette loi : *« Les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours et munis de douze inscriptions et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de*

docteurs en médecine. Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions. »

2.3 Perfectionnement du statut de remplaçant par les pairs médecins

Dès 1930, la Confédération des syndicats médicaux précisa l'obligation de non-installation du remplaçant dans un certain périmètre, ce qui apparut dans l'article 28 du Code de déontologie de la Confédération des syndicats médicaux français en 1936.³

« Un médecin ne doit pas s'installer dans une localité où il a été appelé comme remplaçant dans un rayon déterminé par le syndicat médical pour chaque cas particulier sans l'assentiment du confrère qu'il a remplacé. »

L'article 28 du Code de déontologie statuait également sur la rémunération du remplaçant, celui-ci étant considéré comme un salarié : *« en cas de remplacement par un interne ou un étudiant, celui-ci reçoit du médecin une somme fixe par jour, et n'a d'ordinaire droit à aucune part des honoraires. »*

Ce même article fit apparaître la notion de contrat de remplacement : *« c'est une convention par laquelle un médecin, moyennant un prix stipulé, convient avec un confrère remplaçant de le charger temporairement de sa clientèle dans le but de la conserver. »*

En 1936, la Confédération créa un Office de remplacement avec pour objectif d'assurer la validité des remplacements et *« éviter les remplacements par des jeunes gens souvent non en règle avec les conditions requises par l'article 6 de la loi de 1892, quelquefois même par des étrangers ou des non-médecins. »*. Un fichier à la disposition des

confrères permettait de renseigner ceux-ci sur la situation des postulants (scolarité, honorabilité, moralité, aptitudes spéciales, remplacements déjà effectués). Les remplaçants étaient des étudiants de quatrième et cinquième année, choisis pour leurs compétences diagnostiques et thérapeutiques par des médecins installés qui exerçaient également à l'hôpital. L'autorisation de remplacement était alors uniquement soumise à une autorisation préfectorale.³

L'Ordre des médecins créé par la loi du 7 octobre 1940 élaborait un Code de déontologie s'imposant à tous les médecins sous peine de sanctions disciplinaires. Dans l'article 25 du Code de déontologie de 1940 apparut un principe nouveau ; l'autorisation préfectorale restait indispensable pour tout remplacement mais ne suffisait plus.³

« Tout médecin qui se fait remplacer pour une durée de plus de vingt jours doit en informer par lettre recommandée le président du Conseil départemental de l'Ordre, en indiquant le nom de son remplaçant et, si celui-ci est un étudiant, sa scolarité. »

2.4 Création de la licence de remplacement

En 1941, une circulaire du secrétaire d'État à la Santé indiqua que l'habilitation devait prendre pour le remplaçant la forme d'une inscription au tableau départemental de l'Ordre dont dépendait le médecin remplacé. En réponse à cette circulaire, considérée comme abusive, le Conseil supérieur de l'Ordre créa en novembre 1941 une licence de remplacement pour les étudiants en médecine. Elle était délivrée par le président du Conseil de l'Ordre du département où l'étudiant faisait ses études, après vérification de ses inscriptions et de sa moralité. Elle était valable pour toute la France et devait être enregistrée au Conseil départemental du lieu de remplacement. La licence ne se substituait

pas mais se superposait à l'autorisation préfectorale.³

L'ordonnance du 24 septembre 1945 créa un nouvel Ordre des médecins et permit de fixer le régime actuel du remplacement,³ comme cela est précisé dans l'article 5 du Code de déontologie de 1945 : *« les internes français des hôpitaux et hospices des villes de Facultés et Écoles de médecine, nommés au concours et munis de seize inscriptions validées, et les étudiants en médecine français ayant vingt inscriptions validées peuvent être autorisés à exercer la médecine en temps d'épidémie ou à titre de remplacement de docteur en médecine. Cette autorisation délivrée par le préfet après avis favorable du Conseil départemental de l'Ordre est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions. »*

En juin 1947, le CNOM créa un nouveau Code de déontologie, dont les articles 67 et 68 reprécisaient les modalités du remplacement.³

Art 67 : *« le Conseil départemental de l'Ordre des médecins doit obligatoirement être informé de la demande de remplacement, il lui revient d'apprécier si le remplaçant non inscrit au tableau de l'Ordre présente les conditions de moralité nécessaires. »*

Art 68 : *« la durée de la clause de non-concurrence est portée à 2 ans sauf accord du remplacé qui doit être notifié au Conseil départemental de l'Ordre des médecins. »*

2.5 Le remplaçant devient un praticien indépendant et libéral

Les conflits entre le remplaçant et la Sécurité sociale se multiplièrent, le statut de salarié impliquant un lien de subordination d'employé à employeur, de nature à entraîner l'affiliation obligatoire du remplaçant à la Sécurité sociale, affiliation dont il ne s'acquittait

pas toujours spontanément, comme en témoignent plusieurs arrêts de la Cour de cassation. Le remplaçant perdit son statut de salarié et sa relation avec le médecin installé changea suite à un arrêt de la Cour de cassation de la République du 15 octobre 1958 : « *le remplaçant (étudiant ou inscrit à l'Ordre) est considéré comme non salarié, même s'il pratique son art dans le cabinet de consultation et avec les instruments de son confrère, utilise la voiture automobile de ce dernier et perçoit une rémunération journalière, dans la mesure où il demeure complètement indépendant dans l'exercice matériel de sa profession, organise son travail comme il l'entend et ne reçoit d'ordres et d'instructions ou de directives de quiconque.* »

En 1965, le CNOM porta la durée de la licence de remplacement à un an.

Le statut indéfini de salarié travailleur indépendant généra de plus en plus de désaccords entre les médecins remplaçants et les administrations fiscales d'une part et les médecins remplaçants et les médecins remplacés d'autre part. Le Code de déontologie de 1975 dans son article 87 proscrivit explicitement le salariat entre médecins. « *Il est interdit à un médecin d'employer pour son compte, dans l'exercice de sa profession, un autre médecin ou un étudiant en médecine.* »

Les instances administratives ne retinrent plus que le statut de libéral.

Par conséquent le remplaçant devint redevable de la taxe professionnelle dès lors que le nombre de ses actes, la durée de ses remplacements et l'importance de ses recettes étaient suffisants pour caractériser l'exercice libéral d'une profession, en application de l'article 1447 du Code général des impôts.

Loi 90-568 du 2 juillet 1990, art 21 : « *La taxe professionnelle est due chaque année par les personnes physiques ou morales qui exercent à titre habituel une activité professionnelle non salariée.* »

2.6 Évolution des études médicales et du niveau requis pour remplacer

Dès ses origines, le remplacement a toujours été conditionné par un certain degré d'études atteint, et ce tout au long de l'évolution de la formation médicale au cours des siècles. On en trouve la trace pour la première fois dans l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 : « *Les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours et munis de douze inscriptions et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine. Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.* ».³

En 1893 fut créé le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (PCN), année propédeutique nécessaire à l'inscription en Faculté de médecine.³

Avec la loi du 6 mai 1922, le niveau requis passa à vingt inscriptions validées. Les études médicales duraient six ans.³

Le décret du 6 mars 1934 porta à vingt-quatre le nombre d'inscriptions nécessaires, soit la validation complète de la scolarité. La même année, le PCN devint certificat d'études physiques, chimiques et biologiques (PCB). La durée des études médicales était de sept ans. Pour les étudiants n'ayant obtenu ni l'externat ni l'internat, la dernière année

était un stage hospitalier.³

En 1949 le stage de sixième année devint « un stage interné pratique », obligatoire pour tous.³

Avec les décrets du 7 mars 1964 et du 29 avril 1965, l'externat devint obligatoire dès la quatrième année de médecine, les externes ne se recrutaient plus sur concours. Le PCB devint premier cycle des études médicales (PCEM) d'une durée de deux ans. Lui faisait suite le DCEM d'une durée de quatre ans. S'ensuivait le troisième cycle des études médicales (TCEM) encore appelé stage interné, d'une durée de un an avec des examens de clinique médicale chirurgicale et de gynécologie obstétrique. Les spécialistes disposaient de deux possibilités d'accès, la voie sélective et hospitalière de l'internat et la voie non sélective et universitaire des certificats d'études spécialisées (CES).⁴

Le *numerus clausus* à l'issue du PCEM1 fut créé en 1971 avec un objectif de régulation de la démographie médicale.

La loi 82-1098 du 23 décembre 1982 supprima les CES et réforma les études médicales. L'internat devint qualifiant pour la formation des spécialistes, avec la création des diplômes d'études spécialisées (DES). Le TCEM de deux ans apparut pour la médecine générale, autrement appelé résidanat. Il incluait un stage de sensibilisation à la pratique au cabinet, qui occupait alors vingt demi-journées, et qui entraîna un premier recrutement de maîtres de stage.

En 1986, on dénombrait 20 000 remplaçants, qui attendaient parfois cinq ou six ans

avant de s'installer. Ils ne remplaçaient plus pendant leurs études, car les résidents avaient une présence hospitalière obligatoire.

Le décret 87-622 du 3 août 1987 autorisa les chefs de clinique à remplacer pendant leurs congés, avec l'accord de leur chef de service.

Les années 1990-2000 furent marquées par une revalorisation des études de médecine générale, qui passa par l'exigence de critères plus stricts pour remplacer.

La loi 91-73 du 18 janvier 1991 tenta de répondre à l'augmentation de la demande de remplacements : *« les étudiants en médecine français ou ressortissant d'un des autres États parties à l'accord sur l'espace économique européen et inscrits en TCEM en France peuvent être autorisés à exercer la médecine, soit à titre de remplaçant d'un docteur en médecine, soit, en cas d'afflux exceptionnel de population dans une région déterminée, comme adjoint d'un docteur en médecine. »*

Les autorisations mentionnées à l'alinéa ci-dessus étaient délivrées par le préfet du département après avis favorable du Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) et pour une durée limitée ; elles étaient renouvelables dans les mêmes conditions.

En 1994, la soutenance de la thèse devint obligatoire pour pouvoir continuer à remplacer au delà d'un certain délai, comme cela était spécifié dans l'article 2 du décret 94-120 : *« l'autorisation est délivrée par le préfet du département du remplacé après avis favorable du CDOM pour une durée maximale de 3 mois, renouvelable dans les mêmes conditions et pour la même durée maximale. Aucune autorisation ou aucun renouvellement d'autorisation ne peut être délivrée au delà de la troisième année à compter de*

l'expiration de la durée normale de la formation prévue pour obtenir le diplôme de TCEM. »

Depuis 1994, passé le délai de trois ans après la fin théorique du TCEM, si le remplaçant n'a pas soutenu sa thèse, il ne peut plus remplacer. Un remplaçant étudiant en médecine sans licence ni autorisation de remplacement, ou docteur en médecine non inscrit au tableau de l'Ordre exerce dans des conditions irrégulières. Il commet le délit d'exercice illégal de la médecine. Cette disposition est rappelée par l'article L. 4161-5 du code de la santé publique. Le remplaçant est susceptible d'être poursuivi devant le tribunal correctionnel et passible d'une amende de 30 000€ et de deux ans d'emprisonnement. Le médecin remplacé peut être considéré comme complice de cet exercice illégal, encourant les mêmes sanctions, indépendamment d'autres poursuites, en particulier disciplinaires. Si les caisses d'Assurance maladie peuvent rembourser aux malades de bonne foi les actes effectués par ce remplaçant, elles conservent néanmoins le droit d'obtenir de celui-ci le remboursement des prestations versées, car les organismes de Sécurité sociale ne sauraient participer aux frais supportés par les assurés que lorsque ces derniers consultent des praticiens légalement autorisés à exercer la médecine.⁵

L'ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 prolongea la durée du résidanat à deux ans et demi dont un semestre chez un praticien agréé maître de stage pour les étudiants entrés en TCEM en septembre 1996. Le semestre chez le praticien fut officiellement mis en place le 2 novembre 1997.

Le décret 98-168 du 13 mars 1998 excluait désormais les spécialistes du remplacement en médecine générale en rendant le stage chez le praticien obligatoire pour

remplacer. Du fait de la mise en place progressive de ce stage et de la carence de maîtres de stage, le nombre d'étudiants autorisés aurait chuté rapidement. Pour répondre aux demandes de remplacement, la licence de remplacement fut transitoirement prolongée par dérogation dans le même décret jusqu'au premier novembre 1999 pour les étudiants ayant validé trois semestres de résidanat.

Art 1 : « Activité du médecin remplacé : médecine générale

Conditions à remplir par le remplaçant ou l'adjoint et semestres requis :

1° Être inscrit en troisième cycle de médecine générale et avoir effectué trois semestres de résidanat, dont un chez le praticien généraliste agréé.

2° Par dérogation au 1° et jusqu'au 1er novembre 1999, les étudiants inscrits en troisième cycle des études médicales peuvent être admis par le préfet, après avis favorable du Conseil départemental de l'Ordre, à remplacer en médecine générale dans les conditions suivantes :

a) Pour les étudiants inscrits en troisième cycle de médecine générale, avoir effectué deux semestres de résidanat ;

b) Pour les étudiants inscrits en troisième cycle de spécialité, avoir effectué deux semestres d'internat dans un service agréé en médecine générale. »

En novembre 2003, le sixième semestre de médecine générale fut créé.

L'examen national classant fut créé par décret le 16 janvier 2004 et déclencha aussitôt des réactions de rejet.

« L'examen national classant (ENC), qui donne à tous les étudiants en médecine l'accès à des postes de médecins en formation dans les hôpitaux français, a remplacé l'ancien concours de l'internat. Mais ce qui aurait pu être une mesure démocratique formidable

est, en réalité, une catastrophe sanitaire et humaine, qui entretient et aggrave un élitisme bien éloigné des besoins sanitaires de la population et qui, à terme, aggravera les inégalités d'accès au soin. » Martin Winckler.⁶

En novembre 2004 fut créé le sixième semestre ambulatoire, le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS), dont le but est de mieux répondre à la demande des futurs généralistes ; une mise en situation authentique de confrontation réelle aux demandes de soins, à la prise en charge des patients nécessitant un suivi au long cours, à l'organisation matérielle et administrative du cabinet, à la collaboration avec d'autres confrères et professionnels de santé, sous supervision indirecte permanente.⁷

Longtemps, le remplacement s'est défini par ce qu'il n'était pas, à savoir pas un mode d'exercice habituel de la médecine libérale. Il était souvent déconsidéré car le remplaçant n'était pas docteur mais simple étudiant qui n'avait pas prêté serment, tout juste autorisé à exercer dans l'intérêt de la population afin d'assurer une continuité de soins.

Ce mode d'exercice est pourtant bien peu différent de l'exercice libéral traditionnel. Cette activité est soumise à toutes les obligations du Code de déontologie. Le remplaçant est libre de son travail et de ses prescriptions. La responsabilité civile et pénale est entière. Ce n'est pas une activité salariée, même si elle se déroule dans les locaux d'un autre. Le remplaçant est assujéti à la taxe professionnelle et aux diverses cotisations sociales. Il remplit la fonction de premier recours du médecin traitant en assurant la continuité de soins et parfois même en participant à la permanence de soins. Il assure aussi la continuité du suivi médical, dans le cadre d'un remplacement régulier, par l'utilisation du dossier médical. Sa patientèle est diversifiée, composée de celle des différents médecins qu'il

remplace. En somme le remplacement est l'exercice en toute plénitude de la médecine libérale avec les responsabilités qui en découlent, même si c'est un exercice par intermittence.

3 DÉMOGRAPHIE DES REMPLAÇANTS ET TENTATIVES D'EXPLICATION À LEUR RARETÉ

Théoriquement, tous les étudiants ayant choisi la voie de la médecine générale à l'internat peuvent être amenés à remplacer un jour, et ce pendant une période plus ou moins longue, selon l'orientation de carrière et les choix de vie qui seront les leurs. Dans la réalité, le nombre de remplaçants subit une pénurie chronique, dont se plaignent la plupart des médecins installés. Pour expliquer cette conjoncture, il existe plusieurs facteurs, à la fois démographiques, universitaires, ordinaires, fiscaux et sociologiques.

3.1 Démographie médicale

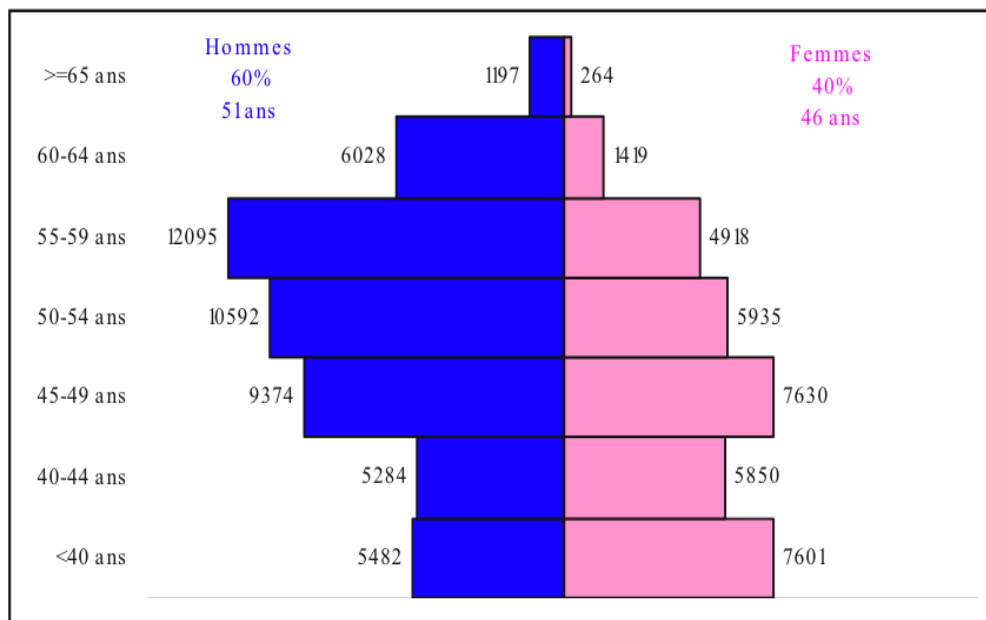
En 2007, 4995 médecins en activité se sont inscrits pour la première fois au tableau de l'Ordre des médecins. Parmi eux, 1206 médecins ont fait le choix du remplacement soit 24%. Les nouveaux inscrits ont un âge moyen de 33,8 ans et 54% d'entre eux sont des femmes.⁸

3.1.1 Les médecins généralistes

Au premier janvier 2008, l'effectif total des médecins généralistes en activité régulière est de 99029 (97883 pour la France métropolitaine). Leur âge moyen est de 49,3 ans. Les femmes représentent 38% des effectifs et sont majoritaires dans les générations de généralistes de moins de 40 ans. Les remplaçants représentent 7% des effectifs, et là encore les femmes sont majoritaires.⁸ Le graphique suivant nous montre le vieillissement

de la population des généralistes ainsi que la proportion grandissante des femmes.

Graphique 1 : pyramide des âges en médecine générale



Source : atlas de la démographie 2008. CNOM

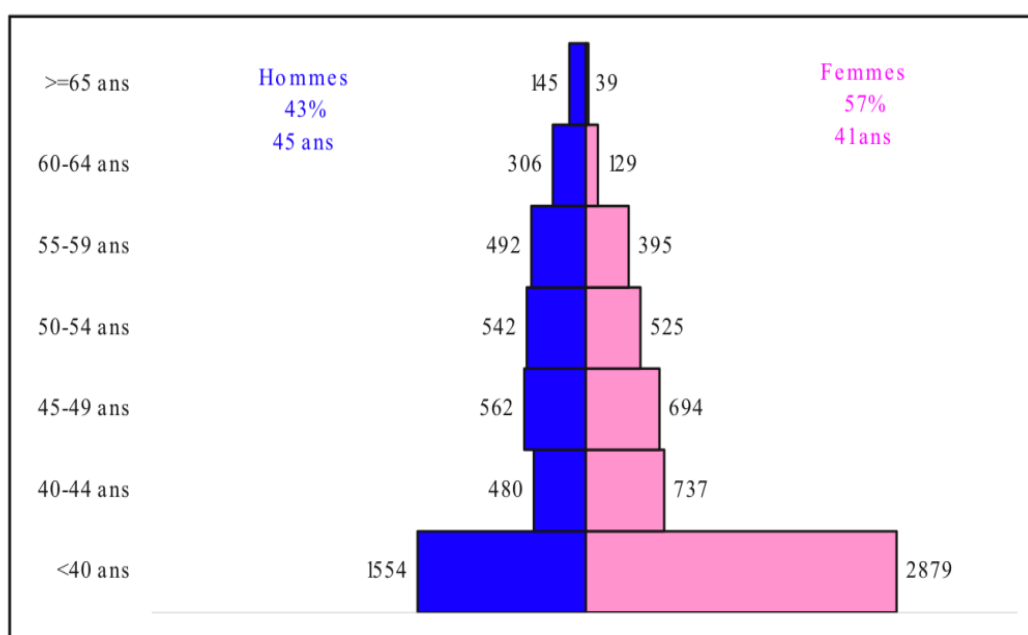
3.1.2 Les remplaçants

Il est impossible de connaître le nombre exact de remplaçants. Pour la première fois en 2008, l'Atlas de démographie du CNOM s'est intéressé aux remplaçants. Malheureusement ces chiffres sont ceux des remplaçants thésés inscrits à l'Ordre et ne prennent donc pas en compte les étudiants non thésés ni les remplaçants occasionnels ayant une activité salariée hospitalière ou extra-hospitalière.

En 20 ans les effectifs des médecins remplaçants nouvellement inscrits ont augmenté de 572,9%, avec une hausse de 25% entre 2006 et 2007. En 2007, 24% des médecins nouvellement inscrits l'ont fait en tant que remplaçant. 46% des médecins remplaçants sont

âgés de moins de 40 ans. On note également une hausse de 31% des effectifs masculins de la tranche d'âge supérieure ou égale à 65 ans. Il s'agit très probablement de médecins retraités qui conservent ou reprennent une activité sous forme de remplacements.⁸ Le graphique suivant nous montre également la part grandissante des femmes dans l'activité de remplacement.

Graphique 2 : pyramide des âges des 9479 médecins remplaçants

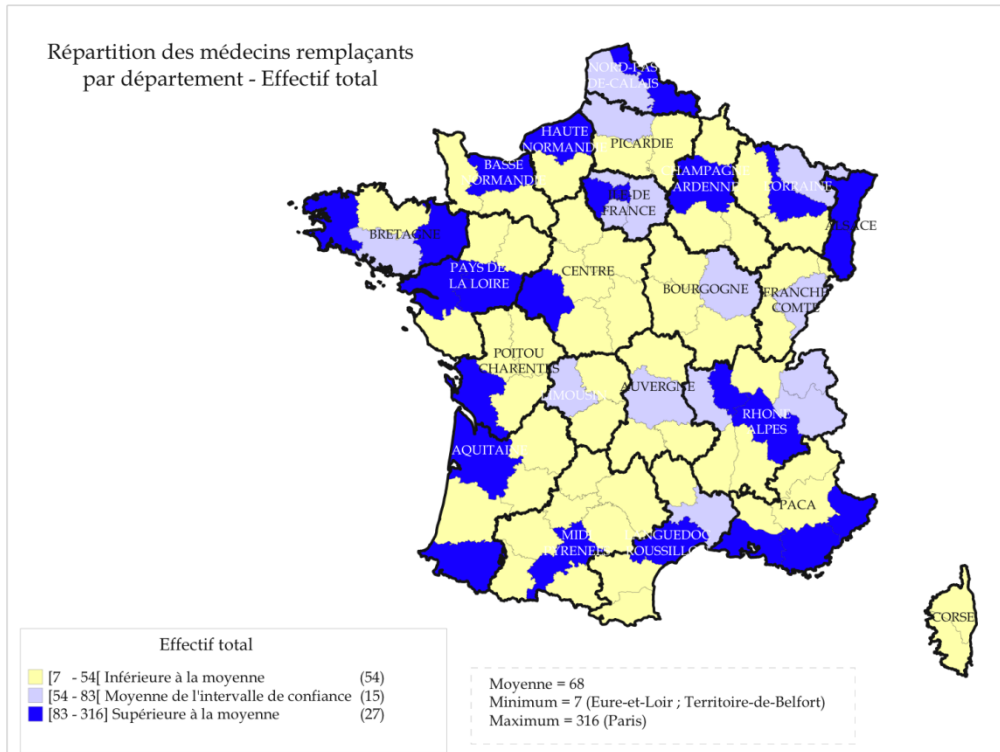


Source : Atlas de la démographie 2008. CNOM

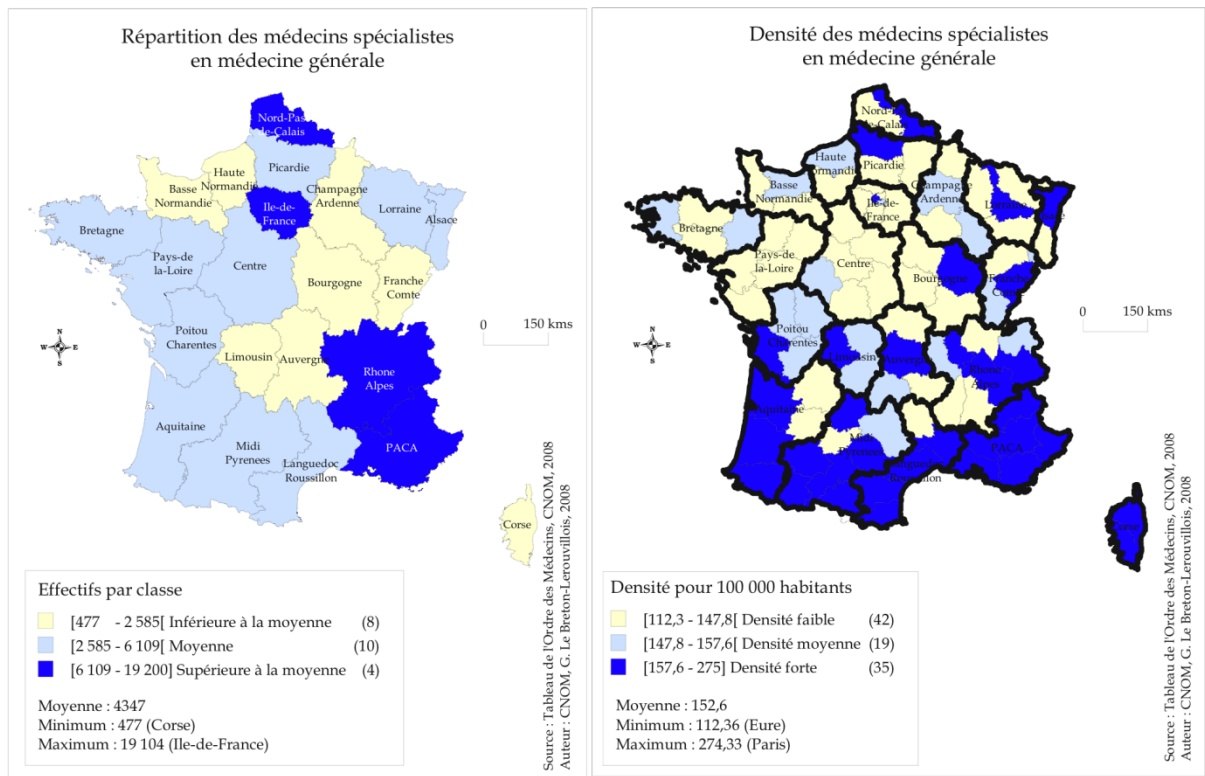
3.1.3 Les remplaçants généralistes

Les remplaçants sont à 72,7% des médecins généralistes. Au 1^{er} janvier 2008, 6894 médecins généralistes ne faisaient que des remplacements.⁸ 3000 à 4000 étudiants non thésés et non inscrits à l'Ordre feraient aussi des remplacements.⁹ Il y aurait donc entre 10000 et 11000 remplaçants pour environ 60000 généralistes installés à exercice libéral exclusif.

Carte 1 : répartition des médecins remplaçants en médecine générale



Carte 2 : répartition et densité des médecins généralistes

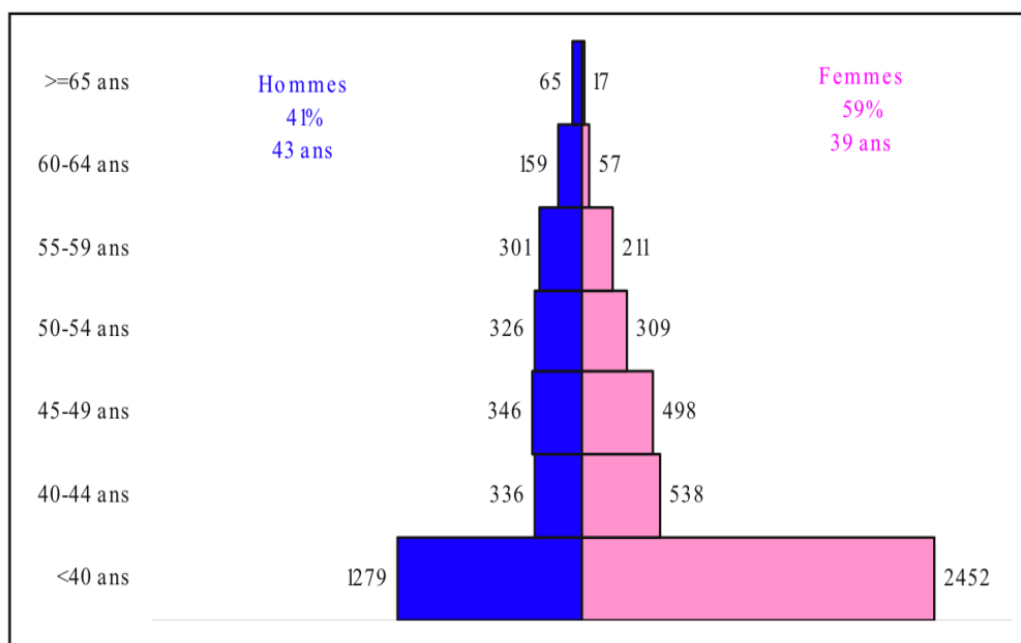


Source : Atlas de la démographie 2008. CNOM

Si comme leurs aînés installés les remplaçants ont un faible pour le sud et la capitale, on note quelques différences. Ils sont plus nombreux dans les régions du littoral ce qui pourrait correspondre à une recherche de meilleure qualité de vie et de loisirs. Ils sont attirés par les régions Bretagne et Normandie, considérées comme fragiles sur le plan de la démographie médicale. Rappelons toutefois que le remplaçant se caractérise par sa mobilité ; n'ayant pas d'adresse professionnelle, il est inscrit à l'Ordre de son département de résidence et peut très bien remplacer dans un département limitrophe ou plus éloigné.

60% des généralistes remplaçants sont des femmes. Elles sont âgées en moyenne de 39,3 ans contre 43,3 ans pour leurs confrères masculins⁸ et d'autant plus présentes dans les activités de remplacement que la classe d'âge est jeune.

Graphique 3 : pyramide des âges des médecins remplaçants en médecine générale



Source : Atlas de la démographie 2008. CNOM

Ce dernier graphique souligne l'importante représentation des femmes dans les

activités de remplacement, notamment lorsqu'elles exercent en médecine générale. Bien que la médecine se soit féminisée ces quarante dernières années, il semble que la précarité touche plus fortement les femmes en début de vie active. Il est probable que ce soit lié à une période propice à la maternité, en effet les médecins temporairement sans activité de moins de 45 ans sont à 69% des femmes.

Ce graphique souligne également l'écart entre l'âge moyen des remplaçants (40,9 ans) et celui de la première inscription à l'Ordre (33,8 ans). Le remplacement a longtemps été considéré comme une étape indispensable avant l'installation, manière d'acquérir une expérience sur le terrain, de se faire connaître avant une cession de clientèle. Cet écart d'âge tend à conforter le fait que le remplacement professionnel est une tendance qui s'accroît.

De ces différents graphiques se dégagent deux notions :

- La baisse du nombre de médecins généralistes, ou tout au moins du problème de renouvellement de génération qui va se poser ces prochaines années puisque les classes d'âge de 45 à 60 ans sont largement supérieures numériquement parlant aux classes d'âge de 30 à 44 ans.
- Le paradoxe de l'augmentation relative du nombre de remplaçants ; étant eux-mêmes des médecins généralistes plutôt jeunes, ils sont eux aussi touchés par cette baisse démographique, toutefois ce mode d'exercice connaît un engouement massif auprès des plus jeunes.

Nous allons tenter d'expliquer cette baisse du nombre de médecins généralistes, ainsi que les difficultés d'exercice liées au choix du remplacement.

3.2 Pénurie des généralistes et des remplaçants liée à la formation médicale

D'importantes réformes des études médicales se succédèrent ces dernières années :

- l'instauration du *numerus clausus* avait pour but de diminuer la concurrence entre médecins en régulant la démographie médicale.
- l'allongement constant des études médicales permit d'améliorer toujours plus la formation des futurs praticiens.
- l'instauration de l'ENC, en élevant la médecine générale au rang de spécialité devait valoriser cette filière.

Ces mesures ont eu un impact inattendu sur la démographie des remplaçants.

3.2.1 Le *numerus clausus*

Le *numerus clausus* fut créé par la loi 71-557 du 12 juillet 1971 aménageant la loi 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur. Le *numerus clausus* était fixé à 8588 étudiants en 1971. Il demeura aux alentours de 8500 jusqu'en 1978. La motivation première était de garantir la qualité de la formation clinique et pratique des étudiants dans les services hospitaliers, en attribuant notamment suffisamment de patients aux externes et aux internes.¹⁰

Sous l'impulsion de Madame Simone Veil, alors ministre de la Santé, de la Sécurité sociale et de la Famille, le *numerus clausus* descendit progressivement à 3500 entre 1978 et 1992. Cette baisse régulière avait pour but de compenser la « pléthore » de médecins. En effet, de 1960 à 1996 la population médicale avait progressé de 300% alors que la

population française n'avait progressé que de 30%.¹¹ Le rapport Choussat de 1996¹¹ proposa d'utiliser le *numerus clausus* comme régulateur de la démographie médicale et des dépenses de santé.

« L'explosion des dépenses de santé résulte de la combinaison effectivement explosive de médecins toujours plus nombreux disposant de moyens toujours plus coûteux...

Si, de 1970 à 1985, le numerus clausus avait été fixé à un chiffre inférieur de 1000 chaque année, nous aurions 15000 médecins de moins aujourd'hui et un déficit de l'Assurance maladie sensiblement inférieur...

[il y a un] excédent de 30000 médecins pour le seul secteur libéral...

Le numerus clausus est la pierre angulaire de la démographie médicale globale...

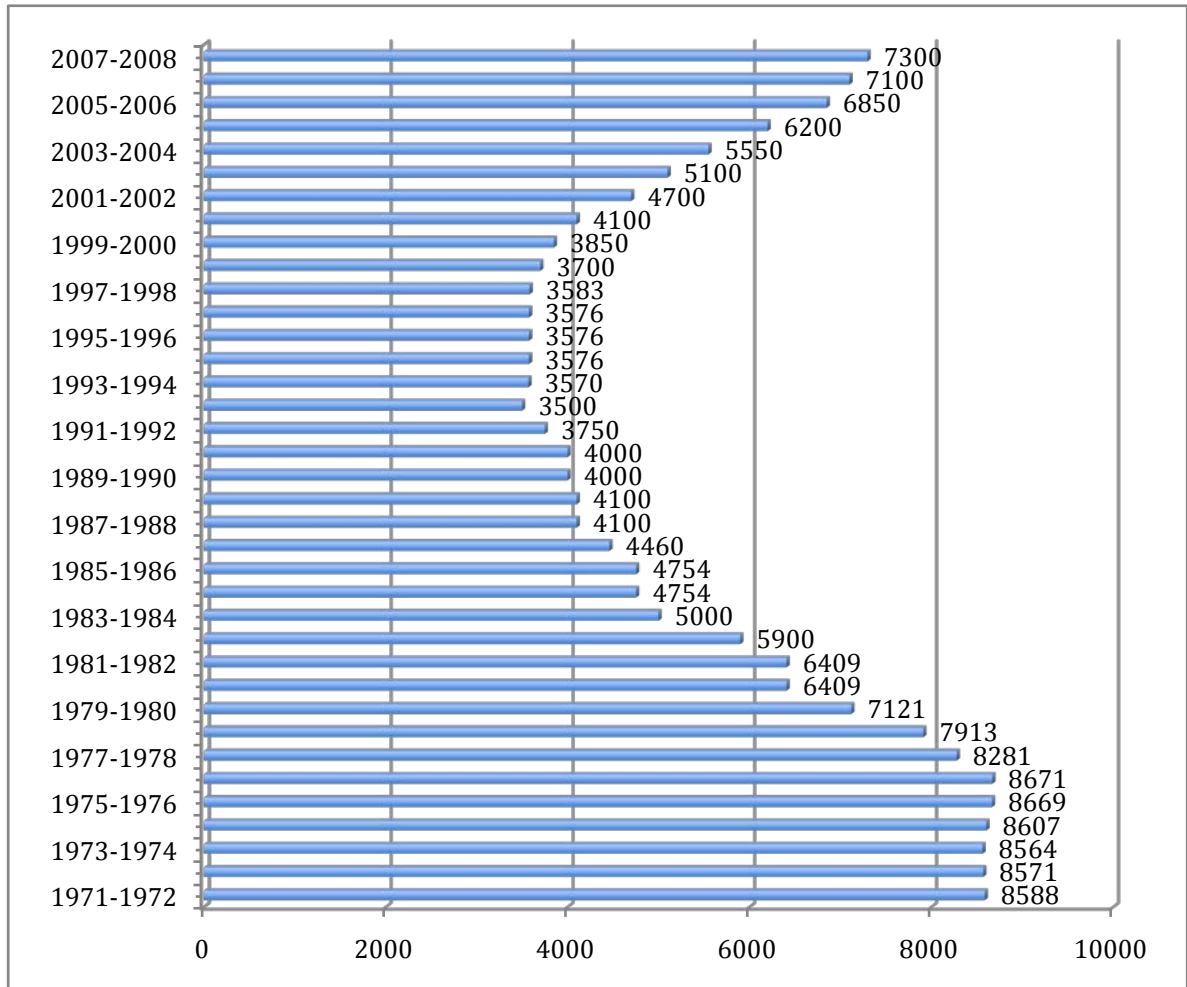
Aussi longtemps que le système de santé restera fondé, pour l'essentiel, sur un mécanisme de prélèvements obligatoires, il doit être clair qu'il est bien de la responsabilité de l'État de fixer le nombre des principaux ordonnateurs de dépenses. »

On estima inutile de diminuer encore les effectifs pour deux raisons. D'une part il apparaissait dérisoire de diminuer encore de quelques centaines le nombre d'entrants, face aux quelques 200000 médecins déjà en activité. D'autre part, on se rendit compte qu'à trop réduire le nombre d'entrants, on risquait de majorer l'effet du vieillissement de la population médicale 30 ans plus tard. De plus, dès 1990, le fonctionnement des services hospitaliers publics commença à pâtir de la baisse du *numerus clausus*.¹⁰

À partir de 1993 le *numerus clausus* augmenta de seulement quelques dizaines et son relèvement commença réellement après 2000, pour remonter à 7300 pour l'année 2008. Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative prévoit une augmentation jusqu'à 8000 pour 2011.¹²

Le graphique suivant nous montre l'évolution du *numerus clausus* jusqu'à nos jours.

Graphique 4 : nombre d'étudiants admis en PCEM2 de 1971 à 2008



Présenté en 1971 comme la solution de tous les maux démographiques, le *numerus clausus* fut en réalité un outil bien difficile à fiabiliser pour être utilisable facilement. Malgré les avertissements de nombreux acteurs, au premier rang desquels l'Ordre des médecins, un certain manque de clairvoyance des autorités de tutelle a prévalu : mais c'est seulement en 2002, que les pouvoirs publics admirent que la pénurie de médecins était d'ores et déjà inéluctable.¹³

« ...les difficultés démographiques qui sont devant nous étaient inscrites dans des données

connues de tous depuis plusieurs années ; cependant, les décisions qui auraient du être prises ne l'ont pas été, il y a donc un déficit de pilotage... » Monsieur Jean-François Matteï, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées pour Officiel santé, N°19, septembre-octobre 2002, cité dans le rapport Bouet de 2003.¹³

En 2008, le nombre de médecins retraités a augmenté de 3,4% tandis que le nombre de médecins en activité a augmenté de seulement 1,2%, ce qui nous donne en valeur absolue 2916 sortants contre 4995 entrants. Mais la valeur absolue des retraités ne va faire qu'augmenter ces prochaines années puisque la population médicale vieillit (âge moyen de 51 ans pour les hommes et 47 ans pour les femmes au 1^{er} janvier 2008 contre 48,8 ans pour les hommes et 45,3 ans pour les femmes au 1^{er} janvier 2004) et que les tranches d'âge des 55-59 ans et 50-54 ans sont bien supérieures, numériquement parlant, aux tranches d'âge des 45-49 ans et 40-44 ans.^{8,14}

Divers scénarios avaient été évoqués en 2003 dans le rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du CNOM du 14 juin 2003.¹³

« - Stagnation du numerus clausus aux alentours de 5100 médecins ; la réponse démographique est sans appel puisque la France perd en 2030 40% de ces effectifs et l'âge moyen passe au-dessus des 50 ans. La densité médicale passant de 338 à 220 pour 100000 habitants.

- Relèvement du numerus clausus à 7000 ; la démographie médicale chute à 271 pour 100000 en 2030 et ensuite remonte à 305 en 2040.

- Doublement du numerus clausus jusqu'en 2010 et ensuite diminution progressive ; 6000 en 2020 et 4750 en 2030 qui permet le maintien à la densité de 2012 (305/100000).

...Quelles que soient les mesures adoptées la densité médicale française sera au mieux de

305 médecins pour 100000 en 2012 au lieu de 338 en 2000. »

Le *numerus clausus* est indiscutablement à l'origine d'une pénurie de médecins toutes spécialités confondues. Les effectifs de médecine générale en ont particulièrement subi les conséquences. Le tableau suivant nous montre qu'en seulement 10 ans, le nombre de généralistes en troisième cycle a été diminué de moitié. Il est passé de 4532 (7100 – 2568) en 1985 à 2000 (4000-2000) en 1996.¹⁰

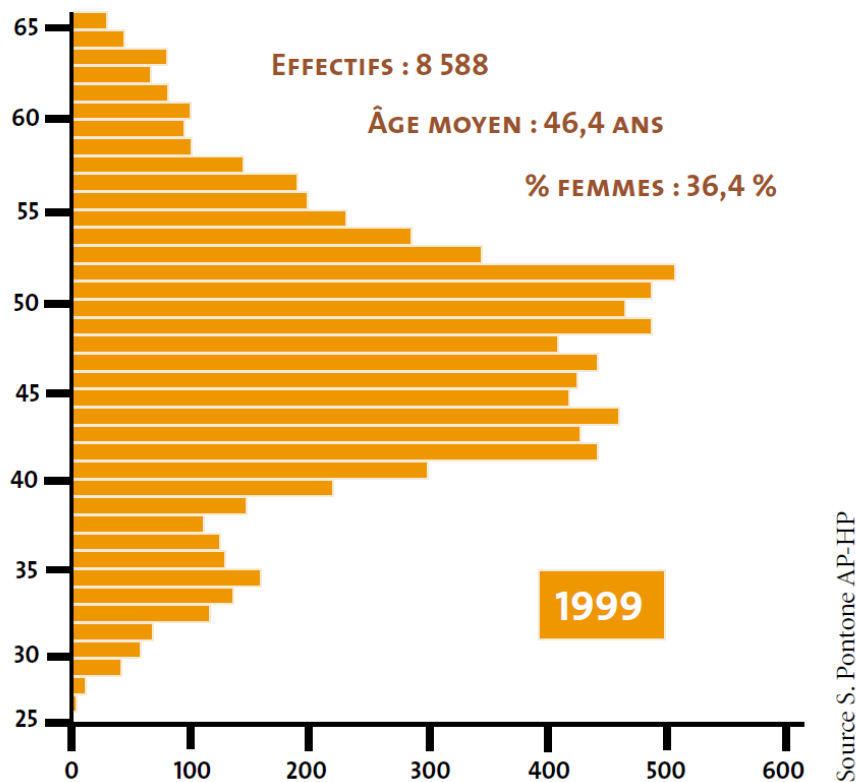
Tableau 1 : évolution par année du nombre de postes d'internes et des promotions correspondantes

	Nombre de places au concours d'internat	Numerus clausus de l'année n-5	%
1996	2000	4000	50
1995	2050	4000	51
1994	2050	4100	50
1993	2130	4100	52
1992	2235	4460	50
1991	2330	4750	49
1990	2340	4750	49
1989	2300	5000	46
1988	2350	5900	40
1987	2400	6400	37
1986	2500	6400	39
1985	2568	7100	36

Source : La revue du praticien _ Médecine générale N°553-tome 15, 2001

Certaines spécialités comme l'ophtalmologie et l'anesthésiologie-réanimation, qui ont subi les effets du *numerus clausus* et de la suppression des CES en 1982 sont effroyablement sinistrées, comme en témoigne le graphique suivant.

Graphique 5 : pyramide des âges des médecins anesthésistes réanimateurs en 1999



Source : La revue du praticien _ Médecine générale N°553-tome 15, 2001

Il faut aussi comprendre qu'augmenter ou diminuer le *numerus clausus* ne peut se faire que progressivement. Des moyens humains, matériels et budgétaires compatibles avec ces variations doivent être mis en œuvre au niveau des Facultés.

3.2.2 Spécialisation de la médecine générale et allongement de la durée des études

La valorisation progressive de la filière de médecine générale ne pouvait se faire sans passer par un rallongement de la durée des études, avec pour corollaire la moindre disponibilité des étudiants de troisième cycle du fait de la présence hospitalière obligatoire. De plus la nécessité d'avoir effectué le stage chez le praticien fait qu'un remplaçant a validé au moins trois semestres d'internat c'est à dire 7 ans et demi d'études. Les généralistes formés jusqu'en 1982 n'effectuaient que 7 ans d'études.

En plus de l'allongement de la durée des études lié à l'amélioration de la formation, d'autres paramètres ont un impact significatif sur le nombre de remplaçants potentiels, en modifiant le nombre de diplômés et la durée d'obtention du diplôme : 7300 étudiants entrant en PCEM2 ne donneront pas 7300 thèses 9 à 11 ans plus tard.

- Le taux de redoublement année après année va allonger d'autant la durée des études.¹³

6% en PCEM2

6% en DCEM1

9% en DCEM2

11% en DCEM3

22% en DCEM4

- Le taux de fuite des études médicales est fixé au niveau national à 5% sur l'ensemble du cursus premier et second cycles.¹³

Si l'étudiant peut soutenir sa thèse en théorie neuf ans après son entrée en PCEM1 pour un diplômé en médecine générale, on s'aperçoit que seulement 31.7% des étudiants soutiendront leur thèse dans le délai normal, 47.5% la passeront avec un an de retard, 7.9% avec deux ans de retard et 12.9% avec trois ans de retard.¹³

Agir sur le *numerus clausus* ne peut donner ses pleins effets qu'au mieux 12 ans après toute décision.¹³

Ce phénomène d'allongement des études se retrouve dans l'âge moyen d'inscription à l'Ordre qui est en 2008 de 33,8 ans ; 33 ans pour les femmes et 35 ans pour les hommes.⁸

L'âge théorique d'obtention du baccalauréat, correspondant à une scolarité sans redoublement, est de 18 ans pour les séries générales. En réalité l'âge moyen des bacheliers est de 18 ans et 6 mois, et même de 18 ans et 5 mois pour les bacheliers scientifiques.¹⁵ Il faut donc en moyenne 15 ans après le bac pour qu'un médecin commence à exercer.

3.2.3 L'instauration de l'examen national classant

Les épreuves classantes nationales (ECN) ont été mises en place lors de la récente réforme du troisième cycle des études médicales, mettant sur le même plan la médecine générale et les autres spécialités. Elles ont remplacé progressivement les concours de l'internat, qui étaient depuis 1982 le passage obligé pour l'accès aux spécialités à la fin du deuxième cycle d'études médicales. Les ECN concernent désormais tous les futurs médecins, qu'ils se destinent à la médecine générale ou à une autre spécialité : tous doivent choisir, en fonction de leur rang de classement et du nombre de postes ouverts par les pouvoirs publics, un groupe de spécialités ou plus exactement une discipline d'internat et un lieu de formation appelé subdivision.

Le nombre de postes de médecins généralistes ouverts dans chaque subdivision est donc maintenant fixé par les pouvoirs publics, alors que sous le régime de l'internat il correspondait plus ou moins au nombre d'étudiants de la subdivision n'ayant pas présenté ou réussi l'internat, ces derniers se formant généralement en médecine générale dans leur université d'origine.

Le tableau suivant nous montre que le fait d'avoir élevé la médecine générale au rang

de spécialité n'a pas pour autant modifié l'orientation préférentielle des étudiants vers les spécialités traditionnelles.

Tableau 2 : répartition des postes ouverts et pourvus par discipline aux épreuves classantes nationales de 2004 à 2007

Nombre de postes Disciplines	2004			2005			2006			2007		
	Ouverts	Pourvus	Écart	Ouverts	Pourvus	Écart	Ouverts	Pourvus	Écart	Ouverts	Pourvus	Écart
Anesthésie-Réanimation médicale	243	243	0	243	243	0	243	243	0	250	249	1
Biologie médicale	58	58	0	58	58	0	58	58	0	60	60	0
Gynécologie médicale	16	16	0	20	20	0	20	20	0	20	20	0
Gynécologie-Obstétrique	158	158	0	150	150	0	150	150	0	155	155	0
Médecine générale	1841	1232	609	2400	1419	981	2353	2030	323	2866	2414	452
Médecine du travail	61	56	5	56	56	0	60	53	7	60	54	6
Pédiatrie	196	196	0	196	196	0	196	196	0	200	200	0
Psychiatrie	200	199	1	300	300	0	300	300	0	300	300	0
Santé publique	75	70	5	70	70	0	70	70	0	70	68	2
Spécialités chirurgicales	380	380	0	550	550	0	550	550	0	550	550	0
Spécialités médicales	760	760	0	760	760	0	760	760	0	835	835	0
Ensemble des disciplines hors médecine générale	2147	2136	11	2403	2403	0	2407	2400	7	2500	2491	9
Ensemble des disciplines	3988	3368	620	4803	3822	981	4760	4430	330	5366	4905	461

Sources • Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG.
Arrêtés fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine.

Source : *Etudes et résultats, DREES, N°616*

En 2004, année de sa création, sur 1841 postes de médecine générale, seulement 1232 ont été pourvus, soit 609 postes non affectés.¹⁶ En 2005, 1419 postes de médecine générale sur 2400 ont été pourvus, soit 981 postes non affectés.¹⁷ En 2006, 2030 postes sur 2353 ont été pourvus, soit 323 non affectés.¹⁸ En 2007, 2414 postes sur 2866 ont été pourvus, soit 452 non affectés.¹⁹

Cependant, dans le cadre de la mise en place de l'ENC, les postes proposés étaient

excédentaires par rapport au nombre de candidats inscrits, toutes spécialités confondues. On doit néanmoins souligner que les postes non pourvus ont été à de rares exceptions près exclusivement des postes de médecine générale. Pourtant la réforme du médecin traitant de 2004 et la réforme du concours de l'internat avaient pour but de valoriser la médecine générale en l'élevant au rang de spécialité.

L'embellie des résultats pour 2006 et 2007 ne correspond pas à un regain d'intérêt pour la vocation de généraliste, mais à une meilleure adéquation entre le nombre de postes proposés et le nombre de candidats. Donc s'il est impossible de quantifier la pénurie réelle générée par l'ENC, on peut toutefois conclure que pour les promotions ENC 2004, 2005, 2006, 2007 au moins, la proportion de généralistes dans la population médicale sera plus faible qu'elle n'était avant l'ancienne formule.

Par ailleurs, ce système a mis en évidence des disparités régionales alarmantes. Lorsque les généralistes étaient sélectionnés par défaut, ils se formaient pour la plupart dans leur Faculté d'origine, et exerçaient ensuite pour leur majorité dans leur région d'origine. Avec la nationalisation des épreuves est apparu un phénomène pervers. Quitte à faire médecine générale, autant faire son internat à Montpellier plutôt qu'à Amiens ou Dijon. Des régions déjà fragiles sur le plan de la démographie médicale sont ainsi davantage pénalisées, ainsi que le montre le tableau suivant.

Tableau 3 : taux d'affectation en % des postes ouverts en médecine générale aux épreuves classantes nationales de 2004 à 2007 par subdivisions

Subdivisions	Taux d'affectation des postes ouverts en médecine générale				Proportion de postes pourvus en médecine générale en 2007 hors résidents
	2004	2005	2006	2007	
Aix-Marseille	94,3	98,6	100,0	100,0	98,9
Amiens	44,0	17,2	74,0	59,2	54,6
Angers	85,2	100	63,6	100,0	100,0
Antilles-Guyane	19,7	31,8	57,6	62,1	62,1
Besançon	38,3	27,5	100,0	100,0	100,0
Bordeaux	125,5	100	100,0	100,0	99,1
Brest	152,9	100	88,0	100,0	100,0
Caen	41,9	44,6	53,7	56,8	52,8
Clermont-Ferrand	74,2	62	100,0	100,0	91,4
Dijon	21,7	16,5	64,2	39,2	35,2
Grenoble	97,1	100	100,0	100,0	100,0
Lille	100,0	89,9	100,0	100,0	98,8
Limoges	54,3	68,6	74,3	100,0	88,6
Lyon	107,6	100	100,0	100,0	97,6
Montpellier	207,9	100	100,0	100,0	100,0
Nancy	53,4	38,7	63,8	80,7	78,7
Nantes	94,2	100	100,0	100,0	100,0
Nice	100,0	100	100,0	100,0	100,0
Océan Indien	*	100	100,0	100,0	100,0
Paris - Île-de-France	46,4	61,8	100,0	100,0	99,2
Poitiers	67,7	70,8	87,5	91,8	89,1
Reims	26,7	19,8	56,0	44,6	43,8
Rennes	125,0	100	100,0	100,0	100,0
Rouen	47,6	25,2	85,3	67,0	64,3
Saint-Étienne	23,4	34,9	100,0	100,0	92,7
Strasbourg	56,8	48,3	97,7	100,0	98,1
Toulouse	136,4	100	100,0	100,0	100,0
Tours	44,1	26,7	60,8	36,9	36,3
Total	66,9	59,1	86,3	84,2	82,4

Sources • Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG, exploitation DREES.
*Inclus dans les effectifs de Bordeaux pour 2004.

Source : DREES, *Etudes et Résultats*, N°616

L'ENC a été, au moins pour les quatre premières années de sa mise en place, à l'origine d'une coupe franche dans les effectifs des futurs généralistes.

Ce phénomène de désaffectation de la médecine générale est malheureusement commun à tous les pays occidentaux. Toutes les revues médicales internationales, même les plus prestigieuses, y consacrent régulièrement des articles, études et dossiers. Cette crise se traduit partout par des problèmes de recrutement. Aux États-Unis, le nombre de postes de résidents en médecine de famille pourvus a chuté de 50% entre 1994 et 2006 : en 1998,

plus de la moitié des résidents choisissaient la médecine générale ; en 2005 seulement 20%.²⁰ Au Québec, sur les 73 postes d'internes restés vacants en 2007, 85% sont ceux de médecine familiale et selon le Canadian Resident Matching Service (CaRMS), moins de 30% des étudiants ont choisi la médecine de famille en 2008.²¹

Pour inciter les étudiants à opter pour la médecine générale, le ministère de la Santé a décidé d'ouvrir à la rentrée universitaire 2007-2008 3200 postes d'internat en médecine générale sur les 5704 offerts aux candidats des ECN. Sur les 338 postes supplémentaires ouverts cette année, 334 le seront en médecine générale.

Tableau 4 : postes ouverts aux épreuves classantes nationales en 2008

Disciplines	Postes ouverts en 2008
Anesthésie Réanimation Médicale	260
Biologie médicale	40
Gynécologie médicale	20
Gynécologie obstétrique	155
Médecine générale	3200
Médecine du travail	54
Pédiatrie	200
Psychiatrie	280
Santé publique	60
Spécialités chirurgicales	550
Spécialités médicales	885
Ensemble des disciplines hors médecine générale	2504
Ensemble des disciplines	5704

Source : Journal Officiel du 6 juillet 2008

3.3 Rareté des remplaçants liée aux difficultés d'exercice

Les remplaçants généralistes sont soumis à la même fiscalité que les médecins

installés, avec ses avantages et ses inconvénients. Issus de promotions d'internes ou de résidents de médecine générale, ils ont les mêmes aspirations que leurs confrères en termes de choix de mode d'exercice ou de rémunération. L'exercice libéral n'est plus le choix logique du généraliste, et cela retentit évidemment sur le nombre de remplaçants disponibles.

3.3.1 La difficulté de rester remplaçant pour une longue période

Le remplacement à temps plein est impossible dans les faits. Il suffit de consulter quelques sites internet d'annonces pour constater l'importance des besoins. Or les demandes sont toujours pour les mêmes périodes : vacances scolaires, mercredi ou samedi. Plusieurs enquêtes réalisées pour des thèses d'exercice dans différents départements ont montré que les remplaçants travaillaient entre quatre et sept mois par an.

- les remplaçants de Bretagne ont travaillé en moyenne 6,4 mois (28 semaines) par an en 2002.²²
- les remplaçants du Bas-Rhin ont travaillé en moyenne 4 mois (123 jours) en 2003 (114 pour les femmes, 136 pour les hommes).²³
- les remplaçants de Picardie ont travaillé en moyenne 7 mois en 2004 (7,9 mois pour les hommes, 5,9 mois pour les femmes).²⁴
- les remplaçants de Basse-Normandie ont travaillé en moyenne 6 mois (15 journées complètes par mois) en 2006, avec une durée hebdomadaire moyenne de 48h.²⁵

3.3.2 Pression des cotisations sociales

On se rappelle que le décret de 1994 interdisait aux remplaçants non thésés dans la

limite des trois ans après la fin théorique du troisième cycle de continuer à exercer. Or les médecins non thésés ne sont pas cotisants à la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF). L'attractivité du remplacement tient en partie à la diminution des charges sociales.

Les taux de pression de cotisations sociales suivants sont donnés pour un Bénéfice Non Commercial (BNC) de 43500 € soit le revenu moyen du remplaçant en 2008.²⁶ Le BNC est déterminé par le montant des recettes diminué des charges professionnelles déductibles.

- Pour un remplaçant non thésé les charges sociales pour l'année n représentent environ 9% du BNC de l'année n-1.
- Pour un remplaçant inscrit à l'Ordre, affilié à la CARMF avant l'âge de 40 ans, la part des charges sociales est de 15% la première année et 29% à partir de la troisième année.
- Pour un installé secteur I, la part des charges sociales est de 15% la première année et 29% à partir de la troisième année.
- Pour un installé secteur II, la part des charges sociales est de 31% la première année et 45% à partir de la troisième année.²⁷

Le statut social du remplaçant comme celui du médecin remplacé est dicté par sa situation conventionnelle. L'étudiant non thésé est rattaché comme les praticiens du secteur 1, au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (régime PAM), de même que les remplaçants inscrits à l'Ordre. L'accès au secteur II est actuellement fortement restreint pour les généralistes nouvellement installés. Or le remplaçant perçoit un pourcentage d'honoraires, le remplacement en secteur II est donc doublement intéressant

pour lui ; plus rentable sur le plan financier tout en permettant de ne cotiser que l'équivalent des charges d'un médecin conventionné secteur I. À BNC équivalent, le remplaçant thésé d'un praticien secteur II est exonéré de près de 16% de charges (45% moins 29%) et le remplaçant non thésé économise 36% de charges (45% moins 9%). Cela pourrait expliquer partiellement le retard à la soutenance de thèse pour économiser quelques mois de charges sociales. En moyenne la soutenance intervient 2 ans et 9 mois après la fin théorique du troisième cycle.¹³ La retraite apparaît comme une notion lointaine pour la plupart des jeunes, y compris les jeunes médecins, la nécessité de cotiser précocement à la CARMF peut ne pas sembler évidente.

Un remplaçant cotisant à la CARMF depuis 2 ans et s'installant en secteur I se situera en troisième année d'activité d'installé. A partir de sa troisième année, les charges d'un remplaçant et d'un installé sont donc équivalentes, ce qui en cas d'irrégularité des revenus peut effrayer certains et les pousser vers une installation et une activité plus prévisible, ou plus vraisemblablement les orienter vers une carrière de salarié.

3.3.3 Protection sociale insuffisante

Contrairement aux salariés, les indépendants supportent intégralement le coût de leur protection sociale. Les indépendants bénéficient des mêmes prestations familiales en nature que les salariés, toutefois les prestations en espèces constituent un revenu professionnel qui doit être intégré dans le BNC. Ils ne bénéficient d'aucune protection automatique contre le chômage, mais peuvent s'assurer volontairement contre le risque de perte d'emploi.

Au niveau de l'Assurance invalidité-décès, les prestations diffèrent d'une profession libérale à l'autre. Voici quelques exemples de prestations d'invalidité-décès au 01.01.2008.²⁸

- Indemnité journalière d'invalidité partielle après délai de carence de 90 jours :
 - auxiliaires médicaux : 43,89 €
 - sages-femmes : 12,30 €
 - médecins : 87,90 €
 - chirurgiens-dentistes : 82,50 €
 - avocats : 61 €

- Rente annuelle d'invalidité totale :
 - auxiliaires médicaux : 11 970 €
 - sages-femmes : 3 450 €
 - médecins : entre 6 855 et 15 995 €
 - chirurgiens-dentistes : 22 550 €(+ 6 600 €par enfant à charge)
 - avocats : 50 % de la retraite de base pour 20 années d'activité (100 % de la retraite proportionnelle au-delà)

- Exemples de capital décès au 01.01.2008
 - auxiliaires médicaux : 7 980 €
 - sages-femmes : 3 800 €
 - médecins : 38 000 €
 - chirurgiens-dentistes : 8 250 €
 - avocats : 34 302 €

Au niveau de l'Assurance maladie-maternité, les prestations en nature des professions libérales sont identiques entre elles et identiques à celles des salariés. En revanche, les professions libérales ne bénéficient d'aucune indemnité journalière en cas de maladie.

Depuis le 2 juin 2006, les médecins remplaçants, les médecins installés conventionnés en secteur I ou II dépendant du régime PAM ont droit en cas de maternité ou d'adoption à :

- l'allocation forfaitaire de repos maternel, destinée à compenser partiellement la diminution de l'activité professionnelle, versée sans condition de cessation d'activité. Elle est égale au montant du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, soit 2773€ au 1er janvier 2008. L'allocation forfaitaire de repos maternel est versée en deux temps : la première moitié à la fin du 7e mois de grossesse et l'autre moitié après l'accouchement. Si l'accouchement a lieu avant la fin du 7e mois de grossesse, l'allocation est versée en une seule fois.
- des indemnités journalières à condition de cesser toute activité rémunérée pour une durée minimale de 56 jours consécutifs. L'indemnité journalière forfaitaire est égale à 1/60e du montant du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur, soit 46,22€ au 1er janvier 2008, sur lesquels sont prélevés à la source la Contribution Sociale Généralisée (CSG) et la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) à hauteur de 3,19€, dont 1,76€ constituent des dépenses déductibles du revenu professionnel. Cette période d'indemnisation minimale peut se poursuivre jusqu'à un maximum de 112 jours pour les familles de moins de deux enfants, 182 jours pour les familles de trois enfants ou plus, 238 jours pour les naissances gémellaires, 322 jours pour les naissances de triplés ou plus. On retrouve ici la durée de repos accordée aux salariées en cas de grossesse.²⁹

Pour mémoire, les indemnités journalières maternité au 01.01.2008 de la salariée lui sont versées pendant toute la durée du congé maternité sans délai de carence et correspondent à la totalité du salaire journalier de base, dans les limites de 8,48€minimum et 74,24€maximum par jour.

Le schéma « normal » avec 6 semaines d'arrêt avant le terme et 10 semaines après correspond donc à 7949,64€ pour le médecin libéral. Le revenu moyen du généraliste en 2007 était de 81000€⁶, soit environ 6750€ mensuels. On comprend bien que ces indemnités sont aussitôt englouties dans le règlement des cotisations sociales. Est-il normal que la maternité implique une telle perte de revenu ? Par ailleurs si la plupart des installées enceintes se font remplacer, assurant ainsi au moins des rentrées visant à compenser leurs charges, que deviennent les remplaçantes ?

Or depuis quelques années la population médicale se féminise et cette tendance ne fait que s'accroître. Le remplacement à la fin du TCEM correspond souvent à une période de maternité souvent envisagée avec angoisse au vu de la chute de revenus. Ce qui pourrait expliquer l'attractivité des modes d'activité salariée pour les femmes, au moins pendant cette période.

3.3.4 Attractivité du secteur hospitalier et du salariat

Les docteurs Baude, Flacher, Bosson et Marchand ont réalisé en 2004 une étude nationale auprès des internes de médecine générale en s'intéressant à leurs désirs et attentes.³⁰

- Pour 74% des répondants la médecine générale est un premier choix après les ECN,

seulement 10% l'ont choisie par défaut.

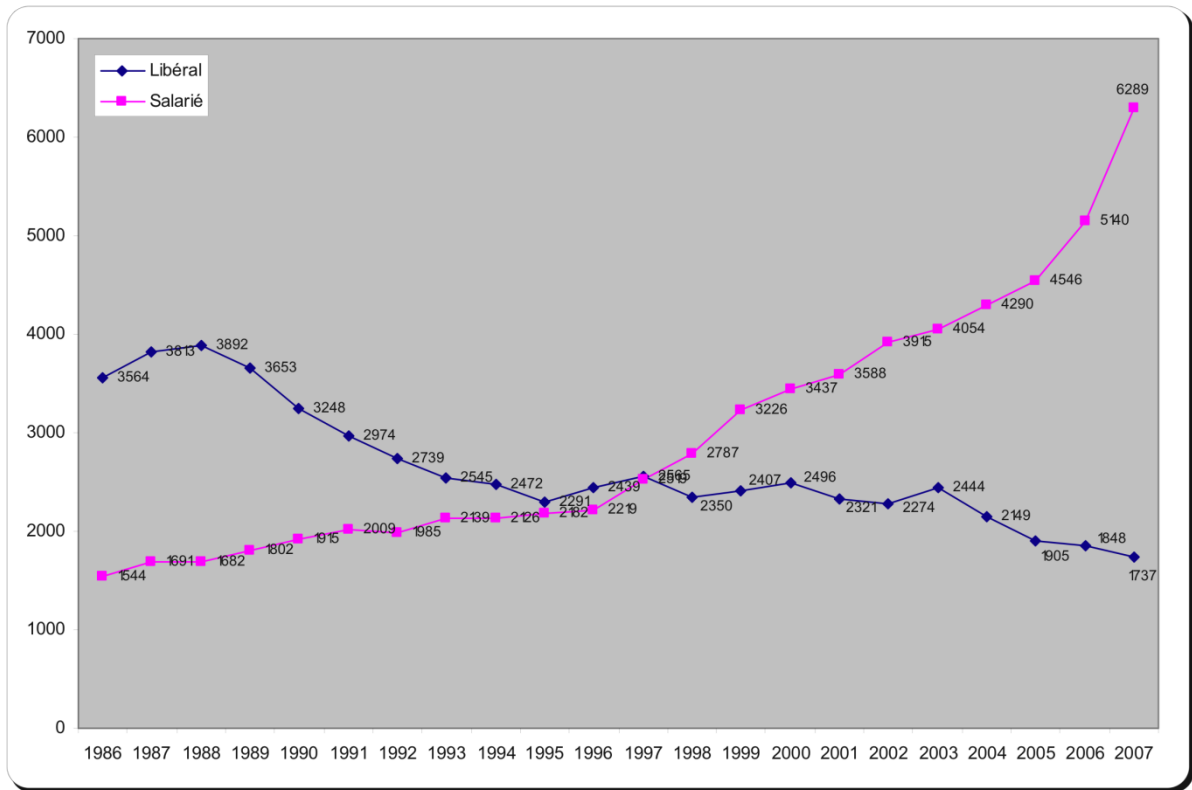
- 48,5 % des répondants souhaiteraient exercer en médecine générale exclusivement.
- 13,5% souhaiteraient exercer en hospitalier ou avoir une activité salariée extra hospitalière (médecin de l'Éducation nationale, de centre de protection maternelle et infantile ou PMI)
- 27,7% souhaiteraient un exercice mixte.
- seulement 38,5% s'orientent vers un mode d'exercice libéral. Les raisons d'un autre choix étant les avantages sociaux, les horaires aménagés, la diversité de l'activité, et la possibilité d'un travail en réseau.

La caricature du généraliste isolé croulant sous la charge de travail et la pression des cotisations sociales est bien ancrée dans les esprits et continue à faire peur.

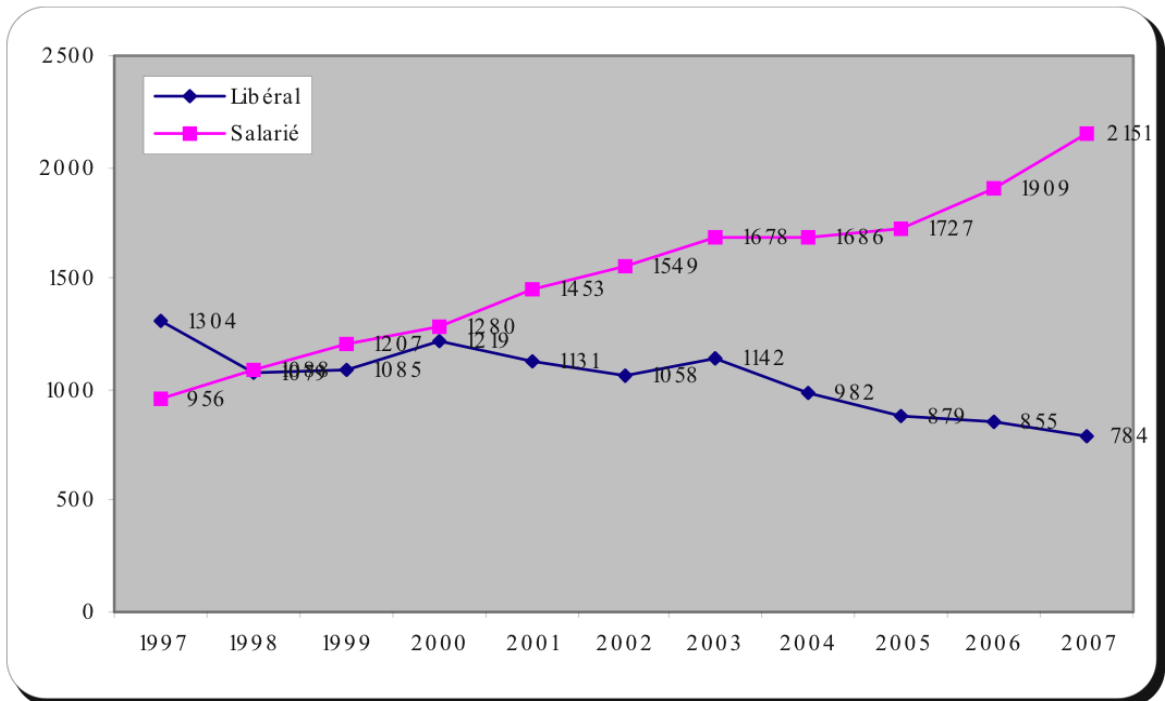
La réalité est bien plus inquiétante. En 2007, 4995 médecins en activité se sont inscrits à l'Ordre dont 4912 en métropole. Parmi les nouveaux inscrits (toutes spécialités confondues), 66% ont fait le choix d'exercer leur activité en tant que médecin salarié, 24 % se sont inscrits en tant que remplaçants, et 9,4% ont privilégié la médecine libérale exclusive (ces médecins libéraux sont à 74% des généralistes).⁸

C'est une vraie mutation dans le mode d'exercice de la médecine française. Les graphiques suivants nous permettent d'identifier un point de jonction en 1997. De 1986 à 1997, la médecine libérale domine la médecine salariale, puis à partir de 1998 les effectifs de médecins salariés ne cessent de croître au détriment de la médecine libérale, avec une nette diminution des effectifs de celle ci, toutes spécialités confondues. En 2007, le tableau de l'Ordre des médecins enregistre quatre fois plus de salariés que de libéraux.⁸

Graphique 6 : effectifs des médecins nouvellement inscrits de 1986 à 2007



Graphique 7 : effectifs des généralistes nouvellement inscrits de 1997 à 2007



Source : atlas de la démographie médicale 2008. CNOM

La médecine générale subit une grave crise des vocations des étudiants. Son mode d'exercice le plus traditionnel, à savoir l'installation libérale, est en net recul. Cette peur de l'activité libérale est partagée par les remplaçants. Ils sont soumis comme leurs aînés installés à la pression des cotisations sociales et la précarité de leur situation en cas d'invalidité ou de maladie. Leurs revenus sont irréguliers puisqu'il leur est difficile de travailler à temps plein, compte tenu des exigences des médecins installés. Le risque majeur est qu'ils se tournent comme leurs cadets étudiants vers le salariat.

4 PORTRAITS DES REMPLAÇANTS

Du fait de la désaffection de la médecine générale et du rejet de l'exercice libéral traditionnel, les remplaçants sont rares et recherchés. Étonnamment, ce mode d'exercice tend à être de plus en plus choisi pour une durée de plus en plus longue, et pour des motifs divers. En effet, la souplesse de cette activité permet à des praticiens d'horizons variés de l'exercer.

4.1 Étudiants de troisième cycle

Le remplacement est assimilé à un complément de formation, une expérience professionnelle à l'opposé de notre cursus hospitalier exclusif. Alors que la plupart d'entre nous devraient exercer en libéral, la première approche de cette pratique n'intervient au mieux qu'en troisième semestre de troisième cycle. Des habitudes sont déjà prises ; régularité des horaires, collégialité des décisions, encadrement « douillet » qui font apparaître d'autant plus importante et angoissante l'autonomie du généraliste.

Le vécu de ce semestre de stage chez le praticien peut varier d'un étudiant à l'autre, allant d'une présence silencieuse aux consultations du maître de stage au doublement de carnet de rendez-vous. Il existe maintenant le SASPAS, donnant davantage d'autonomie à l'interne, visant à lui faire acquérir une plus grande indépendance et une diversité de pratique. Mais c'est seulement au cours de ses remplacements que l'étudiant devient un praticien indépendant, en se plongeant dans des conditions réelles d'exercice.

4.2 Médecins étrangers

Certains étudiants étrangers peuvent être amenés à remplacer en France, en vertu de conventions internationales entre les pays d'origine et la France et de conventions d'établissement existantes (circulaires CN n° 408 du 11 août 1969, n°957 du 26 février 1982 et n° 95-134 du 13 décembre 1995).

Ce sont les ressortissants de l'Union européenne effectuant leurs études en France, ou bien des ressortissants de République centrafricaine, Congo-Brazzaville, Gabon, Mali, Tchad, Togo, effectuant également leurs études en France.

4.3 Médecins recherchant une installation ou une association

Ce sont des médecins thésés qui y trouvent le moyen de s'essayer à l'activité libérale et de préciser les modalités de leur installation, comme évaluer le poids d'une clientèle en vue d'un rachat et profiter ainsi d'une présentation à la patientèle. Ce peut être également une période d'essai avant une association.

4.4 Médecins salariés

Le remplacement constitue une source de revenus supplémentaires pour les internes ainsi que les très récents chefs de clinique de médecine générale, pendant leurs congés. Ce peut être également un mode d'exercice complémentaire, dans le cas de vacances hospitalières ou en PMI.

4.5 Médecins installés

Les praticiens qui exercent ailleurs que dans leur propre cabinet sont plutôt rares. Ils n'y sont autorisés que dans certaines circonstances particulières.

La motivation première est financière, dans le cas d'une rentabilité insuffisante dans les premiers mois d'une création de cabinet. Ce type de remplacement est toléré par le Conseil de l'Ordre, dans les limites d'une année après l'installation ou exceptionnellement lors des périodes d'affluence saisonnière, pour les médecins de station de sport d'hiver ou station balnéaire, ou encore les médecins thermaux.

Ils doivent renvoyer leurs propres patients vers un confrère avec son accord, afin d'assurer la continuité de soins et de ne pas se placer en situation de concurrence avec le remplacé. Ils n'ont pas le droit d'être remplacés dans leur propre cabinet pendant ces périodes, car cela constituerait une situation de double exercice.

Cette situation pourrait bientôt changer. Suite aux conclusions de l'Atlas de démographie médicale 2008, l'Ordre pourrait autoriser un médecin installé à remplacer dans une zone désertifiée, tout en se faisant remplacer dans son propre cabinet.³¹ L'article 65 du Code de déontologie a été modifié, pour autoriser des dérogations à la situation de double exercice, permettant à un médecin installé en ville d'exercer en zone sous-médicalisée de façon ponctuelle et régulière tout en étant remplacé pendant son absence. Le texte vient d'être déposé au ministère de la Santé, en attente de la publication du décret.³²

4.6 Médecins retraités

C'est une possibilité qui leur est offerte dans la limite de trois mois par an, depuis la réforme Fillon de 2004, comme complément de revenus ; le médecin libéral peut demander à 65 ans la liquidation de sa retraite et poursuivre une activité libérale. Or la solution logique de continuer à exercer dans son propre cabinet n'est pas la solution idéale, car pour des revenus amoindris, les frais professionnels restent quasiment les mêmes, et bien qu'ils aient liquidés leurs droit à la retraite, ces médecins continuent de cotiser à la CARMF. De plus la diminution d'activité suppose de confier une partie de sa clientèle au repreneur, ce qui n'est pas toujours facile à vivre. Le remplacement est une formule moins contraignante.

En 2007, il y a eu une augmentation de 31 % des remplaçants masculins concernés par la tranche d'âge supérieure ou égale à 65 ans.⁸

4.7 Remplaçants professionnels

C'est nous l'avons vu une catégorie de plus en plus importante, qui assure la majorité des remplacements. A leur sujet, les syndicats sont unanimes.

« Nous sommes face à une évolution de société. C'est un phénomène sociologique qui dépasse de loin le champ médical. La période où l'accomplissement personnel passait par la seule voie professionnelle est révolue. Et cette réalité concerne désormais la nouvelle génération de médecins. On ne part plus avec, à priori, l'idée d'exercer toute sa vie au même endroit. » Docteur Pierre Costes, président du Syndicat des médecins généralistes

(MG France).³³

« De même qu'ils reculent l'âge auquel ils se marient, les jeunes prennent le temps de découvrir et d'explorer les différentes pistes qui s'offrent à eux avant de faire leur choix et de poser leur valise. En médecine générale, le remplacement leur offre une solution idéale. Comme, de plus, la situation démographique penche en leur faveur, elle leur permet de trouver des propositions facilement et de gagner leur vie assez vite. C'est un grand changement par rapport à ma génération où les remplacements ne duraient qu'un temps. Nous les seniors avons peut-être eu tort _ à force de nous plaindre de la pénibilité de l'exercice, charges élevées, tracasseries administratives... _ de les décourager. Mais en définitive, ce sont peut-être eux qui ont raison. » Docteur Dinorino Cabrera, président du Syndicat des médecins libéraux (SML).³³

« Bien sûr cela obéit à des aspirations nouvelles qui concernent une génération donnée : meilleure qualité de vie, épanouissement personnel, etc. Mais j'y vois surtout la simple application de la loi du marché. Tout ce qui est rare est cher et ce sont les remplaçants qui ont la main... c'est un risque [en cas d'exigences excessives de s'attirer à terme l'hostilité de leurs aînés] pour deux raisons. La première réside dans le simple fait de changer régulièrement de patientèle. Il est, à ce titre, légitime de se demander si nous partagerons tous dans quelques années la même définition de la continuité des soins prodigués envers nos patients. La seconde est la simple mise en parallèle de deux rythmes d'exercice totalement déconnectés. Ceux qui font face à leurs soixante-dix heures hebdomadaires et ceux qui ont le luxe de choisir. » Docteur Michel Combier, président de l'Union nationale des omnipraticiens français (UNOF).³³

Avant 1994, le remplaçant n'avait pas l'obligation de soutenir sa thèse, il pouvait remplacer indéfiniment si cet exercice lui convenait. Depuis 1994, la soutenance doit intervenir au maximum trois ans après la fin théorique du troisième cycle, sous peine de ne pouvoir exercer. C'est donc un choix de continuer à remplacer longtemps après la thèse. Comme les installés, les remplaçants sont soumis à la taxe professionnelle et aux cotisations retraite.

Ce mode d'exercice est plébiscité au vu des données de l'Atlas de la démographie médicale 2008. Il suppose une certaine liberté, avec une meilleure gestion du temps de travail, du temps libre à accorder à une formation complémentaire, un allègement des charges administratives. Et pourquoi cette approche plus sereine de la médecine ne pourrait-elle être de bonne qualité ?

Il est vrai que l'absence de suivi, une activité cantonnée à l'aigu et excluant le chronique sont des inconvénients. Mais les remplacements sont multiples ; certains remplacent de façon stable et régulière un certain nombre de médecins, avec des patients qui deviennent un peu les leurs par intermittence, parfois même avec des jours fixes dans la semaine, ce système se rapprochant d'une collaboration. D'autres, moins pourvus d'engagement familial ou plus aventureux, optent pour une formule plus dynamique, en remplaçant au pied levé aux quatre coins du pays.

La rémunération des remplaçants s'est envolée en 2007 avec une augmentation de 8,6% des revenus annuels moyens (43000 €). Ce sont les médecins libéraux dont la progression a été la plus forte avec les rhumatologues (+ 9%), loin devant les généralistes (+4,4%) et les cardiologues (-5,5%). En travaillant à temps partiel, ils gagnent plus que le

quart le moins fortuné des généralistes (39900 €).²⁶ La pénurie de généralistes dans les campagnes et les banlieues met les remplaçants en position de force. Ils demandent des rétrocessions de plus en plus élevées pour accepter un remplacement dans ces régions. Gagnant de mieux en mieux leur vie les jeunes praticiens de moins en moins nombreux retardent encore leur installation.

5 LA NOUVELLE GÉNÉRATION DE MÉDECINS

Au cours du XX^{ème} siècle, les femmes ont vu l'accès aux études universitaires s'ouvrir devant elles et la plupart des professions se sont largement féminisées. En médecine, cela ne s'est pas fait sans conséquences sur la gestion du temps de travail et le choix du mode d'exercice libéral ou salarié. Mais d'autres évolutions de la médecine libérale traditionnelle, comme la désertification des campagnes ou le rejet d'une activité dont les heures n'étaient pas comptées ne sont pas seulement imputables à la féminisation.

5.1 La féminisation de la profession

« Mesdemoiselles, pratiquez la médecine si vous avez vraiment la vocation, mais ne vous mariez pas. Et si d'aventure vous vous mariez, redevenez des femmes tout court ».

Dr René Mainot. ³⁴

Cette phrase, pour le moins admirable, fut énoncée dans le journal la Vie Médicale en 1927. C'est dire si la féminisation de la profession fait parler d'elle depuis longtemps.

5.1.1 Un phénomène mondial

Madeleine Gebelin-Brès fut la première française à obtenir le diplôme de docteur en médecine en 1875. En dehors de quelques exceptions, la féminisation du corps médical n'a véritablement débuté en France qu'après 1958. On est passé de 10% dans les années 60 à 40% en 2008 (38% pour les médecins généralistes). Il s'agit d'un phénomène mondial :

- Albanie : 47% de femmes.³⁵
- Algérie : 51% de femmes.³⁶
- Allemagne : 38% de femmes et 37% de femmes généralistes.³⁵
- Autriche : 35% de femmes et 51% chez les moins de 35 ans.³⁵
- Belgique : 38% de femmes et 56% chez les moins de 35 ans.³⁵
- Espagne : 54% de femmes et les projections annoncent 80% en 2015.³⁵
- États-Unis : 24% de femmes en exercice mais 44% de femmes parmi les étudiantes.³⁵
- Grèce : 34% de femmes.³⁵
- Italie : 32% de femmes et 56% chez les moins de 35 ans.³⁵
- Royaume-Uni : 53% de femmes.³⁵
- Slovénie : 63% de femmes chez les 30-40 ans et 59% chez les 40-50 ans.³⁵
- Suisse : 52% de femmes.³⁷

Ces chiffres sont donnés pour l'année 2005.

Dans la plupart des pays, la sélection se fait sur concours, ou au vu des seuls résultats scolaires. Dans les pays anglo-saxons, elle se fait pour moitié sur examen et pour moitié sur entretien (ce qui expliquerait peut-être le retard pris par les États-Unis). On a coutume de dire que la médecine se féminise parce que les filles réussissent mieux leurs examens. En fait, elles sont désormais majoritaires dès la première année de médecine, où elles représentaient, en 2002, 64% des étudiants. Elles ne sont plus que 60% en deuxième année.³⁸ On devrait plutôt parler de « démasculinisation » des études médicales...

5.1.2 La médecine : un métier de femmes

La médecine, si elle était traditionnellement exercée par des hommes, n'a jamais existé sans les femmes (guérisseuse, rebouteuse, sage-femme, infirmière, religieuse...) Plutôt qu'une féminisation, nous assistons plutôt à une modification de la hiérarchie.

Initié après la deuxième guerre mondiale, l'accès des femmes aux études médicales résulte de la conjonction de l'explosion démographique médicale et du développement des spécialités médicales de ville (gynécologie, pédiatrie, dermatologie, ophtalmologie). La médecine salariée devint un autre mode d'exercice (médecins scolaires, médecins du travail, médecins de PMI). Comme il ne s'agissait pas de postes occupés traditionnellement par les hommes, la féminisation n'était pas décrite comme un problème mais plutôt comme une solution.³⁹

En 1982, la suppression des CES marqua un tournant. Le concours de l'internat devint le seul moyen d'accès aux spécialités médicales. La décision des femmes s'apparentait à une décision par défaut ; elles évitaient l'internat, ne se sentant pas capables de le préparer ou bien évitaient la médecine générale car son exercice apparaissait peu compatible avec une vie de famille. Les premiers reçus au concours étaient souvent des femmes et elles choisissaient des spécialités dites féminines. Le taux de réussite des étudiantes à l'internat n'a cessé d'augmenter, les femmes s'orientant toujours dans les spécialités médicales (sans gardes ni astreintes) ou les filières « féminines » (pédiatrie, gynécologie). La féminisation de la médecine générale fut également rapide. Avec l'élévation de la médecine générale au rang de spécialité lors de la réforme de l'ENC, la proportion de femmes en médecine générale n'a fait que s'accroître, alors qu'elles restent

largement mieux classées (56% de filles dans les rangs 1-350, 60% dans les rangs 351-700).³⁹

Le choix d'exercer la médecine est-il véritablement sexué ? Pourquoi, alors que l'accès et la réussite aux études paraissent plus faciles pour les hommes s'en détournent-ils ?

Selon une enquête du docteur Kahn-Bensaude menée en 2005³⁵, les motivations des étudiants en premier cycle sont presque les mêmes quelque soit le sexe des répondants. Trois motivations prévalent avec plus de 60% de réponses : l'intérêt intellectuel et pratique (premier chez les garçons, second pour les filles), le goût des relations humaines (premier pour les filles et en second pour les garçons) et le désir d'action sociale ou humanitaire. Les autres motivations recueillent toutes moins de 40% de réponses. La « qualité de vie » et la « rémunération » sont davantage plébiscitées pour les garçons que pour les filles (respectivement autour de 30% et 15%). Les garçons des jeunes générations seraient plus sensibles aux conditions de travail.

Il est étonnant et à la fois rassurant que dans un pays où la médecine se technicise davantage de jour en jour, la relation humaine soit toujours mise au premier plan lors du choix de carrière.

5.1.3 Féminisation et temps de travail

Il est acquis que l'activité des femmes médecins est en moyenne plus faible que celle des hommes. Une étude de Niel et Vilain de 2001⁴⁰ montre que les femmes médecins

travaillent toutes choses égales par ailleurs, environ six heures de moins par semaine que les hommes.

Cela est conforté par une étude de Aulagnier, Obadia, Paraponaris, Saliba-Serre, Ventelou, et Verger de 2007, réalisée dans cinq régions françaises.⁴¹

Tableau 5 : durée hebdomadaire moyenne de travail des médecins généralistes (en heures, y compris gardes et astreintes), selon le sexe

Région	Ensemble	Hommes	Femmes
Basse-Normandie	56,2 (11,7)	57,6 (11,8)	51,3 (9,8)
Bourgogne	59,6 (12,9)	61,1 (12,0)	55,8 (14,4)
Bretagne	55,4 (11,0)	57,3 (10,3)	49,7 (11,2)
Pays de la Loire	56,6 (14,0)	59,0 (13,8)	49,6 (12,2)
PACA	55,7 (14,7)	57,6 (14,4)	49,6 (13,9)

() Écart-type.
Sources • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

Source : DREES, *Études et résultats*, N°610

Cependant, leur niveau d'activité augmente et tend à se rapprocher de celui des hommes. Selon une étude de Niel et Perret de 2002⁴², si les temps de travail hebdomadaires moyens par sexe des médecins libéraux s'étaient maintenus dans le temps à leurs valeurs observées en 1992, la féminisation des médecins libéraux aurait dû se traduire par une baisse de vingt-cinq minutes de la durée hebdomadaire moyenne entre 1992 et 2001. Sur les durées de travail déclarées, ils ont observé une hausse de deux heures. Une étude de Lucas-Gabrielli et Sourty-Le Guellec de 2004⁴³ montre que si les hommes travaillent en moyenne davantage que les femmes, cette différence tend à s'estomper au cours de la carrière. L'activité d'une femme ayant débuté son exercice entre 1980 et 1984 représentait 66% de l'activité d'un homme au début de sa carrière ; en 2002, le rapport est de 79%.

L'étude de Lucas-Gabrielli et Sourty-Le Guellec montre aussi que la différence d'activité est moindre pour les plus jeunes installées. L'activité des femmes débutant leur exercice entre 1995 et 1999 représente 75% de celles des hommes, au lieu des 66% des femmes installées entre 1980 et 1984 (différence mesurée à partir des honoraires perçus). Si cette tendance se maintenait au même rythme, l'égalisation devrait être atteinte vers 2025.⁴²

Les durées de temps de travail des femmes médecins restent largement supérieures aux temps de travail d'autres catégories professionnelles. Elles atteignent en moyenne une durée déclarée de 50 heures par semaine. Même si 25 % des femmes médecins déclarent travailler à temps partiel, leur durée moyenne hebdomadaire d'exercice était de 33,9 heures en 1999, soit seulement une heure de moins que le temps de travail légal à temps plein.⁴⁰

La diminution du temps de travail est davantage une question de génération qu'une question de genre comme le montre l'étude de Aulagnier, Obadia, Paraponaris, Saliba-Serre, Ventelou, et Verger de 2007, réalisée dans cinq régions françaises.⁴¹

Tableau 6 : durée hebdomadaire moyenne de travail des médecins généralistes (en heures, y compris gardes et astreintes), selon l'âge

Région	moins de 45 ans	de 45 à 54 ans	55 ans ou plus
Basse-Normandie	49,4 (11,5)	56,9 (11,2)	58,5 (11,2)
Bourgogne	57,4 (13,7)	60,3 (12,7)	59,9 (12,7)
Bretagne	51,6 (11,9)	55,0 (9,8)	58,3 (11,1)
Pays de la Loire	52,8 (14,9)	56,9 (12,8)	58,7 (14,7)
PACA	53,3 (16,5)	56,6 (15,1)	55,8 (13,0)

() Écart-type.
Sources • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

Source : DREES, *Études et Résultats*, N°610

La féminisation ne suffit pas à expliquer la diminution du temps de travail. Il faut bien admettre que l'exercice professionnel des hommes généralistes change aussi. Avec l'arrivée massive des femmes sur le marché de l'emploi, les contraintes privées font irruption dans l'exercice des médecins qu'ils soient hommes ou femmes. Traditionnellement l'épouse du généraliste était mère de famille, sans emploi et le secondait dans les activités de secrétariat, comptabilité, gestion, infirmerie.⁴⁴ Désormais, la grande majorité des épouses travaille et les médecins hommes ont dû s'éloigner de l'exercice traditionnel de la profession caractérisé par la longueur des journées, les horaires extensibles, la disponibilité permanente à l'égard des patients. Rappelons que, en 2007, le taux d'activité des femmes (15-64ans) en France est de 65,3 %⁴⁵ et que les femmes représentent désormais 46,9 % de la population active.⁴⁶

En France, l'idée selon laquelle une profession qui se féminise est une profession qui se dévalorise est bien ancrée dans les esprits. Or la médecine libérale permet à la femme de moduler ses horaires, ses revenus, sa situation familiale, son lieu ou son mode d'exercice... Contrairement à une cadre ou une ingénieure, le ralentissement de son activité ne retentit pas durablement sur sa carrière puisque son titre demeure permanent.⁴⁷ La femme réduit son activité pour des contraintes familiales et personnelles. L'homme réduit son activité car il n'est plus dans une situation d'unique pourvoyeur de revenus du ménage et découvre une manière d'exercer autrement. Soulignons avec humour que cette diminution d'activité chez l'homme n'a aucun rapport avec une répartition égalitaire des tâches éducatives et domestiques.⁴⁴

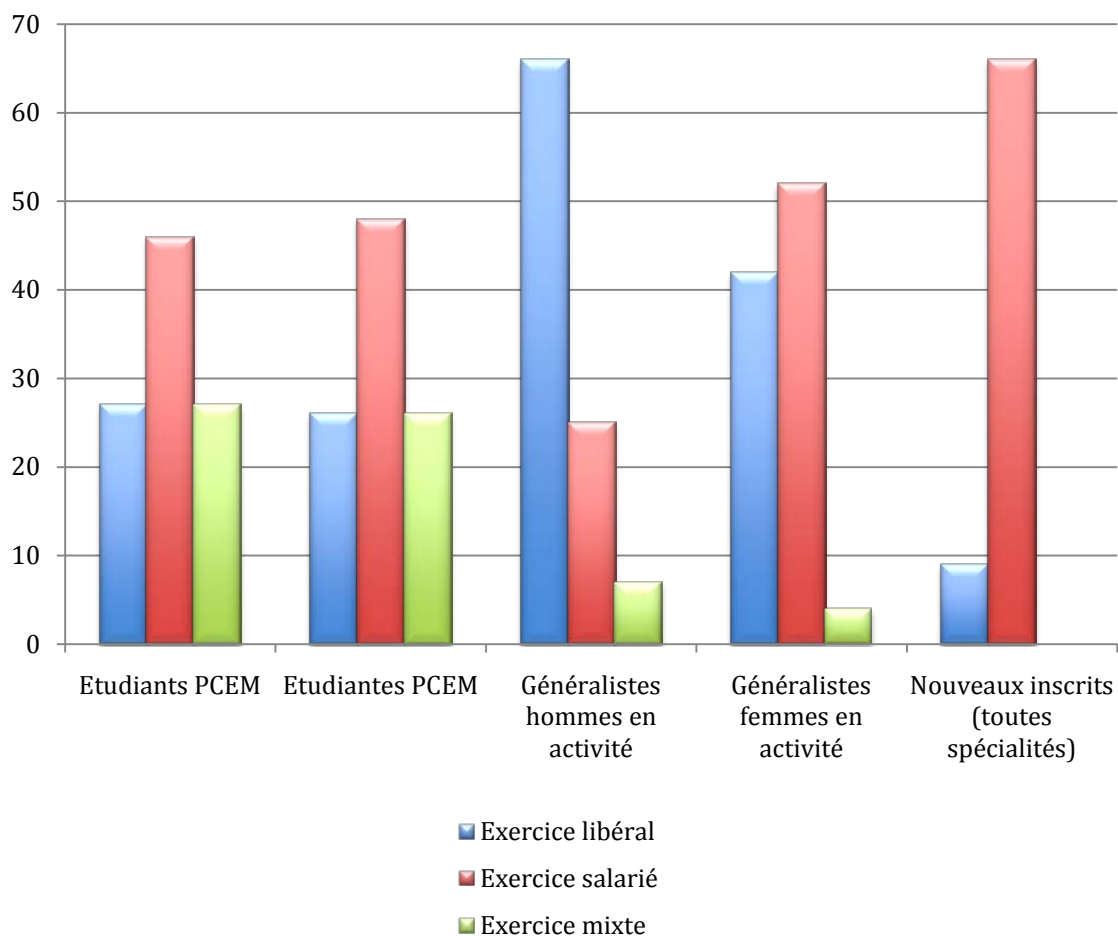
On a vu que la diminution du temps de travail chez les nouvelles générations n'était pas seulement imputable à la féminisation de la profession médicale. Il est de règle

aujourd'hui de rendre la féminisation responsable d'une grande partie des maux qui accablent l'offre de soin, mais qu'en est-il réellement ?

5.2 À propos du salariat

L'enquête du docteur Kahn-Bensaude réalisée en 2005 montre une parfaite convergence des souhaits des étudiants de PCEM2 quant à leurs *desiderata* de mode d'exercice ; 26% des filles en premier cycle souhaitent exercer en libéral, contre 27% de garçons. 48% des filles souhaitent un exercice hospitalier ou salarié contre 46% des garçons.³⁵

Graphique 8 : comparaison des modes d'exercice souhaités en PCEM en 2005 et observés au tableau de l'Ordre en 2008



Pour les médecins généralistes en activité régulière en 2007, 61% ont une activité libérale exclusive, 6% une activité mixte, 31% une activité salariée exclusive. Pour les médecins généralistes hommes en activité régulière en 2007, 66% ont une activité libérale exclusive, 7% une activité mixte, 25% une activité salariée exclusive. Pour les médecins généralistes femmes en activité régulière en 2007, 42% ont une activité libérale exclusive, 4% une activité mixte, 52% une activité salariée exclusive.⁸

En 2007, 66% des nouveaux inscrits à l'Ordre l'ont fait en tant que salarié, seulement 9% ont choisi la médecine libérale exclusive.⁸ Il n'y a pas de données disponibles sur les disparités entre hommes et femmes pour le choix des nouveaux inscrits.

5.3 À propos de la désertification des campagnes

Une enquête de l'institut BVA⁴⁸, menée pour le CNOM en 2007, s'est intéressée aux attentes et choix des étudiants de deuxième et troisième cycle et des jeunes médecins installés depuis moins de 5 ans, quant à leur lieu d'exercice. Les attentes prioritaires pour déterminer le lieu d'une installation sont :

- Épanouissement personnel et de la famille (pour 81% des répondants)
- Bassin d'emploi et possibilité de carrière pour le conjoint (58%)
- Possibilité d'exercer le mieux possible en termes de plateau technique et de disponibilité des paramédicaux (51%)
- Qualité de la relation avec le patient (43%)
- Environnement géographique (41%)
- Revenu (16%)
- Utilité sociale de la profession (14%)

Les centres-villes sont plébiscités par les jeunes installés (37%) et les zones moins urbanisées comme les banlieues pavillonnaires ou les petites villes de province connaissent un regain de faveur, que ce soit pour les installations ou les désirs d'installation.

- 74% des étudiants et 65% des jeunes médecins sont d'accord pour travailler dans une petite ville de province, en partie à cause de la flambée immobilière de ces dernières années.
- 73% des étudiants et 53% des jeunes médecins sont d'accord pour travailler dans une banlieue pavillonnaire de grande ville.
- 36% des étudiants et 40% des jeunes médecins sont d'accord pour travailler en zone rurale (les inconvénients signalés sont la charge de travail, l'insuffisance du plateau technique, l'absence de bassin d'emploi pour le conjoint).
- 37% des étudiants et 36% des jeunes médecins sont d'accord pour travailler dans une cité populaire en banlieue de grande ville (les inconvénients signalés sont la barrière culturelle, la grande précarité sociale de la population, le sentiment d'insécurité).⁴⁸

L'enquête du docteur Kahn-Bensaude³⁵ de 2005 montre qu'il n'y a aucune différence dans les *desiderata* d'installation pour les étudiants de premier cycle ; veulent s'installer en zone rurale 8% des filles, 11% des garçons, veulent s'installer en ville 78% des filles, 80% des garçons. Du côté des installés, les choix d'installations sont les mêmes quel que soit le sexe ; 58% des hommes exercent en milieu urbain contre 59% des femmes, 20 % des hommes exercent en milieu rural contre 18% des femmes.

En cas d'installation des remplaçants, les enquêtes de différentes thèses d'exercice ont donné ces résultats :

- Les remplaçants du Bas-Rhin envisagent pour 56% d'entre eux de s'installer à la

campagne, 16% en ville, 28% ne savent pas encore.²³

- Les remplaçants de Picardie sont attirés par le milieu rural à 67%, à condition d'intégrer un cabinet de groupe. 70% des remplaçantes souhaitent s'installer en milieu rural.²⁴
- 15% des remplaçants bretons souhaiteraient s'installer en secteur rural (17% des hommes et 15% des femmes), 59% aimeraient s'installer en secteur semi-rural (58% des hommes et 60% des femmes).⁴⁹

En attendant leur éventuelle installation, les remplaçants, sans distinction de sexe, participent déjà au maintien des médecins en zone rurale, par les remplacements bien sûr, en évitant la fermeture de cabinets pendant les congés, mais aussi en permettant aux généralistes installés de prendre plus facilement des vacances et repoussant ainsi l'inéluctable « burn-out » voire le « dévissage de plaque ».

- 59% des remplaçants picards remplacent en milieu rural (60% des hommes et 58% des femmes), et 62% des remplaçants aimeraient remplacer plus fréquemment en milieu rural (50% des hommes et 68% des femmes).²⁴
- 64% des remplaçants du Bas-Rhin remplacent en milieu rural.²³
- 32% des remplaçants bretons travaillent en milieu rural (23% en milieu rural exclusivement).⁴⁹

5.4 À propos de la désaffection de certaines spécialités

Elle est plus difficile à évaluer. Les femmes se sont toujours davantage tournées vers les spécialités médicales du fait de la moindre pénibilité, et vers les spécialités « mère-enfant » par empathie, tandis que les hommes privilégiaient les spécialités chirurgicales

plus rémunératrices ou plus prestigieuses. Les bastions masculins se consolident : la neurochirurgie, la chirurgie orthopédique ou cardiovasculaire ne sont pas choisies par les filles. Mais au vu des résultats des 4 dernières années de l'ENC, ces postes ont toujours été pourvus. Ceux qui ne l'ont pas été étaient des spécialités à prédominance féminine (médecine du travail, santé publique et surtout médecine générale). La pénurie annoncée pour les spécialités chirurgicales dites lourdes en termes d'astreintes et de gardes n'est pas le fait d'une féminisation mais plutôt une conséquence du *numerus clausus*.^{16,17,18,19}

5.5 À propos de la permanence des soins

La permanence des soins est une organisation de l'offre de soins libérale et hospitalière mise en place afin de répondre aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients, par des moyens structurés, adaptés et régulés. Concernant le secteur ambulatoire, elle couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures en semaine, les dimanches et jours fériés. Cette permanence est organisée dans le cadre du département, en liaison avec les établissements de santé publics et privés, en fonction des besoins. Son financement relève de l'Assurance maladie. La permanence de soins relève du volontariat, d'où un hiatus entre les libéraux de ville qui se reposent sur les structures type SOS médecins et les libéraux de zone rurale. Les CDOM, chargés de recruter des volontaires, s'impliquent de façon variable et certains préfets sont contraints de réquisitionner de façon permanente. Les centres 15 sont encombrés et le report se fait sur les structures d'urgence, surtout après minuit. Suite à ces constatations, le rapport Grall⁵⁰ remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative en août 2007, préconise une réorganisation de la

permanence des soins et de son financement, à savoir :

- une régulation médicale efficace : avec un centre de réception des appels unique pour le département, des points fixes de consultations de médecine générale, à proximité des services d'urgence, et coïncidant avec la pharmacie de garde, un système de transports sanitaires efficace. Ce qui implique le recrutement de permanenciers, de paramédicaux et de former tous les étudiants en médecine à la régulation médicale.
- une fermeture concertée des cabinets pour congés sous l'égide du CDOM.
- un contrat de volontariat : favorisé par des incitations (rémunération attractive, défiscalisation des rémunérations, bonification des points retraites au *pro rata temporis*), sanctionné de manière ordinaire et financière pour garantir son effectivité. Il serait accessible à tous les médecins qualifiés (y compris médecins pompiers, SOS Médecins, remplaçants). La réquisition demeure possible si nécessaire.
- le financement proviendrait d'une enveloppe de 400 millions d'euros répartis selon les besoins des régions.

Le mot-clé est volontariat. Il est évident qu'il faut responsabiliser le corps médical vis à vis de la permanence des soins, car chacun aura de bonnes raisons de ne pas être volontaire : maladies, pénibilité liée à l'âge et à la charge de travail hebdomadaire, enfants en bas âge ou d'âge scolaire...

Une étude réalisée par l'union régionale des caisses d'Assurance maladie (URCAM) de la région Nord-Pas-de-Calais⁵¹ en 2004 a montré qu'il n'y avait pas de différence significative de participation à la permanence des soins liée à l'âge ou au sexe des

médecins. Ce taux de participation était de 41% pour la région. L'enquête du docteur Kahn-Bensaude, concernant les installés, montre que pour la permanence des soins, les femmes font plus de régulation, moins de gardes de week-end et d'astreintes à domicile que les hommes, mais autant de visites à domicile.³⁵

La proposition du rapport Grall⁵⁰ d'ouvrir le volontariat à tous les médecins y compris les remplaçants est intéressante. Dans les faits, les remplaçants participent déjà à la permanence des soins, par le biais des médecins qu'ils remplacent :

- En 2003, 80% des remplaçants du Bas-Rhin ont effectué des gardes de week-end, environ 10 dans l'année.²³
- En 2005, les remplaçants de Picardie ont effectué en moyenne 7,5 gardes dans l'année, 10 pour les hommes, 5 pour les femmes.²⁴
- En 2006, les remplaçants de Basse Normandie ont effectué en moyenne 12 gardes dans l'année.²⁵
- En 2007, 80% des remplaçants bretons (89% des hommes et 74% des femmes) ont participé à la permanence des soins contre 70% des installés (sans distinction de sexe).⁴⁹

5.6 À propos du retard à l'installation

L'âge moyen d'installation tend à reculer fortement ces dernières années.

- Selon l'enquête de Baude, Flacher, Bosson et Marchand de 2004 auprès des étudiants de troisième cycle, l'installation est différée de plus de 1 an pour 65% des répondants principalement pour raisons familiales et manque d'expérience.³⁰
- 78% des remplaçants du Bas-Rhin envisagent l'installation, dans un délai moyen de

2 ans et demi.²³

- 48% des remplaçants de Picardie envisagent l'installation dans un délai moyen de 3 ans.²⁴
- 42% des remplaçants de Bretagne envisagent l'installation, mais seulement deux tiers d'entre eux souhaitent un exercice libéral exclusif.⁴⁹

Le gouvernement, pour favoriser l'installation, le regroupement et le maintien des médecins dans les zones en voie de désertification ou sous médicalisées, a mis en place des aides de différentes natures :⁵²

- exonérations fiscales (exonération fiscale dans les zones franches urbaines ou ZFU pour les cabinets s'y créant, exonération de taxe professionnelle si installation en zone de revitalisation rurale ou ZRR pendant 5 ans, exonération d'impôt sur les bénéfices totale pendant 5 ans puis abattement dégressif pendant les 9 années suivantes dans les ZRR pour les nouvelles activités libérales créées, exonération d'impôt sur le revenu à hauteur des recettes perçues au titre de 60 jours de gardes par an dans les zones sous médicalisées).
- indemnités versées aux étudiants en médecine (bourse d'études aux étudiants s'engageant à s'installer dans une zone déficitaire).
- primes à l'installation (aides financières de l'État avec la circulaire 2004-153 du 26 mars 2004 qui définit les zones géographiques en vue de l'attribution de celles-ci, en complément des aides de l'assurance maladie soit 10000€ par an et par médecin pendant 5 ans).
- majorations d'honoraires médicaux.
- participation financière au regroupement des professionnels de santé, par la mise en place de maisons médicales pluridisciplinaires.

Ces différentes aides ne sont possibles que dans certaines zones géographiques bien identifiées. Selon la zone et le type d'aides, elles peuvent être octroyées :

- par les collectivités territoriales, dans le cadre :
 - soit, de la loi du 25 février 2005 relative au développement des territoires ruraux,
 - soit, d'une politique spécifiquement définie au niveau local, départemental ou régional.
- par l'Assurance maladie, dans le cadre :
 - soit, des conventions nationales passées avec les syndicats de médecins libéraux
 - soit, du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

Une mission parlementaire récente⁵³ (publiée le 1^{er} octobre 2008), « Offre de soins sur l'ensemble du territoire », préconise quant à elle des « propositions-choc » pour encadrer la liberté d'installation des professionnels de santé libéraux par des mesures « désincitatives », voire contraignantes et dissuader les médecins de s'installer dans les zones déjà sur-dotées en offre de soins :

- un dispositif de « conventionnement sélectif » pour limiter le nombre de nouveaux conventionnements accordés aux médecins s'installant dans les zones sur-dotées, à l'image de ce qui est prévu pour les infirmiers.
- des règles géo-démographiques d'installation des cabinets médicaux, maisons médicales et centres de santé pourraient être instituées, à l'image de ce qui existe pour les pharmacies.
- La modulation du niveau de prise en charge des cotisations sociales des

médecins par l'Assurance maladie en fonction de la zone où ils s'installent, de façon à désavantager ceux qui viennent exercer dans une zone déjà sur-dotée pour marquer une différence de traitement entre ces médecins et ceux qui vont exercer dans les zones où ils sont le plus nécessaires.

Ces mesures, si elles sont prises, ne devraient concerner ni les médecins déjà installés, ni les futurs médecins qui ont déjà entamé leur internat. En contrepartie, les pouvoirs publics s'engageraient à améliorer la formation et les conditions d'exercice des professionnels de santé, telle l'augmentation continue du *numerus clausus* des différentes filières médicales.⁵³

5.7 Idées reçues et vraies mutations

S'il apparaît que la féminisation croissante de la médecine soit à l'origine d'un profond changement des mentalités, il semble que les modalités d'exercice tendent à ne plus être fonction du genre. Le choix d'une meilleure gestion temporelle n'est pas incompatible avec le maintien d'un niveau élevé d'activité et de revenus. Mais elle impose une restructuration profonde de l'offre de soins sur le territoire. Il est couramment admis que la proportion de femmes ne va faire qu'augmenter ces prochaines années. Peut-on raisonnablement équilibrer les effectifs ? Étant donné que la proportion de femmes est de l'ordre de 64% dès la première année d'études, cela signifierait une discrimination positive pour les hommes, et non plus une sélection liée à la seule valeur scolaire.

Plutôt que stigmatiser les spécificités d'exercice soi-disant liées au sexe, les pouvoirs publics et les instances ordinales devraient se pencher davantage sur les aspirations de l'ensemble du corps médical et leurs attentes quant à leur exercice professionnel futur.⁴⁷

6 LE REMPLAÇANT GÉNÉRALISTE : SA PLACE DANS LE SYSTÈME DE SOINS

On attend une forte baisse du nombre de médecins généralistes en exercice dans les prochaines années, conséquence du *numerus clausus*. Il faut également prendre en compte les changements sociologiques actuellement en cours : la féminisation, le souhait d'une diminution du temps de travail et de la pénibilité de l'exercice, l'attrait du salariat.

6.1 Constat actuel

Les remplaçants sont moitié moins nombreux que dans les années 80, pour les mêmes raisons universitaires et sociologiques que leurs confrères installés. Toutefois, ce mode d'exercice attire de plus en plus de jeunes médecins. Cela peut être une bonne chose. Le statut si particulier du remplaçant, avec ses obligations universitaires, ordinales, déontologiques, légales et fiscales est très proche de celui du médecin libéral traditionnel. Bien que n'ayant pas de patientèle lui appartenant en propre, il participe activement au système de soins actuel, par le biais de la permanence de soins (gardes ou remplacement) et grâce à sa flexibilité et sa mobilité, il permet d'éviter la fermeture pure et simple de certains cabinets lors des congés dans des zones fragiles.

Il bénéficie d'une certaine liberté, avec une meilleure gestion du temps de travail, du temps libre à accorder à une formation complémentaire, un allègement des charges administratives, une rémunération intéressante. Mais les conditions de remplacement étant actuellement très strictes, il ne peut malheureusement pas donner sa pleine mesure. De plus le choix d'une meilleure gestion de la vie personnelle n'est pas incompatible avec le

maintien d'un niveau élevé d'activité. Mais cela impose une restructuration profonde de l'offre de soins sur le territoire, avec une meilleure prise en compte du potentiel du remplaçant.

Il apparaît nécessaire d'envisager deux pistes de réflexion.

- Sur le long terme, il faudrait poursuivre la valorisation de la médecine de premier recours, qui demeure l'une des professions essentielles de notre société, afin qu'elle redevienne attractive aux yeux des étudiants et des jeunes praticiens.
- En attendant que ces mesures en cours ou encore à venir prennent leur plein effet, pourquoi ne pas favoriser l'intégration des remplaçants dans le système de soins actuel, puisqu'ils sont avant tout des médecins libéraux de premier recours, dotés d'une certaine mobilité qui pourrait être un atout dans ce contexte d'inégalité de répartition de l'offre de soins.

6.2 Propositions de solutions de valorisation de la filière de médecine générale

Redonner à la médecine générale de premier recours son lustre d'antan ne se fera pas aisément. La médecine, toutes spécialités confondues, connaît aujourd'hui les conséquences démographiques d'un *numerus clausus* serré. Les effets du relèvement de celui-ci ne seront au mieux visibles que 12 ans plus tard.

Les modalités actuelles de l'ENC ont favorisé une fuite des étudiants vers les spécialités au détriment de la médecine générale. En attendant les pleins effets du relèvement du *numerus clausus*, on voit mal comment favoriser le choix de la médecine générale sans pour autant porter préjudice à des spécialités également sinistrées. Cela

implique la poursuite des réformes universitaires ainsi qu'une refonte du système de rémunération des médecins libéraux.

6.2.1 Poursuivre l'élévation du *numerus clausus*

On l'a vu plus haut, le *numerus clausus* est un outil qui s'est révélé insuffisamment fiable pour réguler la population médicale. Ses effets sont retardés du fait de la longueur du cursus médical. Il ne prend en compte que la dimension numérique de la population médicale. Il ne prend pas en compte les choix de vie et d'exercice qui seront ceux des médecins de demain, sans même parler d'une féminisation galopante.

Il existe une certitude : les années à venir seront marquées par la nécessité de soigner avec moins de médecins, dont l'activité sera diminuée en volume horaire, compartimentée et souvent délocalisée. Il faudra délivrer des soins de qualité toujours meilleure, tenant compte des progrès de la médecine et des avancées dans la prise en charge de maladies chroniques. Il deviendra nécessaire de dégager du temps médical par une meilleure répartition des tâches entre divers professionnels de santé. La délégation de certains actes serait une piste à explorer, bien que difficile à mettre en pratique de prime abord ; les infirmières, les sages-femmes, les dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes étant déjà des professions à l'équilibre démographique précaire.⁵⁴

6.2.2 Valoriser la médecine générale au niveau de son enseignement

Il est paradoxal que les généralistes soient pour la plus grande part de leur formation encadrés par des spécialistes exclusivement. Dans un cursus de neuf ans, le temps consacré

à la médecine générale libérale est de six mois (le semestre chez le praticien) au mieux de douze mois (SASPAS). De plus ce contact avec la médecine générale n'intervient qu'après l'engagement dans cette filière. Il faut envisager d'augmenter le temps de présence en cabinet, afin qu'il représente au moins la moitié de la formation de l'interne, mais aussi sensibiliser les étudiants à cet exercice dès les premier et deuxième cycles des études médicales.

Des stages dédiés à l'exercice libéral ont été mis en place dès le deuxième cycle, depuis l'arrêté du 4 mars 1997, modifié le 23 novembre 2006 concernant les modalités d'accès au deuxième cycle des études médicales : *« Conformément aux dispositions de l'article 8-II de l'arrêté du 4 mars 1997 susvisé, à compter de l'année universitaire 2006-2007, les étudiants de première ou de deuxième année de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales effectuent un stage chez un ou des médecins généralistes appelés maîtres de stage agréés. »*

L'article 3 de cet arrêté précise les objectifs de ce stage :

- « - appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en cabinet et la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels ;*
- appréhender la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire, la place du médecin généraliste au sein du système de santé ;*
- se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale libérale : interrogatoire du patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, détermination d'un diagnostic, prescription et suivi d'une mise en œuvre d'une thérapeutique ;*
- se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique ;*
- appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale libérale ;*

- comprendre les modalités de gestion d'un cabinet. »

Actuellement, les modalités de ce stage diffèrent d'une Faculté à l'autre, sa durée variant de 2 jours et demi à plusieurs semaines. On pourrait proposer un stage s'effectuant dans des sites divers, comme par exemple un mois en cabinet de ville et un mois en cabinet ou maison médicale ruraux. Cela suppose un recrutement massif de généralistes maîtres de stage.

Il faut également poursuivre les nominations d'enseignants de médecine générale afin de faire accéder la filière au même niveau universitaire que les autres spécialités : la filière de médecine générale compte 130 enseignants à mi-temps, alors que les autres spécialités comptent 5500 universitaires à temps plein.⁵⁵

Le développement de l'encadrement universitaire favoriserait la valorisation la thèse de médecine générale et permettrait d'encourager la recherche clinique et la publication.

L'objectif doit être de former des médecins de premiers recours et non simplement des médecins titulaires du diplôme de médecine générale.

6.2.3 Valoriser la médecine générale au niveau de l'examen national classant

Créer des postes ne suffit manifestement pas. À l'issue des choix de 2008, 609 postes de médecine générale sont restés vacants. Cette fois encore, ce sont les subdivisions du nord (Tours, Nancy, Dijon, Reims, Caen, Rouen, Angers et Limoges) qui sont pénalisées. Il faut remarquer aussi que ce sont les villes où avait été augmenté le nombre de postes de

médecine générale offerts. Au final, 2591 étudiants ont choisi la filière de médecine générale contre 2414 en 2007. Cela semble être un choix positif et non plus une sélection par l'échec puisque contrairement aux années précédentes près d'un cinquième des 2800 premiers s'est tourné vers cette spécialité.⁵⁶

« Le travail de valorisation de la médecine générale commence à payer. Les mentalités changent aussi. Il n'y a pas eu de sifflement dans l'amphi cette année quand les premiers étudiants ont annoncé qu'ils optaient pour la médecine générale. »

Bérangère Crochemore, présidente de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG).⁵⁷

6.2.4 Valoriser la médecine de premier recours au niveau de son mode d'exercice

La multiplicité des diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC), diplômes d'Université (DU), diplômes interuniversitaires (DIU), la persistance des capacités et les modes d'exercice particulier (MEP) rendent très difficile l'appréciation du nombre exact de l'offre de soins sur le territoire. Les futurs généralistes savent bien que leurs revenus seront très inférieurs à ceux des spécialistes. Pourtant avec la spécialisation de médecine générale, cette disparité n'est théoriquement plus justifiée. Pour bénéficier de dépassements d'honoraires, 40% des étudiants choisiront un exercice particulier (allergologie, homéopathie, phlébologie, acupuncture, mésothérapie).⁵⁸

Avec l'attrait du salariat, un nombre toujours croissant de généralistes exerce en tant que gériatologue, médecin scolaire, médecin de PMI, urgentiste, et ne fait pas du tout de médecine de premier recours.

Exiger que le médecin exerce uniquement dans sa spécialité initiale, permettrait d'éviter que les médecins généralistes exercent autre chose que du soin de premier recours. Or la longueur de la carrière médicale fait supposer que le praticien souhaitera modifier son activité. Le vœu des jeunes médecins est la flexibilité et la diversification. Il faut réfléchir à la mise en place de passerelles permettant l'évolution de carrière, sans que cela ne porte préjudice ni au professionnel, ni à la démographie médicale.⁵⁹

On peut espérer qu'ainsi les futurs généralistes appréhenderont moins de s'engager dans cette voie s'ils savent avoir la possibilité de se reconverter et d'y être aidés.

6.2.5 Revaloriser les rémunérations

Selon les chiffres de l'Assurance maladie⁵⁸, les médecins généralistes exerçant exclusivement en libéral ont perçu en 2005, tous secteurs confondus, 124710€ d'honoraires totaux moyens dont 3537€ de dépassement. Les spécialistes, toutes spécialités et tous secteurs confondus, ont perçu 222963€ d'honoraires totaux moyens dont 30587€ de dépassement, les radiologues se détachant nettement avec 525186€ d'honoraires totaux moyens dont 12605€ de dépassement.

Vu le faible ratio rémunération/contrainte du généraliste, il n'est pas surprenant que la filière de médecine générale soit aussi peu choisie à l'ENC.

La revalorisation du C à 23€ niveau symbolique du Cs n'est pas prévue à ce jour, les caisses de l'Assurance maladie étant vides. Mais une revalorisation des actes ne peut suffire à attirer plus d'étudiants, qui de plus en plus privilégient une certaine qualité

d'exercice et une certaine qualité de vie. La rémunération à l'acte entraîne une course aux patients pour faire face aux charges professionnelles, ne laissant plus de temps à consacrer au rôle social du médecin, ainsi qu'à son rôle de prévention.

6.3 Solutions entre remplacement et installation : intégrer le remplaçant à l'offre de soins

Il est temps de considérer le remplaçant comme un médecin à part entière, ses obligations légales, ordinaires et fiscales sont celles de tout médecin libéral. Le choix de ce mode d'exercice peut être vu selon deux angles :

- c'est un futur installé qu'il convient de motiver afin qu'il ne se tourne pas vers le salariat ou vers un mode d'exercice particulier, se détournant de la médecine de premier recours.
- c'est un potentiel important en termes de moyens humains au niveau des zones géographiques déficitaires.

6.3.1 Le collaborateur libéral

Ce statut, pensé comme un préalable avant une association, a pour objectif principal de faciliter l'accès à l'exercice de ville pour les jeunes médecins. Il propose une forme de compagnonnage dans l'exercice médical et l'appréhension des contraintes liées à la responsabilité d'une entreprise. Il a été créé par la loi n° 2005-882 du 2 août 2005, avec la modification du Code de déontologie.

Art 87 (ancienne rédaction) : « *Il est interdit à un médecin d'employer pour son compte,*

dans l'exercice de sa profession, un autre médecin ou un étudiant en médecine. »

Art 87 modifié par le décret n°2006-1585 du 13/12/2006 : « *Le médecin peut s'attacher le concours d'un médecin collaborateur libéral, dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.*

Chacun d'entre eux exerce son activité en toute indépendance, sans lien de subordination, et dans le respect des règles de la profession, notamment le libre choix du médecin par les patients et l'interdiction du compérage. »

Le collaborateur libéral a le loisir de se constituer une clientèle personnelle et perçoit directement ses honoraires tout en versant une redevance au titulaire du cabinet. Il peut exercer en même temps que le titulaire, contrairement au remplaçant. Il conserve une liberté d'installation ultérieure sans clause de non-concurrence. Les contractants doivent procéder au recensement trimestriel de leur clientèle respective, afin d'éviter les conflits lors des dissolutions de contrats.

C'est un contrat à durée déterminée ou non, renouvelable ou non. Il n'est envisageable qu'entre deux médecins inscrits au tableau de l'Ordre, de même discipline, de même situation conventionnelle ou non. Le collaborateur libéral peut exercer sur plusieurs sites, avoir une activité mixte salariée libérale ou continuer à remplacer. Il ne peut pas être déjà installé. Il possède sa propre carte de professionnel de santé (CPS) ainsi que des feuilles de soins libellées à son nom mais faisant mention de son statut de collaborateur.⁶⁰ En tant que praticien libéral indépendant, le collaborateur libéral est responsable de ses actes professionnels, il doit souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle. Il doit s'immatriculer à l'URSSAF et être affilié à la CARMF.

Le congé maternité est pris en compte pour la collaboratrice (douze semaines) avec une clause interdisant toute rupture de contrat durant cette période, leçon tirée des conflits apparus suite aux contrats d'avocat collaborateur.

Il existe tout de même quelques réserves :

- le conventionnement

Le collaborateur libéral adhère à titre personnel à la convention médicale. Le Conseil de l'Ordre souhaite que le collaborateur d'un praticien secteur II puisse être rattaché à la situation conventionnelle de ce dernier, afin que les médecins secteur II puissent trouver un médecin collaborateur, mais aussi afin de ne pas nier l'esprit de collaboration (mêmes conditions et modalités d'exercice). Cette demande est rejetée par le Conseil d'État pour l'instant.

Le collaborateur d'un titulaire secteur II ne peut pas en bénéficier pour ses propres patients s'il n'a pas les qualifications requises (ancien chef de clinique-assistant, ancien assistant). Cet aspect peut poser problème aux praticiens exerçant en secteur II ; comment traiter la clientèle avec des modalités et des conditions différentes selon le praticien ? Cela permet à une partie des patients d'accéder à des soins sans dépassement d'honoraires, peut-être au détriment du titulaire, si l'on considère le risque de fuite de clientèle. Mais ces « futur-ex-remplaçants » de praticiens secteur II ne s'y retrouveront pas, au lieu de percevoir une rétrocession sur les honoraires habituellement pratiqués par ce praticien, ils percevront des honoraires de secteur I, tout en payant une redevance au titulaire.

À l'inverse, un collaborateur qui a à titre personnel la possibilité d'accéder au

secteur II va-t-il être contraint de renoncer au secteur II et être obligé de prendre le secteur I du médecin titulaire ? Cette obligation impliquera-t-elle une renonciation définitive au secteur II et sera-t-elle considérée comme le premier choix du secteur conventionnel ? Ce pourrait être un véritable frein à l'installation et à la collaboration dans un tel cas.

- Le regroupement des médecins

Ce dispositif veut favoriser à terme l'association ou la transmission du cabinet. En attendant, elle privilégie les zones où la densité médicale est déjà importante.

- La baisse de revenus pour les deux parties

Augmenter l'activité du cabinet implique d'adapter les locaux, les heures de travail du personnel, l'achat de matériel, et donc d'augmenter nettement les frais de fonctionnement du cabinet, ce qui augmentera d'autant la redevance versée par le collaborateur. Le remplaçant pour sa part perçoit une rétrocession d'honoraires. Le coût est moindre pour le remplacé et le revenu est plus important pour le remplaçant, puisque les charges de fonctionnement ne sont pas modifiées lors d'un remplacement.

- La rupture du contrat

Le contrat ne comporte pas de clause de non-concurrence pour le collaborateur s'il s'installe ultérieurement au contraire du remplaçant. N'est-il pas imprudent pour le titulaire de laisser une clientèle « parallèle » se constituer ? Pour le titulaire, il n'y a pas de « rachat » de clientèle prévue lorsque le collaborateur cesse son activité. En cas de cession du cabinet, il sera difficile d'envisager une indemnité de présentation

à la clientèle pour un médecin qui aura été le collaborateur du titulaire et qui aura déjà pris en charge régulièrement des patients.

- Le remplacement

En cas d'absence du titulaire on peut imaginer qu'il souhaite se faire remplacer. Le collaborateur prendra-t-il le statut de remplaçant pour les demi-journées où il ne travaille pas comme collaborateur ? Le médecin collaborateur sera-t-il autorisé à se faire remplacer, et dans ce cas pourra-t-il choisir son remplaçant ? Le titulaire pourra-t-il imposer un remplaçant à sa collaboratrice en congé de maternité afin de ne pas avoir à gérer deux clientèles de front ?

Étant donné la facilité actuelle à trouver des remplacements on comprend que ce statut ait du mal à s'imposer auprès des remplaçants. Le titulaire pour sa part n'y trouve pas forcément son compte. Mais ce type de contrat peut paraître rassurant, pour le titulaire qui fidélise ainsi son remplaçant et s'épargne ainsi les angoisses d'une chasse à la dernière minute, et pour le collaborateur qui s'assure des revenus réguliers.

Ce type de collaboration est méconnu et pour l'instant sous-utilisé. Quelques dizaines de contrats ont été signés en 2006, 150 en avril 2007, 554 en juillet 2007 et 597 en janvier 2008. Ce statut, pensé comme un préalable à l'association, attire peu car les jeunes généralistes ne veulent pas s'engager dans une voie dont ils ne sont pas sûrs de comprendre toutes les conséquences.⁶¹

6.3.2 Le collaborateur salarié

Le salariat médical n'est pas une innovation : les médecins des établissements de santé ou des administrations ont toujours été reconnus comme médecins salariés. Mais toute tentative de salariat dans le libéral était freinée par le CNOM qui craignait pour l'indépendance du praticien.

Article 2 du décret du 13 décembre 2006 n°2006-1585 relatif au médecin collaborateur libéral et au médecin salarié et modifiant le Code de la Santé publique : « *en cas d'édiction par le Conseil national de l'Ordre des médecins de clauses essentielles d'un contrat type au sens de l'article R. 4127-91 du code de la santé publique, les médecins ayant conclu un contrat de collaboration libérale avant cette édiction disposent d'un délai de six mois à compter de celle-ci pour se conformer à ces clauses essentielles.*

L'interdiction du salariat prévue au premier alinéa de l'article R. 4127-87 du Code de la Santé publique, dans sa rédaction antérieure à la publication du présent décret, reste en vigueur pendant un délai de six mois à compter de cette publication. »

Ce statut de collaborateur salarié est donc entré en vigueur dès juin 2007, mais il suscite encore beaucoup d'interrogations.

Par certains côtés le salariat en médecine de ville paraît très avantageux :

- l'aménagement des horaires : ce qui pourrait favoriser l'exercice dans des zones désertifiées, puisqu'il n'incomberait pas au salarié sept jours sur sept. On imagine bien l'absence d'effet sur la permanence de soins.
- Le bénéfice de prestations sociales identiques à celles d'un salarié « normal » : c'est la possibilité pour les femmes de prendre un congé maternité indemnisé, et pour les futurs pères de prendre un congé indemnisé d'une durée de 11 à 18 jours

calendaires, durant lesquels son contrat de travail est suspendu. Les jours de congé de paternité se cumulent alors avec le congé de naissance de trois jours accordés aux salariés pour la naissance de l'enfant.

- L'application du droit du travail mais aussi du droit du licenciement : ils s'appliquent de plein droit au salariat médical, un contrat serait conclu qui prévoirait le montant de la rémunération, la durée du temps de travail, préservant ainsi le médecin salarié, comme n'importe quel autre travailleur. En cas de licenciement des allocations chômage seraient allouées.
- Le changement de fiscalité avec la diminution des charges, les faisant passer de 30% à 18% environ.

Mais le salariat présente des inconvénients majeurs :

- le lien de subordination qu'implique la relation salariée ainsi que ses conséquences sur l'indépendance du praticien.
- pour le titulaire, cela revient à payer des cotisations patronales qui s'ajoutent à une comptabilité déjà lourde.

De plus, si ce statut est autorisé depuis juin 2007, il n'est pas applicable en l'état :

- La prise en charge des actes et le remboursement par l'Assurance maladie ne sont pas encore prévus. Le Code de la Sécurité sociale ne permet pas à un assuré social ou à un ayant droit d'obtenir le remboursement de frais engagés à l'occasion de la consultation du médecin salarié d'un autre médecin. On attend la loi de financement de la Sécurité sociale de 2009.
- Depuis la loi 2002-203 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et la qualité du

système de santé, les médecins salariés agissant dans la limite de la mission qui leur a été impartie sont couverts par les établissements, services et organismes qui les emploient. mais la situation du médecin salarié d'un de ses confrères ou d'une société d'exercice doit être clarifiée par le législateur.

- L'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale) énonce que la convention médicale détermine « *les obligations respectives des caisses primaires d'Assurance maladie et des médecins d'exercice libéral* ». Cette loi ne s'étend pas pour l'instant aux médecins salariés. On peut en déduire que ceux-ci n'adhéreront pas directement et individuellement à la convention, mais exerceront sous couvert du conventionnement du médecin libéral employeur.

- Une convention collective doit obligatoirement être mise en œuvre par les entreprises médicales qui salarient du personnel et s'étendra nécessairement aux médecins salariés du cabinet médical. Or elle n'a évidemment pas été prévue pour cette situation et des mesures d'adaptation doivent être envisagées dans certains domaines (classification, temps de travail...).

Un contrat type est en cours d'élaboration par le CNOM.

6.3.3 L'assistant libéral

Ce statut a été créé pour la première fois en Mayenne en 2000. Le but est de faciliter pour un médecin installé son exercice, notamment de faire face à un surmenage lié à l'importance de sa clientèle en rapport avec le faible taux de démographie médicale du département.

À la différence du remplaçant, l'assistant a la possibilité de travailler en même temps que le médecin titulaire, mais comme le remplaçant il n'utilise pas ses propres feuilles de soins et n'a pas la faculté de se constituer une clientèle, il ne perçoit pas d'honoraires mais une rétrocession (totalité des honoraires moins les charges au *pro rata* du temps travaillé). L'assistant n'a pas besoin d'être inscrit à l'Ordre, ce système n'implique ni investissement financier, ni engagement de longue durée, il est libre quant à ses horaires de travail et n'est pas isolé. Cela n'a jamais été tenté hors des limites du département bien qu'ayant donné de bons résultats.⁶¹

La Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) a proposé un statut très similaire, le remplaçant collaborateur, qui permet d'exercer en même temps que l'installé dans les moments d'activité importante, sur des périodes courtes, lors des périodes d'affluence par exemple, et de participer à la permanence des soins. Ce statut, étendu à tout le territoire permettrait de mieux rentabiliser les remplaçants et d'encourager l'exercice dans les zones défavorisées, tout en soulageant les médecins installés.⁶¹

L'Ordre n'y est pas favorable actuellement, arguant que le remplacement régulier n'est pas déontologique et peut être assimilé à la gérance de cabinet, interdite par l'article 89 du Code de déontologie.

6.3.4 L'adjoint au docteur en médecine

Ce statut est exceptionnel et marginal. Lors d'un afflux touristique saisonnier, un médecin installé peut exercer conjointement avec un adjoint étudiant pour une période

maximale de trois mois, sur autorisation préfectorale. Chacun perçoit les honoraires pour son propre compte, les dépenses communes sont à la charge des cocontractants à proportion des honoraires perçus.

Ce dispositif utilisable en cas de crise sanitaire avait été étudié avec intérêt par les pouvoirs publics lors de l'élaboration du plan grippe aviaire. Le Conseil de l'Ordre réfléchit à son extension dans certains cas particuliers : un médecin empêché de conduire confierait ses visites à un adjoint...⁶¹

6.3.5 Le médecin volant

Il s'agit d'une proposition du Syndicat des médecins libéraux ; elle permettrait de mieux répartir l'offre de soin, et aux remplaçants de travailler plus. La clé est la mobilité. Tout praticien ayant soutenu sa thèse serait considéré comme un médecin en exercice, pourrait avoir des feuilles de soin à son nom, percevoir directement ses honoraires, et remplacer de façon plus souple. Le remplaçant participerait à la permanence de soins comme le suggère le rapport Grall.⁵⁰

L'installé se ferait remplacer un jour par semaine ou plus pour exercer dans un cabinet secondaire, et certains cabinets dans des zones déficitaires pourraient être ouverts en permanence grâce aux médecins volants non installés.⁶¹

Mais ce statut suppose une répartition des remplaçants sur le territoire plus homogène qu'elle n'est. Certains départements sont sinistrés, la mobilité du remplaçant pourrait être une solution. Mais dans les faits, la majorité des remplaçants exerce dans son département

de résidence.

Ce statut suppose une parfaite transparence vis à vis du patient, qui doit être informé des vacations ou horaires de consultation de tel ou tel praticien, car pour l'instant, la médecine foraine, c'est à dire sans adresse professionnelle fixe, est interdite selon l'article 74 du décret du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale.

Art 74 : « L'exercice de la médecine foraine est interdit ; toutefois des dérogations peuvent être accordées par le Conseil départemental de l'Ordre dans l'intérêt de la santé publique. »

Afin de venir en aide aux praticiens malades ou inaptes à exercer, un rapport des Assises nationales du Conseil de l'Ordre de juin 2008 a proposé la création d'un nouvel article 74 :

« L'exercice de la médecine foraine est interdit. Un médecin peut être inscrit au tableau de l'Ordre de sa résidence personnelle dès lors qu'il déclare ne pas exercer en cabinet propre, en établissement de santé ou avoir un poste salarié. Il peut alors exercer la médecine sans cabinet propre, en exerçant des fonctions de remplaçant, adjoint, associé temporaire, ou tenir le poste d'un médecin malade ou décédé... »⁶²

Cette modification d'article permettrait d'avancer vers le statut de médecin volant.

Comme on le voit, des solutions existent entre remplacement et installation. Elles ont l'avantage de stabiliser le remplaçant, de lui permettre d'accroître son activité et de mieux participer à l'offre de soins sur le territoire. Certains dispositifs nécessitent toutefois des ajustements afin d'en diminuer les contraintes. Cette recherche de liberté commence à être comprise par le Conseil de l'Ordre qui admet enfin qu'il est nécessaire de permettre

l'exercice multi site, en cas de besoins sanitaires ou de nécessité de coordination des soins.⁶³

« Si les notions d'exclusivité de l'installation et de l'exercice et de suivi personnel des malades par le médecin qu'ils ont choisi cadraient bien avec l'organisation ancienne de l'exercice libéral de la profession et une occupation du territoire plus rurale, elles ne représentent plus aujourd'hui que des contraintes rigides et inutiles, entravant une évolution des règlements souhaitable pour la bonne organisation de l'offre de soins. »⁶³

On peut regretter que les modifications du Code de déontologie ne portent que sur l'exercice du médecin installé en lui donnant plus de laxité, tandis que le statut du remplaçant n'évolue pas. Mais cela pourrait changer, l'Ordre a pour objectif en 2009 de mieux reconnaître les remplaçants, ce « *gisement de 10 000 médecins disponibles*»...

La déclaration du docteur Irène Kahn-Bensaude du 3 novembre 2008 est de bon augure.⁶⁴

« Le docteur Legmann, président du CNOM, souhaite donner un vrai statut aux remplaçants, qui faciliterait leur exercice en leur permettant de disposer de leurs propres feuilles maladie libellées à leur adresse. À travers ce statut plus « officiel », ils pourraient, par exemple, être rattachés à une maison de santé pluridisciplinaire. L'objectif est que ces médecins se sentent reconnus au même titre que leurs confrères. »

7 CONCLUSION

« La médecine est étroitement liée à l'ensemble de la culture, toute transformation dans les conceptions médicales étant conditionnée par des transformations dans les idées de l'époque. »

Sigerist H.⁶⁵

Ce qui était vrai en 1932, date de publication de L'introduction à la médecine de H. Sigerist, l'est plus que jamais en 2008.

L'image du médecin telle qu'elle est connue depuis si longtemps est en pleine mutation. Les praticiens sont aujourd'hui confrontés à une crise sans précédent :

- le vieillissement des effectifs, accentuant la pénibilité des gardes et des astreintes en médecine libérale,
- la diminution des effectifs, conséquence du *numerus clausus* et de l'ENC,
- la diminution du temps de travail, conséquence de la féminisation de plus en plus importante mais aussi du changement des mentalités,
- l'attrait du salariat, en contrepoint à la désaffection de la médecine libérale, qui ne peut que s'accroître si des mesures coercitives de restriction à l'installation sont mises en place,
- l'attrait des zones urbaines au détriment des zones rurales, pour fuir l'isolement social, intellectuel et médical, l'absence d'infrastructures et la pénibilité de l'exercice quotidien.

Pendant longtemps la médecine a été exercée comme un art individuel. Aujourd'hui la

médecine ne peut s'envisager autrement que collective : ce qui suppose le développement de réseaux de santé, la délégation des tâches et compétences, le développement des technologies et d'internet afin de faciliter le travail en équipe. La nouvelle génération de médecins a déjà fait le choix de nouvelles options professionnelles comme la professionnalisation du remplacement, la collaboration libérale ou salariée, l'exercice en groupe ou multi sites, le temps partagé salariat/ libéral.

Car la demande de soins change ; le patient très au fait des nouvelles techniques et des traitements de pointe sera de plus en plus demandeur d'interlocuteurs multiples regroupant un ensemble de compétences, de services et de disponibilité et de continuité de soins dans un même lieu. Il faudra faire face au vieillissement de la population et à l'accroissement de demande de soins qui en découlera.

Les jeunes médecins découvrent pendant leurs remplacements les conditions de vie effrayantes de leurs aînés et les rejettent, s'installant dans le remplacement au long cours, non par manque d'attrait pour la médecine de premier recours, ni par méconnaissance de son rôle essentiel dans le maintien du tissu social mais parce qu'à leurs aspirations à exercer autrement ne répond que la menace et la perspective d'un avenir sombre.

On évoque de plus en plus souvent la nécessité d'une limitation à l'installation, limitation qu'ont acceptée récemment les infirmières libérales. Mais il est à craindre que ces médecins sous la contrainte ne s'installent pas davantage. Ils fuiront vers des postes salariés ou pire, comme un nombre grandissant chaque année, ils n'hésiteront pas à s'expatrier ailleurs en Europe.

Le système de soins va devoir passer par un remaniement en profondeur, qui devra comprendre :

- une meilleure organisation et répartition au niveau du territoire de l'offre de soins.
- une refonte des études médicales avec une vraie valorisation de la médecine générale, c'est à dire prendre des mesures qui la rendront attractive pour les étudiants et non une spécialité par défaut d'où ils n'auront qu'une hâte, s'échapper vers le salariat et les modes d'exercice particuliers.
- une éducation de la population, c'est à dire apprendre à faire la différence entre besoin et demande de soins.

En attendant ces réformes, il faudra passer par une période difficile, pendant laquelle l'offre de soins sera passablement réduite en termes d'effectifs et de temps médical disponible. Les remplaçants à mon sens pourraient être un atout pour passer le cap. Ils représentent 7% des médecins généralistes en activité régulière, travaillent le plus souvent à mi-temps tout en participant déjà à la permanence des soins. Leur atout principal est leur mobilité. Exiger davantage d'eux doit avoir pour contrepartie une meilleure reconnaissance de leur statut.

BIBLIOGRAPHIE

1. **LE GOFF A.** *Répertoire méthodique des dossiers relatifs à l'enseignement et à la police des professions médicales dans la sous série FR CHAN F/17 aux archives nationales.* Archivesnationales.culture.gouv.fr [en ligne], 2005.
 Disponible à l'adresse : http://chan.archivesnationales.culture.gouv.fr/sdx-222-chan-pleade-1/pl/toc.xsp?id=FRDAFANCH00SM_0000000002_d0e2410&qid=sdx_q0&fmt=tab&idtoc=FRDAFANCH00SM_0000000002-pleadetoc&base=fa&n=2&ss=true&as=&ai Consulté le 6 décembre 2009
2. **BERTHELOT, HARTWIG DERENBOURG, DREYFUS, GIRU et al.** *La Grande Encyclopédie ou Inventaire Raisoné des Sciences, des Lettres et des Arts par une Société de Savants et de Gens de lettres.* Paris : H. Lamirault, 1885-1902, vol 25 p.292.
3. **GUILLON A.** *Le remplacement médical : étude théorique et pratique.* Paris : Imprimerie J. Chesné. 1955, 286 p.
4. **WINCKLER M.** *Les trois médecins.* Paris : POL, 2004, 523 p.
5. **FARMON F., CHASSORT A.** Les remplacements en médecine générale. *Bulletin de l'Ordre des Médecins.* Paris : Conseil national de l'Ordre des médecins; Mars 2000.
 Disponible à l'adresse : <http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/Archives/html/103/103BOMN103P13A01.htm>
 Consulté le 6 décembre 2009
6. **WINCKLER M.** L' « Examen National Classant » ou « Comment pérenniser l'élitisme médical », « casser » les futurs soignants et détruire la médecine générale en France. Winckler's Webzine [en ligne]. 2005.
 Disponible à l'adresse : http://martinwinckler.com/article.php3?id_article=655 Consulté le 6 décembre 2009
7. **Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale Groupe de travail sur le 6^{ème} semestre du 3^{ème} cycle des études de médecine générale.** ISNAR-IMG.com [en ligne]. 2005.
 Disponible à l'adresse : http://www.isnar-img.com/DOCUMENTS/030725-CR-final-groupe-travail-remis-conseil_lers.pdf
 Consulté le 6 décembre 2009
8. **LEBRETON-LEROUVILLOIS G.** *Atlas de la démographie médicale. Situation au 1^{er} janvier 2008.* Paris : Conseil national de l'Ordre des médecins; Sept. 2008.
 Disponible à l'adresse : <http://www.webordre.medecin.fr/demographie/atlas2008.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
9. **CHARLERY A.** Se faire remplacer ou pas. *Impact Médecine*, 2008, N°245, p 27.
10. **CHABOT J-M.** Démographie médicale : les mécanismes de la crise. *Rev Prat Med Gen.* Nov. 2001;15(553):1917(10)
11. **CHOUSSAT J.** *Rapport d'ensemble sur la démographie médicale.* La Documentation Française. Paris : Inspection générale des affaires sociales. Inspection générale des finances; Déc. 1997. 45 p.
 Disponible à l'adresse : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/974071590/0000.pdf>
 Consulté le 6 décembre 2009
12. **FARKAS A.** Hôpital 2007 : tarification à l'activité et triage social. *Nouvelle Solidarité*, 2006, N°16.
13. **BOUET P., BERNARD-CATINAT M., DELGA M-E. et al.** *Liberté d'installation, liberté d'exercice, quelle médecine pour quels médecins.* Paris : Conseil national de l'Ordre des médecins : Commission nationale permanente; Juin 2003. 46 p.
 Disponible à l'adresse : <http://www.webordre.medecin.fr/rapport/rapportdudr.bouet.pdf> Consulté le 6 décembre 2009

14. **CHATIN B.** *Démographie médicale française, situation au 1^{er} janvier 2004*. Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins; Déc. 2004. 38 p.
Disponible à l'adresse : <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etatlieux.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
15. **BLOCH D., CHAMONARD D., HOQUEUX C.** Les parcours scolaires et l'âge des bacheliers. *Éducation & formations*. 2001;60:67(3).
16. **BILLAUT A.** *Caractéristiques et résultats des épreuves classantes nationales de médecine 2004*. Document de travail. Paris: DREES, Série Études; Oct. 2005. 98 p.
Disponible à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud52.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
17. **BILLAUT A.** *Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales*. Paris: DREES, Études et Résultats; Mars 2006. 8 p.
Disponible à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er474/er474.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
18. **VANDERSCHULDEN M.** *Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006*. Paris: DREES, Études et Résultats; Avril 2007. 8 p.
Disponible à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er571/er571.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
19. **VANDERSCHULDEN M.** *Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007*. Paris: DREES, Études et Résultats; 2007.
Disponible à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er616.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
20. **BODENHEIMER Th.** Primary Care — Will It Survive? *N Eng J Med*. 2006;355(9):861(4).
Disponible à l'adresse : <http://content.nejm.org/cgi/reprint/355/9/861.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
21. **DAOUST-BOISVERT A.** Crise identitaire chez les médecins de famille. *Ledevoir.com* [en ligne]. 2008.
Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/2008/08/05/200355.html> Consulté le 6 décembre 2009
22. **AUFFRET-PONTHUS C.** *Devenir socio-professionnel des résidents de la faculté de médecine de Rennes* [Thèse d'exercice]. Rennes: Université de Rennes I; 2003.
23. **RAMPONT F.** *Le remplacement de médecine générale : état des lieux dans le Bas-Rhin en 2003* [Thèse d'exercice]. Strasbourg; Université de Strasbourg ; 2006.
24. **NICOLLE J.** *Caractéristiques actuelles du remplacement en médecine générale et retard à l'installation. A propos d'une enquête* [Thèse d'exercice]. Amiens: 2005.
25. **SZWARC G.** *Les nouvelles générations de médecins généralistes : profil et perspectives* [Thèse d'exercice]. Caen: 2007.
26. **DUPUIS C.** Médecins libéraux : pas de quoi s'enflammer. *Le Quotidien du médecin*. 2008;8409:4.
27. **LAMPERTI P.** Combien mettre de côté pour les cotisations sociales à payer sur vos recettes libérales de 2008. *La lettre de Média Santé*. 2008;731:2.
28. **PATRIMOINE Management & Technologies** *Les besoins des indépendants en matière de protection sociale*. BOURSORAMA.com [en ligne], sd.
Disponible à l'adresse : <http://www.boursorama.com/patrimoine/guides/Prevoyance/PRE20.html>
Consulté le 6 décembre 2009
29. **LAMPERTI P.** Maternité, paternité ou adoption : à quelles prestations sociales avez-vous droit ? *La lettre de Média Santé*. 2008;722:3.

30. **BAUDE N., FLACHER A., BOSSOON J-L.** Désirs et attentes des internes de 3^e cycle de médecine générale. *Médecine*. 2008;4(3):135(6).
31. **DUPUIS C.** Médecins remplaçants nouvelle voie royale ? *Le Quotidien du médecin*. 2008;8423:6.
32. **GATTUSO C.** Remplacé remplaçant, feu vert de l'Ordre. *Le Quotidien du médecin*. 2008;8436:5.
33. **HUSINGER V.** Comment séduire ces confrères de l'intérim ? *Le Généraliste*. 2005;2322:18(5).
34. **MAINOT R.** *Les femmes médecins*, La Vie médicale, 31 août 1927, cité par VERGEZ B., *Le monde des médecins au XX^e siècle*. Paris : Éditions Complexes, 1999, p.64.
35. **KAHN-BENSAUDE I.** *La féminisation une chance à saisir*. Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins; Déc. 2005.
Disponible à l'adresse : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/feminisation2005.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
36. **MERZOUK M.** La féminisation de la profession médicale en Algérie : essai d'analyse sociologique. *Marché du travail et genre: Maghreb – Europe*, 2004, pp 219-227.
37. **TORRENTÉ DE LA JARA G., PECOUD A., JAUNIN-STALDER N.** Y a-t-il un avenir pour les femmes à temps partiel en médecine de premier recours ? *Revue Médicale Suisse*. Oct. 2005;1(38):2457(6).
Disponible à l'adresse : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=30726> Consulté le 6 décembre 2009
38. **LABARTHE G., HERAULT D.** *Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002*. Paris: DREES, Études et résultats; Juin 2003. 8 p.
Disponible à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er244.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
39. **HARDY-DUBERNET A.** Femmes en médecine, vers un nouveau partage des professions ? *Revue française des Affaires Sociales, DREES*. 2005. 24 p.
Disponible à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/rfas200501/200501-art04.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
40. **NIEL X., VILAIN A.** *Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques*. Paris: DREES, Études et Résultats; Mai 2001. 8 p.
Disponible à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er114.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
41. **AULAGNIER M., OBADIA Y., PARAPONARIS A. et al.** *L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises*. Paris: DREES, Études et Résultats ; Nov. 2007. 8 p.
Disponible à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er610.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
42. **NIEL X., PERRET J-P.** La société française : Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années quatre-vingt-dix. *La Documentation française*, ISSN 0758-6531, 2002, pp 385-391.
43. **LUCAS-GABRIELLI V., SOURTY-LE GUELLEC M-J.** *Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001)*. Paris: CREDES, Questions d'économie de la Santé; Avril 2004. 8 p.
Disponible à l'adresse : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes81.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
44. **ROBELET M., LAPEYRE N., ZOLELIO E.** *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins : Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse*. Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins; Janvier 2006.
Disponible à l'adresse : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/feminisationsociologie.pdf> Consulté le 6 décembre 2009

45. **Institut National de la Statistique et des Études Économiques** *Taux d'activité des femmes et des hommes selon l'âge, Séries longues sur le marché du travail*. Insee.fr [en ligne]. 2008.
 Disponible à l'adresse : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCF03103
 Consulté le 6 décembre 2009
46. **Institut National de la Statistique et des Études Économiques** *Actifs occupés selon le sexe et le secteur d'activité, Enquête emplois du 1^{er} au 4^{ème} trimestre 2007*. Insee.fr [en ligne]. 2008.
 Disponible à l'adresse : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCF03104
 Consulté le 6 décembre 2009
47. **LAPEYRE N., LE FEUVRE N.** Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des Affaires Sociales, DREES, N°1*. Sante.gouv.fr [en ligne], 2005.
 Disponible à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/rfas200501/200501-art05.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
48. **SLIMAN G., AUDIC Y., PERIGOIS E.** *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. Enquête BVA pour le Conseil national de l'Ordre des médecins*. Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins. 2007.
 Disponible à l'adresse : <http://www.web.ordre.medecin.fr/actualite/enquetebvaattentesdesmedecins.pdf>
 Consulté le 6 décembre 2009
49. **LE TACON-PRIQUET M.** *Les médecins généralistes remplaçants en Bretagne : profil, activité et projets professionnels* [Thèse d'exercice]. Rennes: Université Rennes I ; Mars 2008.
 Disponible à l'adresse : http://resmed.univ-rennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/these_M._Le_Tacon-2.pdf
 Consulté le 6 décembre 2009
50. **POUILLEUL M.** *Le rapport Grall, pour une réforme de la permanence des soins*. Macsf.fr [en ligne], 2007.
 Disponible à l'adresse : <http://www.macsf.fr/dossier-et-actualites/veille/le-rapport-grall-pour-une-reforme-permanence-soins.html>
 Consulté le 13 octobre 2008
51. **Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie du Nord-Pas-de-Calais** *La permanence de soins en médecine de ville dans le Nord-Pas-de-Calais*. Villeneuve d'Ascq: Urcam Nord Pas-de-Calais; Août 2005. 41 p.
 Disponible à l'adresse : http://www.npcd.assurance-maladie.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/download/DOSSIER_PERMANENCE_MIS_EN_PAGE.pdf Consulté le 6 décembre 2009
52. **Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie des Pays de la Loire** *Les aides à l'installation des médecins : les aides prévues*. Nantes: Urcam Pays de la Loire, sd.
 Disponible à l'adresse : <http://www.urcam.assurance-maladie.fr/Les-Aides-prevues.13545.0.html>
 Consulté le 6 décembre 2009
53. **BERNIER M.** *L'offre de soins sur l'ensemble du territoire*. Paris: Assemblée Nationale: Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales. [Rapport d'information N° 1132]. Sept. 2008.
 Disponible à l'adresse : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp> Consulté le 6 décembre 2009
54. **MORNAT J., VIGUIER M., CERRUTI F-R.** *L'exercice médical à l'horizon 2020*. Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins, Commission nationale permanente; Juin 2004.
 Disponible à l'adresse : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/cnpexercicemedicalalhorizon2020.pdf>
 Consulté le 6 décembre 2009
55. **DE SAINT ROMAN H.** Le nouveau rapport Berland sur la démographie, *Le Quotidien du médecin*, 2008, N° 8401.
56. **GATTUSO C.** La médecine générale gagne du terrain, mais perd 600 postes. *Le Quotidien du médecin*. 2008;8428:4.

57. **GATTUSO C.** Les internes choisissent leur future spécialité. La médecine générale tire son épingle du jeu. *Le Quotidien du médecin*. 2008;8424:3.
58. **CAPUANO A.** Des honoraires en bas de l'échelle. *Le Panorama du médecin*. 2008;5113:22.
59. **MIZZI M., FRAPPE P., ROULLIERE-LE LIDEC C. et al.** *Rapport de la Commission jeunes médecins*. Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins; Juin 2007. 25 p.
 Disponible à l'adresse : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/commissionjeunesmedecins2007.pdf>
 Consulté le 6 décembre 2009
60. **Conseil national de l'Ordre des médecins** *Contrat type de médecin collaborateur libéral*. Conseil-national.medecin.fr [en ligne], *sd*.
 Disponible à l'adresse : http://www.web.ordre.medecin.fr/med_contrat/collaborateur.pdf Consulté le 6 décembre 2009
61. **HUNSINGER V.** Profession remplaçant. *Le Généraliste*. 2008;2437:18(3).
62. **LERICHE B., BIENCOURT M., BOUET P. et al.** *Le médecin malade*. Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins, Commission nationale permanente; Juin 2008. 81 p.
 Disponible à l'adresse : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/lemedecinmalade.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
63. **Conseil National de l'Ordre des Médecins** *Le patient le médecin et la société : dix principes pour une confiance partagée*. Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins; Mars 2007. 12 p.
 Disponible à l'adresse : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/plateforme2007.pdf> Consulté le 6 décembre 2009
64. **KAHN-BENSAUDE I.** *Vers un statut pour les médecins remplaçants*. Newsletter du CNOM du 3 novembre 2008. Conseil-national.medecin.fr[en ligne]. Nov. 2008.
 Disponible à l'adresse : <http://conseil-national.medecin.fr/pages/newsletter/archives/2008/11/index.html?lien=interview>
 Consulté le 6 décembre 2009
65. **SIGERIST H.** *Introduction à la médecine*. Paris : Payot, 1932, 363 pp.
 cité par TUBIANA M., *Histoire de la Pensée Médicale*. Paris : Flammarion, 1995, p 9.

RÉSUMÉ

Le remplaçant existe depuis le XIX^{ème} siècle. Sa formation a toujours été étroitement liée à l'évolution des études médicales. Pourtant, s'il est reconnu comme praticien libéral et indépendant par l'URSSAF et la CARMF, son statut reste mal reconnu par l'Ordre des médecins, l'Assurance maladie et les pouvoirs publics.

L'instauration du *numerus clausus* et de l'examen national classant a réduit de façon significative le nombre de généralistes remplaçants. De ce fait, les remplaçants trouvent facilement des remplacements, augmentent leur pourcentage de rétrocession et s'installent de plus en plus tardivement.

Cette nouvelle génération de médecins est marquée par la féminisation, l'attrait du salariat, la recherche de la diminution du temps de travail, la peur de l'installation. Cela aggrave la crise démographique actuelle et l'inégalité de répartition des soins sur le territoire.

En 2007, l'installation en libéral a fortement reculé devant la médecine salariée. Les remplaçants représentent un quart des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre.

C'est une force vive qu'il convient de mieux reconnaître et de faire participer au système de soins pour lutter plus efficacement contre les difficultés actuelles de ce dernier. Quelques mesures ont été proposées mais peinent à connaître le succès, le statut de remplaçant restant toujours intéressant en termes de contrainte et de revenus.

Pour 2009, l'Ordre projette de mieux reconnaître le médecin remplaçant thésé pour lui donner enfin une place.

Mots clés : Médecine générale. Remplaçant. Démographie médicale. Féminisation. Examen national classant. *Numerus clausus*. Médecine libérale.
