



HAL
open science

La perception d'une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine selon les médecins généralistes d'Aquitaine

Charlotte Coutrix

► **To cite this version:**

Charlotte Coutrix. La perception d'une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine selon les médecins généralistes d'Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02025683

HAL Id: dumas-02025683

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02025683v1>

Submitted on 19 Feb 2019

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

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

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N°74

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 07 Juin 2018

Par **Charlotte COUTRIX**

Née le 25 Octobre 1988 à Pau (64)

**La perception d'une pratique rurale, semi-rurale
ou urbaine selon les médecins généralistes
d'Aquitaine**

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur François Remark

Jury :

Mr le Professeur Pierre DUBUS

Président

Mr le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Juge

Mr le Docteur Laurent MAGOT

Juge et Rapporteur

Mr le Docteur Gérard DUCOS

Juge

Mr le Docteur François REMARK

Juge et Directeur

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N°74

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 07 Juin 2018

Par **Charlotte COUTRIX**

Née le 25 Octobre 1988 à Pau (64)

**La perception d'une pratique rurale, semi-rurale
ou urbaine selon les médecins généralistes
d'Aquitaine**

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur François Remark

Jury :

Mr le Professeur Pierre DUBUS

Président

Mr le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Juge

Mr le Docteur Laurent MAGOT

Juge et Rapporteur

Mr le Docteur Gérard DUCOS

Juge

Mr le Docteur François REMARK

Juge et Directeur

REMERCIEMENTS

Au Professeur Pierre Dubus, Doyen de l'UFR des Sciences Médicales de l'Université de Bordeaux, Professeur universitaire et Praticien hospitalier dans le service de Biologie des tumeurs et Tumorothèque du CHU de Bordeaux.

J'ai débuté mes études médicales avec vous comme Professeur d'histologie, aujourd'hui vous me faites l'honneur d'accepter de présider et de juger mon travail de thèse. Recevez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon plus grand respect.

Au Professeur Jean-Philippe Joseph, Directeur et Coordonnateur du DES de Médecine Générale à l'Université de Bordeaux, Professeur universitaire de Médecine Générale, Médecin généraliste à Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon estime.

Au Docteur Laurent Magot, Maître de Conférence associé des Universités, Médecin généraliste à Lons.

Après avoir jugé mon portfolio, vous me faites l'honneur d'accepter d'être rapporteur et juge de mon travail. Je vous remercie pour votre investissement auprès des internes de médecine générale béarnais dont j'ai profité pendant 3 semestres. Je vous remercie pour le temps que vous avez consacré au rapport de ma thèse et pour les conseils qui en ont découlé. Recevez ici l'expression de ma reconnaissance et de ma gratitude.

Au Docteur Gérard Ducos, ancien Professeur associé de Médecine Générale, Médecin généraliste à Cestas.

Je ne veux pas seulement vous remercier pour vos lectures et critiques tout au long de la rédaction de cette thèse mais SURTOUT pour le médecin de famille par excellence que vous êtes.

J'admire votre dévouement, votre empathie et votre connaissance. Je suis très heureuse d'avoir été votre élève. Vous m'avez tellement appris sur cette spécialité de médecine générale, que je n'ai pas toujours aimé, c'est vrai. Pour cela je vous en suis éternellement reconnaissante.

Au Docteur François Remark, Attaché d'enseignement, Médecin généraliste à Cestas.

Je ne peux que te remercier pour avoir dirigé cette thèse et pour ces heures passées à corriger mes écrits et oraux.

Comme pour Gérard, il m'importe beaucoup plus ta qualité de médecin de famille hors pair. Même si je t'ai parfois maudit d'accepter la « rhinopharyngite » à 20h30, je n'ai pu que comprendre ton dévouement.

François, merci pour le médecin et formateur que tu es. La qualité de ta pratique de médecin généraliste sera toujours un exemple pour moi.

Au Docteur Habib Sangare, merci pour ce semestre et pour ton enseignement. Ta façon d'approcher le patient et de deviner ce qui ne va pas, m'a toujours impressionnée. J'espère avoir acquis un peu de cet art en t'observant.

A Sophie, merci de m'avoir confié ta patientèle pendant ton congé maternité, c'était tellement enrichissant. Je marche un peu dans tes pas et j'espère arriver un jour à être un aussi bon médecin que toi.

A Laure et Jean-Philippe, merci de m'avoir fait confiance pour mes premiers remplacements et de m'avoir si bien accueillie dans le cabinet.

A Pauline, «la remplaçante brune», merci pour ta bonne humeur, ton rire que j'entends à travers les murs (comment arrives-tu à rire autant avec les patients ?!) et pour me montrer les ficelles du métier.

A mes parents, de Port Gentil à La Haye puis de Pau à Buenos Aires pour finir à Houston et Grasse, que de chemin parcouru.

Papa, ta rigueur et ta justesse ont toujours été un exemple. Merci pour tous les «et ta thèse?» qui m'ont fait râler lors de nos appels transatlantiques hebdomadaires. Je peux enfin te répondre: elle est finie!

Maman, tu es toujours là quand j'en ai besoin. Merci pour les soupes maison en bouteille de jus du dimanche soir, les tupperwares pré-concours, les appel-réveils des matins de partiels/concours (je n'ai jamais su si c'était pour te rassurer ou vraiment pour me réveiller). Merci pour la relecture de cette thèse!

Merci pour votre amour et votre soutien infailible depuis vingt-neuf ans. Vous m'avez tous les deux toujours donné tous les moyens pour que je réussisse. Voyez dans l'accomplissement de ce travail ma reconnaissance éternelle. Je vous aime.

A Claude, merci d'accompagner papa depuis quelques années et de t'être mise au golf pour le suivre dans cette (parfois trop grande) passion!

A Olivier, merci d'être avec maman, merci pour ta décontraction que je trouve apaisante. Shiva a trouvé un super maître d'adoption! Merci pour la relecture de ce travail!

A ma sœur, Camille, merci pour ton air toujours dégouté quand j'évoquais mes anecdotes hospitalières. On n'a pas toujours été les meilleures amies mais j'aime voir qu'avec les années nous le devenons. Je ne doute pas de ta fierté de me voir (enfin) devenir docteur.

To Matt, thank you for your kindness and for supporting Camille everyday! I'm glad to have you in our family.

Thank you both for the correction of the abstract!

A Thomas, de Luz-Saint-Sauveur à Waikanae Beach, partout, pour toujours. Merci pour tes conseils, ton soutien et l'attention que tu me portes chaque jour. Quel privilège j'ai de partager ma vie avec toi. Merci d'exister.

A Quilmes, pour ton exigence de câlins en t'allongeant sur le clavier de l'ordinateur pendant la rédaction de cette thèse.

A Anne et Jean Michel, pour vos repas et m'avoir véhiculer pendant mes quelques mois de transition paloise. **A Pierre et Maxime**, pour nos batailles dans la piscine de Calpe, les parties de batailles corses et les Mario-karts, même si la vie nous éloigne, vous êtes des supers cousins!

A Cécile, ma chouette marraine.

A Mamie Petit Train, j'aimais ces après-midis que nous passions au Fils du Boucher, à faire tes courses puis nos discussions chez toi face à la gare de Caudéran. Tu es partie comme tu voulais mais sans prévenir.

A Mamie Annick, là sans être là, en hommage à ces étés à Calpe avec les cousins, à sauter dans la piscine, à faire du bateau et du ski nautique.

Je suis sûre que vous auriez, toutes les deux, été très fières de ce travail.

A ma belle-famille, Christine et Jean-Michel, merci pour votre gentillesse, pour les week-ends à Lacanau et les voyages. Votre passion de la médecine est un exemple pour moi.

A Jean-David, pour ta bonne humeur communicative et pour toujours être au courant du bon plan local.

A Pierre, pour ton amour pour Pikachu et autres objets décalés, tes histoires d'externat me donne un (petit) « coup de vieux » et me font revivre ces belles années. Je te passe le flambeau : la prochaine thèse de médecine sera la tienne !

A los chicos del liceo franco-argentino Jean Mermoz de Buenos Aires: A Claire pour les repas au Ramsay, les bronzettes en el Parque, les cours d'istoria et geografia à jouer au carré et les premières boliches (Big One); **A Marion**, pour ces après-midis à San Isidro, les confidences et les rigolades; **A Ivy**, para iniciarme a la vida argentina; **A Jokin**, plongés ensemble en la vida portena et nos nostalgies basco-béarnaises.

A Jose, Ana y Maru, Cronica De Una Muerte Anunicada y Boquitas Pintadas no hubieran sido lo mismo sin ustedes. Me encanto conocerlas, las quiero y espero verlas en mi proximo viaje en Argentina.

A Maxi, Garza, Grego, Popi, Sebas, Belu, los otros de la Terminal S y a todos los egresados 2005.

No pensaba decir eso un dia pero...: gracias a las redes sociales que me permiten tener noticias de todos ustedes chicos !

Dédicace aux supers profs du lycée : **Mme Facq-lopez, Mr Lopez, Mr Caville, Mr Houssel, Mr&Mme Hannot, Mr Raibaut** : vous étiez géniaux avec nous : MERCI!

Aux copines du début: **A Louise** pour ton soutien, ta bonne humeur et pour m'avoir fournie en séries et films pendant ma première année.

A Alice, experte en baies de Goji, pollen et graines de courges, j'espère avoir autant de passion pour mon métier que tu en as pour le tien d'ergothérapeute. **A Quentin**, je suis épatée par ta polyvalence : technicien du son avec un CAP cuisine tout en étant carreleur, peintre et maçon dans votre nouvelle demeure. Votre bonheur fait plaisir à voir les copains.

A Ninon Dornon d'Oloron qui aime le Jambon (c'est MA phrase), pour ton soutien et pour être ma grande confidente depuis toutes ses années. Je suis impressionnée par ta capacité à rebondir dans la vie et extrêmement heureuse de voir que celle-ci te sourit enfin!

A Charlotte La Brune, co-équipière médicale, pour notre complicité, ton rire communicatif, ta capacité à renchérir sur mes blagues, nos réassurances mutuelles « ah toi non plus t'as pas encore revu l'item 166 » et pour être la médiatrice du quatuor!

A nos bêtises, fous rires, ti'punch, américanos, délires, retrouvailles : longue vie à notre amitié, longue vie à nous !

Aux copains d'externat: **A Marie-Neige**, pour notre grande amitié née sur les bancs de la fac, j'admire ton investissement dans ta carrière de pédiatre, merci pour nos sessions skis, plages, escalades, marathon relais, rando au Canigou, etc & **Johan**, pour être toujours partant pour tout et pour tes avis orthos qui me sont si précieux (ton dévouement pour cette spécialité qui me rebute tant m'impressionnera toujours!); **A Maxime**, pour tous ces bons moments en amphitheâtre (dédicace à Cedwic) & **Margaux**, la sympathique demoiselle qui t'accompagne maintenant; **A Claire**, merci pour ton enthousiasme permanent & **Amaury**, le parisien que tu as suivi!; **A Oihan**, j'admire ta foi et je suis heureuse que tu aies enfin trouvé ton rayon de soleil, **Servane** (et Augustin, né pendant la rédaction de ces remerciements); **A Vincent**, j'ai maudit ces heures que vous passiez à jouer à PES mais merci pour nos séjours hossegoriens où on se retrouvait tous, je suis heureuse de voir ton bonheur avec **Audrey**; **A Richard**, pour être venu aux week-end ski alors que tu détestes skier & **Célia**, la chouette fille qui partage ta vie; **A Thibaut**, le discret copain dentiste; **A Clément & Amélie**, pour nos repas et soirées toujours autour de bonnes bouteilles; **A Agnès**, pour tous les stages d'externe partagés (surtout pour avoir été les reines des myélo, et seules au monde en chir dig); **A Elisa**, meilleure voisine de partiels pendant 5 ans; au groupe élargi «des réunionnais» : **Kannav, Emilie, Alex, Elo, Cécile, Auré, Antho, Justine, Christophe,...**

Près ou loin des yeux, vous êtes tous très près de mon cœur.

Aux copains d'internat: **A Marie**, d'une improbable rencontre à Pondichéry est née une belle amitié; **A Caroline**, première co-interne haute en couleur; **A Aurélie**, pour la belle complicité qui est restée de ce semestre si particulier ! & **Sylvain**, pour ton rire, ta passion du cyclisme et tous les bons moments qu'on passe tous les 4; **A Romain et Julie**, pour notre découverte du monde privé; **A Jérémie**, pour l'urgentiste refoulé que tu es, pour ton fanatisme du coca-light et pour toujours déconner!; **A Camille et Marine**, pour la RCP sur messenger et heureusement qu'il y a eu ce semestre de géria pour se connaître : vous êtes des supers copines.

Aux autres supers co-internes : Clothilde et Alexandre de neuro, Elise d'endoc, Noémie, Céline, Mona, Eve (co-planneuse des urgences), Marie, Emilie, Julie I., Julie R., Corentin, Erwan, Florian, Noëlle et Marion des urgs ; Maxence, Louis et Eugénie de géria.

Aux équipes médicales et para-médicales des services de Neurologie de l'hôpital de Pau, d'Endocrinologie de l'hôpital d'Agen, à la Maternité de la Clinique de Navarre à Pau, aux Urgences du CHU Pellegrin et à l'UPUG à Pau. Vous avez tous contribué à ma formation et je ne regrette aucun de mes choix : MERCI A VOUS TOUS.

Aux médecins généralistes de Gironde et de Lot-et-Garonne qui ont participé aux focus groupes.

TABLE DES ABREVIATIONS

APL:	Accessibilité potentielle localisée
ARS:	Agence régionale de santé
CHU :	Centre hospitalo-universitaire
CPAM:	Caisse primaire d'assurance maladie
CREDOC:	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
DATAR:	Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité
DRESS:	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECG:	Electrocardiogramme
ETP:	Equivalent temps plein
FMC:	Formation médicale continue
HAB:	Habitants
INSEE:	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES:	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MSA:	Mutuelle sociale agricole
MSU:	Maître de stage universitaire
RSI:	Régime social des indépendants
RDV:	Rendez-vous
SAMU:	Service d'aide médicale urgente
SMUR:	Service mobile d'urgence et de réanimation
ZAUER:	Zonage en aire urbaine et aires d'emploi de l'espace rural

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
TABLE DES ABREVIATIONS.....	7
SOMMAIRE.....	8
SOMMAIRE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	10
1. INTRODUCTION.....	13
1.1 Ruralité et urbanité en Aquitaine.....	13
1.1.1 Définition de la ruralité et de l'urbanité selon INSEE.....	13
1.1.2 Typologie rurale-urbaine selon la Commission Européenne et les ajustements de l'INSEE.....	17
1.1.3 Synthèse des définitions géographiques.....	19
1.2 Démographie médicale.....	20
1.2.1 Densité médicale.....	20
1.2.2 Accessibilité Potentielle Localisée (APL).....	20
1.2.3 Conditions d'obtention des subventions de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) relatives aux spécificités de l'exercice de la médecine générale en milieu rural.....	21
1.3 Conclusion et synthèse.....	23
2. MATERIEL ET METHODE.....	25
2.1 Type d'étude.....	25
2.2 Population de l'étude.....	25
2.3 Recrutement des participants.....	25
2.4 Déroulement des focus groupes.....	26
2.5 Analyse des données.....	27
2.5.1 Transcription des verbatims.....	27
2.5.2 Codage des données.....	27
3. RESULTATS.....	29
3.1 Généralités.....	29
3.1.1 Contenu des résultats.....	29
3.1.2 Présentation des résultats.....	29
3.2 Population.....	30
3.2.1 Organisation des focus groupes.....	30
3.2.2 Répartition géographique des focus groupes.....	31
3.3 Participants.....	32
3.3.1 Caractéristiques des participants.....	32
3.4 Focus groupes.....	33
3.4.1 Répartition des médecins dans les focus groupes.....	33
3.4.2 Caractéristiques des focus groupes.....	33

3.5	Saturation des données.....	34
3.6	Analyse thématique par encodage	34
3.6.1	Caractéristiques médicales.....	34
3.6.2	Caractéristiques géographiques.....	40
3.6.3	Patientèle.....	41
3.6.4	Vie de famille	42
3.7	Définition du milieu semi-rural pour les médecins participants.....	43
3.8	Tableau de comparaison des perceptions des médecins interrogés et des définitions de l'INSEE	44
3.9	Synthèse des résultats	45
4.	DISCUSSION	46
4.1	Discussion de la question de recherche: «Quelle est la perception des médecins généralistes quant à une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine?»	46
4.2	Discussion de la méthode.....	47
4.2.1	Type d'étude	47
4.2.2	Echantillon.....	48
4.2.3	Elaboration de la trame d'entretien	49
4.2.4	Déroulé de l'étude.....	50
4.3	Discussion des résultats.....	52
4.3.1	Démographie de l'échantillon	52
4.3.2	Résultats de l'enquête.....	53
4.3.3	Particularité du milieu semi-rural : un milieu mal défini.....	58
4.3.4	Perceptions des médecins et définitions de l'INSEE	60
4.4	Synthèse et propositions	64
5.	CONCLUSION	65
6.	BIBLIOGRAPHIE.....	66
7.	ANNEXES.....	71
7.1	Annexe 1: Liste des équipements intermédiaires des bassins de vie	71
7.2	Annexe 2: Zone des lieux d'application des mesures conventionnelles et articles du Code de Santé Publique.....	73
7.3	Annexe 3: Les 22 thèses bordelaises utilisées pour constater le manque de définition du lieu d'exercice des médecins	75
7.4	Annexe 4: Trame d'entretien	77
7.5	Annexe 5: Questionnaire administratif.....	79
7.6	Annexe 6: Focus groupe urbain	80
7.7	Annexe 7: Focus groupe semi-rural.....	89
7.8	Annexe 8: Focus groupe rural.....	103
	SERMMENT MEDICAL.....	120

SOMMAIRE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figures :

Figure 1: Aires urbaines de Nouvelle Aquitaine (2).....	14
Figure 2: Unités urbaines de Nouvelle Aquitaine (4)	15
Figure 3: La typologie européenne élargie aux bassins de vie aquitains (10)	19
Figure 4: Densité médicale des médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine en 2016 (12)	20
Figure 5: Equivalents Temps Plein (ETP) de l' APL aux médecins généralistes en 2013 en Aquitaine (14).....	21
Figure 6: Diagramme des flux des focus groupes.....	30
Figure 7: Carte, lieux des focus groupes.....	31
Figure 8: Nombre d'équipements intermédiaires par bassin de vie en Aquitaine (8)	72
Figure 9: Zonage des lieux d'application des mesures conventionnelles (17).....	73

Tableaux :

Tableau 1: Caractéristiques des médecins participants.....	32
Tableau 2: Durée des focus groupes et temps de parole des participants.....	34
Tableau 3: Comparaison des perceptions des médecins et des données de l'INSEE concernant leur lieu d'installation.....	44
Tableau 4: Outil d'aide à la détermination du milieu rural, semi-rural ou urbain pour les médecins généralistes	64
Tableau 5: Liste des équipements intermédiaires en 2010 (36)	71

« Et vous, vous allez vous installer en milieu rural ? Parce qu'on manque de médecins là-bas. »

Combien de fois ai-je entendu cette réflexion à la fin des consultations lors de mes remplacements.

A l'heure où la densité médicale est en baisse, la question du lieu d'installation des jeunes médecins généralistes est omniprésente.

Le portrait du médecin de campagne exerçant seul de 7h à 22h tous les jours de la semaine est une caricature dont le médecin rural actuel a du mal à se défaire.

Les jeunes générations sont parfois montrées du doigt car elles souhaitent profiter de leur vie de famille ou se dégager du temps libre en dehors de l'exercice de la médecine. Mais finalement, n'y a-t-il pas simplement un amalgame entre médecine d'il y a 50 ans et médecine rurale?

Que représente un exercice en milieu rural, semi-rural ou urbain aujourd'hui ?

Lors de mon stage d'internat chez le praticien chez les Dr Ducos, Remark et Sangaré, j'ai rencontré le Dr Rémy qui finissait sa thèse sur les défibrillateurs cardiaques en Aquitaine.

Elle s'était entre autre interrogée sur la différence de possession d'un défibrillateur cardiaque en fonction de la démographie médicale rurale et urbaine. Elle a soulevé le problème de la difficulté de définir le lieu d'installation des médecins et les différences de pratiques qui pourraient en découler.

De nombreuses thèses de médecine générale étudient les pratiques professionnelles où l'organisation des soins distingue des médecins installés en rural, semi-rural ou urbain. La plupart de ces travaux ne définissent pas ces 3 « zones de pratique ». Ces « zones de pratique » sont souvent auto-déclarées par les médecins. Comment ne pas considérer que cela introduit un biais d'interprétation de leurs résultats.

Quel médecin va se considérer comme un médecin rural, semi-rural ou urbain?

Les définitions de zone rurale ou urbaine ne sont pas consensuelles même au niveau de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE).

En conséquence, nous nous sommes posés la question de recherche suivante : « Quelle est la perception des médecins généralistes quant à une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine? »

L'objectif principal de cette thèse est de définir des critères permettant de répondre à cette question en fonction de la perception des médecins généralistes d'Aquitaine quant à leur type de pratique. Nous allons également comparer ces perceptions avec les définitions classiques de rural, semi-rural et urbain pour proposer un outil utilisable pour des travaux futurs.

1. INTRODUCTION

La difficulté à définir le lieu d'installation d'un médecin est liée à l'absence d'une définition adaptée. La perception des médecins semble être fondée sur un faisceau d'arguments.

Nous allons détailler les principales données géographiques mais aussi des données de démographie médicale qui nous semblent importantes pour l'interprétation de la perception des médecins.

1.1 Ruralité et urbanité en Aquitaine

1.1.1 Définition de la ruralité et de l'urbanité selon INSEE

En 2010, est décidé de rénover le Zonage en Aires Urbaines et aires d'emploi de l'Espace Rural (ZAUER) datant de 2002. Ce zonage définissait des espaces à dominante rurale et à dominante urbaine.

Le nouveau zonage en aire urbaine est défini à partir des déplacements entre domicile et lieu de travail. Il apprécie l'influence des villes sur le territoire et ne définit plus l'espace rural.

Les unités urbaines également revues en 2010 proposent une approche morphologique de notre territoire et donnent une définition de l'urbain et du rural.

Une autre définition du rural était prévue dans le cadre des travaux sur les bassins de vie en 2012.

Dans ce chapitre, nous allons voir les définitions des aires urbaines, des unités urbaines et des bassins de vie.

1.1.1.1 Aires urbaines

Le découpage des aires urbaines est fondé sur l'identification de pôles, c'est-à-dire d'unités urbaines concentrant au moins 1 500 emplois, puis sur la délimitation de leurs aires d'influence en s'appuyant sur les trajets domicile-travail de la population des communes avoisinantes.

En fonction du nombre d'emplois du pôle, on distingue les grandes, moyennes et petites aires urbaines (1).

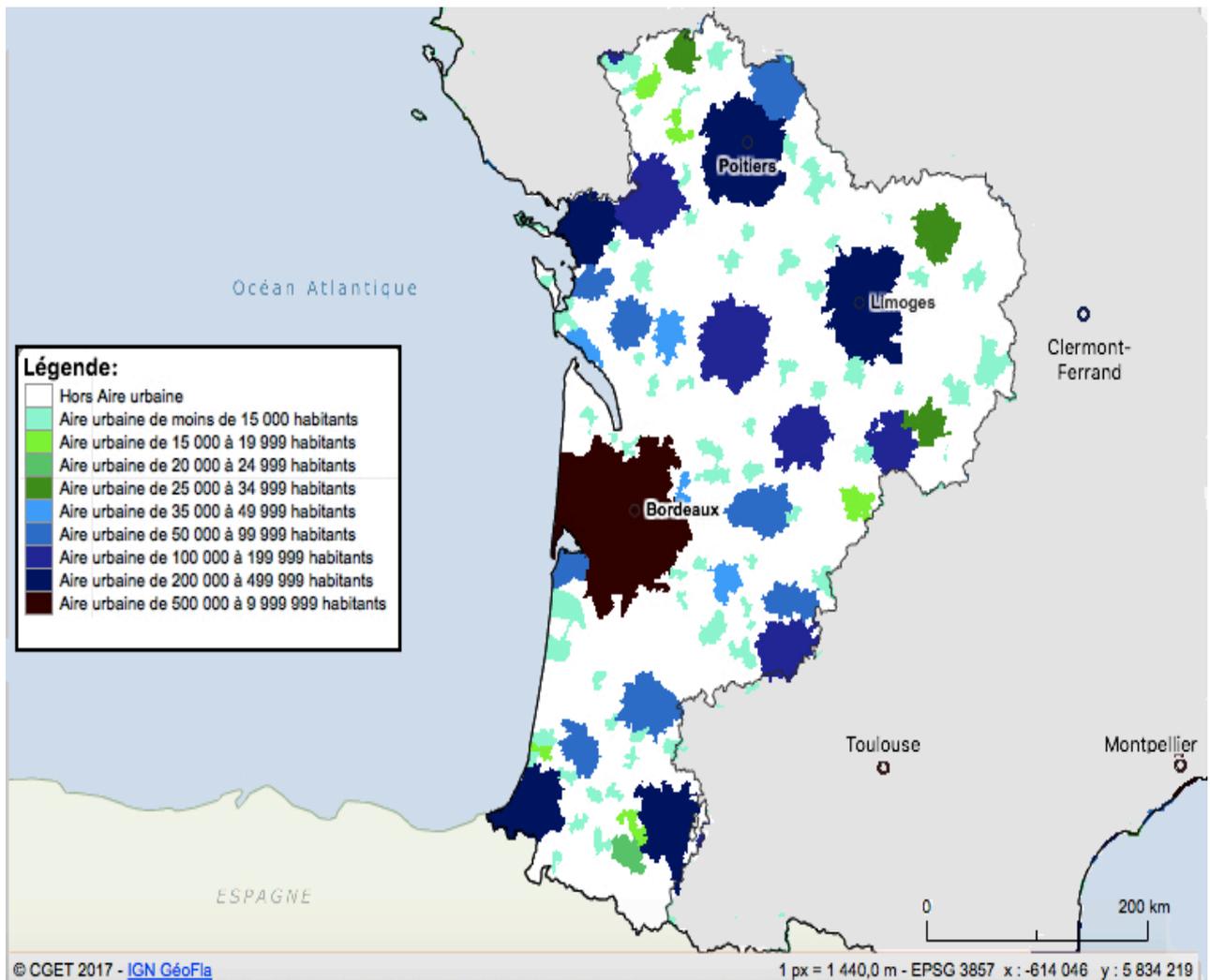


Figure 1: Aires urbaines de Nouvelle Aquitaine (2)

1.1.1.2 Unités urbaines

Une **unité urbaine** est une commune (ou un ensemble de communes) d'au moins 2000 habitants et présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions).

Toute commune n'appartenant pas à une unité urbaine est considérée comme **rurale**.

Ces seuils, 200 mètres pour la continuité du bâti et 2 000 habitants pour la population des zones bâties, résultent de recommandations adoptées au niveau international.

L'actuel zonage daté de 2010 a été établi en référence à la population connue au recensement de 2007 et sur la géographie du territoire au 1er janvier 2010 (3).

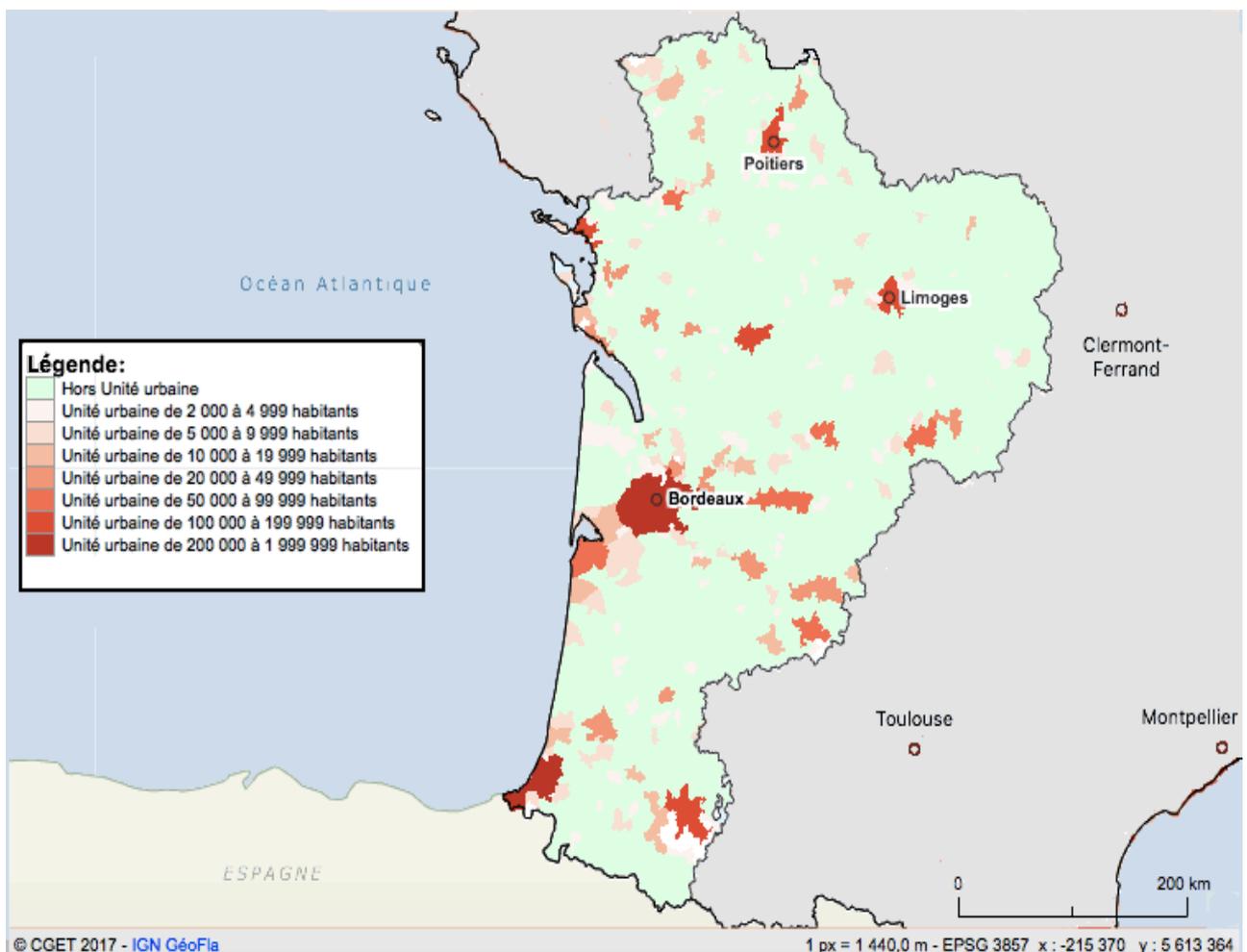


Figure 2: Unités urbaines de Nouvelle Aquitaine (4)

1.1.1.3 Bassins de vie

Les bassins de vie ont une approche «fonctionnelle» du territoire. Ils constituent les plus petits territoires sur lesquels les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

On délimite leurs contours en deux étapes (5,6):

- Définition d'un pôle de services: commune ou unité urbaine disposant d'au moins 16 des 31 équipements intermédiaires (ANNEXE 1 page 71).
- Détermination des zones d'influence de chaque pôle de services. Ils sont délimités en regroupant les communes les plus proches. La proximité se mesurant en temps de trajet par la route à heure creuse. Ainsi, pour chaque commune et pour chaque équipement non présent sur la commune, on détermine la commune la plus proche proposant cet équipement.

La gamme d'équipements intermédiaires a été retenue car elle n'est pas présente sur tout le territoire et a donc un rôle structurant.

A noter que le médecin omnipraticien fait partie des équipements de proximité.

Les bassins de vie sont spécialement adaptés pour étudier la structuration et la desserte d'un espace rural ou peu intensément peuplé (7).

En Aquitaine, il y a 125 bassins de vie dont 106 qui appartiennent intégralement ou majoritairement à la région (8).

1.1.2 Typologie rurale-urbaine selon la Commission Européenne et les ajustements de l'INSEE

Pour définir le rural et l'urbain, la commission européenne a créé en 2011 une nouvelle typologie nommée «degré d'urbanisation» rénovant les précédents travaux de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques qui présentaient des problèmes de comparabilité entre les pays européens.

Cette nouvelle typologie est fondée sur un quadrillage de la population en carreaux d'1km² pour former un maillage (9).

Une maille urbaine se définit comme un ensemble de carreaux de plus de 300 habitants contigus rassemblant au total au moins 5000 habitants.

Dans ces mailles urbaines, la typologie européenne sépare l'urbain dense de l'intermédiaire. L'urbain dense se définit comme un ensemble de carreaux d'au moins 1500 habitants contigus rassemblant au total au moins 50000 habitants.

La population **rurale** correspond à la population vivant **en dehors des mailles urbaines**.

Sur le territoire de chaque commune, on estime la part de population communale qui réside dans des mailles urbaines denses:

- Si la part est > 50%: commune densément peuplée (urbaine)
- Si la part est < 50%: commune de densité intermédiaire (intermédiaire)

La typologie européenne distingue donc les communes en 3 catégories :

- Commune densément peuplée (urbaine)
- Commune densité intermédiaire (intermédiaire)
- Commune faiblement peuplée (rurale)

Le problème de cette typologie européenne c'est que 90% des communes françaises sont considérées comme rurales.

L'INSEE a donc créé un degré supplémentaire en identifiant des zones très peu denses.

La construction de ce degré supplémentaire repose sur la même méthode que la typologie européenne sauf que les carreaux font 200m de côté cette fois-ci (5). Une zone peu dense se définit comme un ensemble de carreaux de plus de 25 habitants/km² contigus rassemblant au total au moins 300 habitants.

Sur le territoire de chaque commune définie comme rurale par la typologie européenne, on estime la part de la population qui réside dans des carreaux ruraux peu denses:

- Si la part est > 50%: commune peu dense
- Si la part est < 50%: commune très peu dense

L'ajout d'un degré de ruralité à la typologie européenne répartit les communes françaises en 4 catégories :

- Communes densément peuplées
- Communes de densité intermédiaire
- Communes peu denses
- Communes très peu denses.

L'INSEE a appliqué la typologie européenne pour définir le rural et l'urbain dans ses travaux sur les bassins de vie.

On dispose pour chaque commune de la part de la population rurale, intermédiaire et urbaine. L'agrégation de ces données par bassin de vie permet de définir 3 niveaux (5):

- Bassins de vie ruraux: part de la population rurale supérieure à 50 %
- Bassins de vie intermédiaires: part de la population rurale comprise entre 20 et 50 %
- Bassins de vie urbains: part de la population rurale inférieure à 20%

Cette méthode conduit à définir 1 287 bassins de vie ruraux en France soit 78% du territoire et 31% de la population (6).

Sur les 106 bassins de vie que compte l'Aquitaine, 91 sont ruraux. Soit 86% des bassins de vie de la région. Cependant, seuls 42% de la population aquitaine y vivent (8).

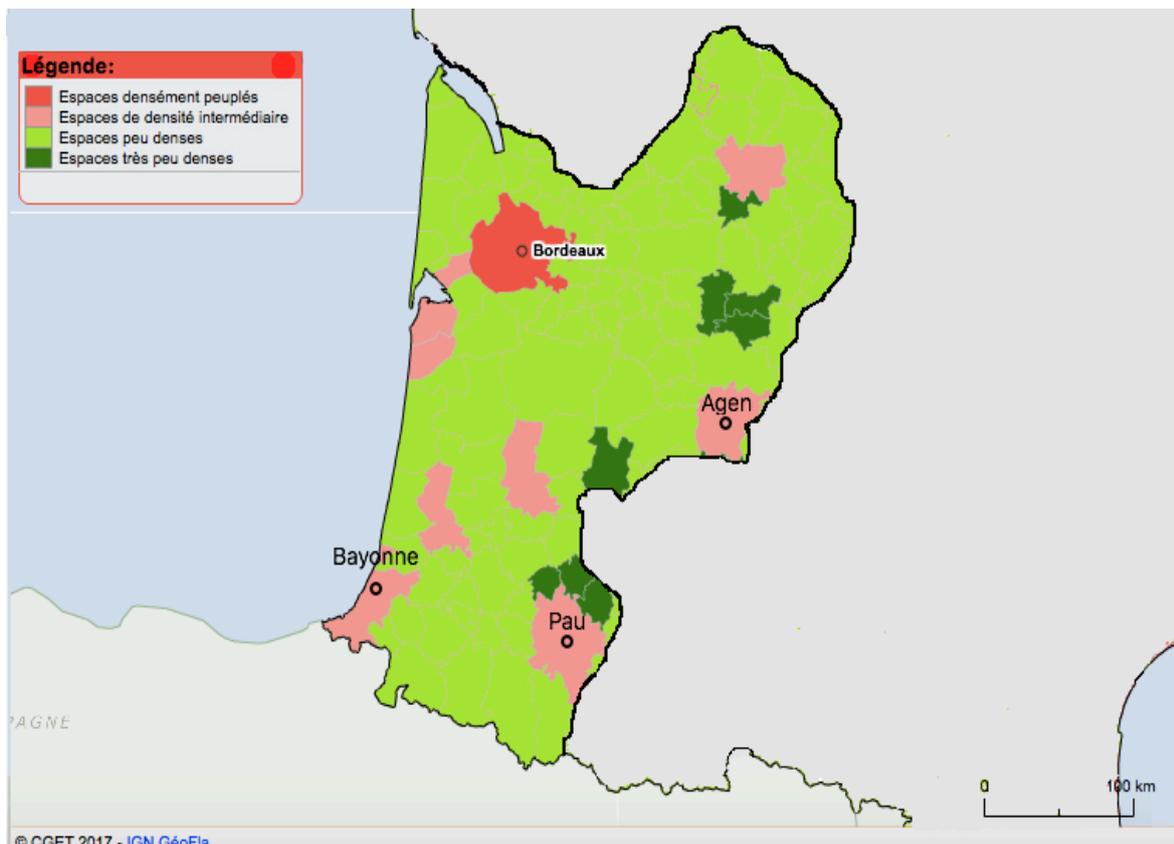


Figure 3: La typologie européenne élargie aux bassins de vie aquitains (10)

1.1.3 Synthèse des définitions géographiques

L'approche morphologique du territoire repose sur une définition du rural et de l'urbain au sens des unités urbaines. Il s'agit d'une approche binaire ne définissant pas de degré d'urbanisation.

Le zonage en aire urbaine propose une approche plus fonctionnelle du territoire. Jusqu'à sa révision en 2010, le ZAUER parlait d'espace à dominante rurale ou à dominante urbaine. Le rural était défini comme le résidu de l'urbain puisqu'il représentait l'ensemble des communes rurales ou unités urbaines n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine (5).

Le vocabulaire du nouveau zonage en aire urbaine de 2010 change. Il délimite les «espaces d'influence des villes» et ne parle plus de rural ou d'urbain.

L'approche morphologique des unités urbaines est toujours utilisée et permet de qualifier un territoire de rural ou urbain.

En 2011, la nouvelle typologie européenne «degré d'urbanisation» est mise au point. Elle qualifie trois types de territoire: rural, intermédiaire et urbain.

1.2 Démographie médicale

1.2.1 Densité médicale

Au 1^{er} Janvier 2017, en Nouvelle Aquitaine, il y avait 25935 médecins inscrits au tableau de l'Ordre et la densité médicale était de 348,6 médecins pour 100000 habitants (11).

La densité médicale des médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine était de 140,5 médecins pour 100000 habitants.

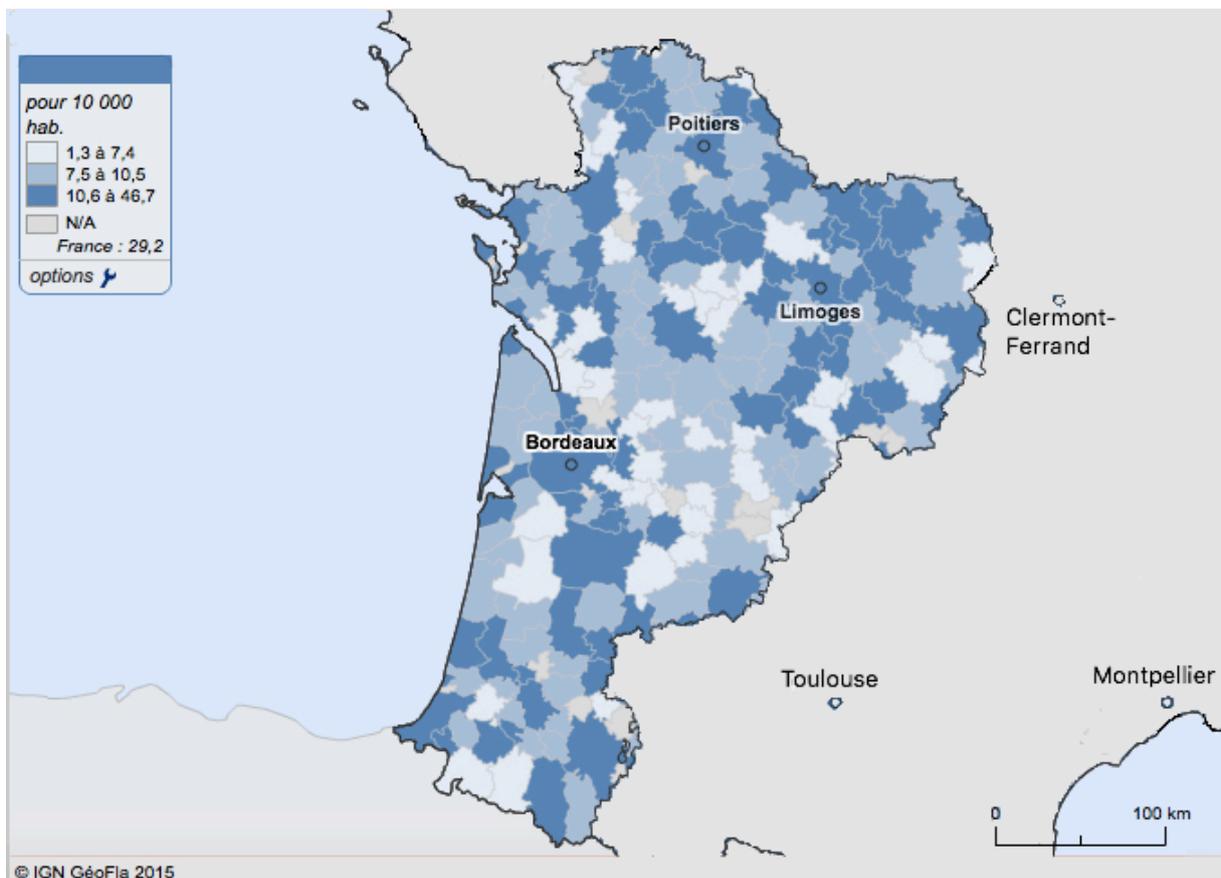


Figure 4: Densité médicale des médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine en 2016 (12)

1.2.2 Accessibilité Potentielle Localisée (APL)

L'APL, est un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune. Il intègre une meilleure définition de l'offre et de la demande de soins. Il s'affranchit du zonage en créant des secteurs flottants. Il prend en compte l'activité des professionnels et structure la demande de soins par âge en affectant un poids plus important aux tranches d'âges les plus consommatrices (13).

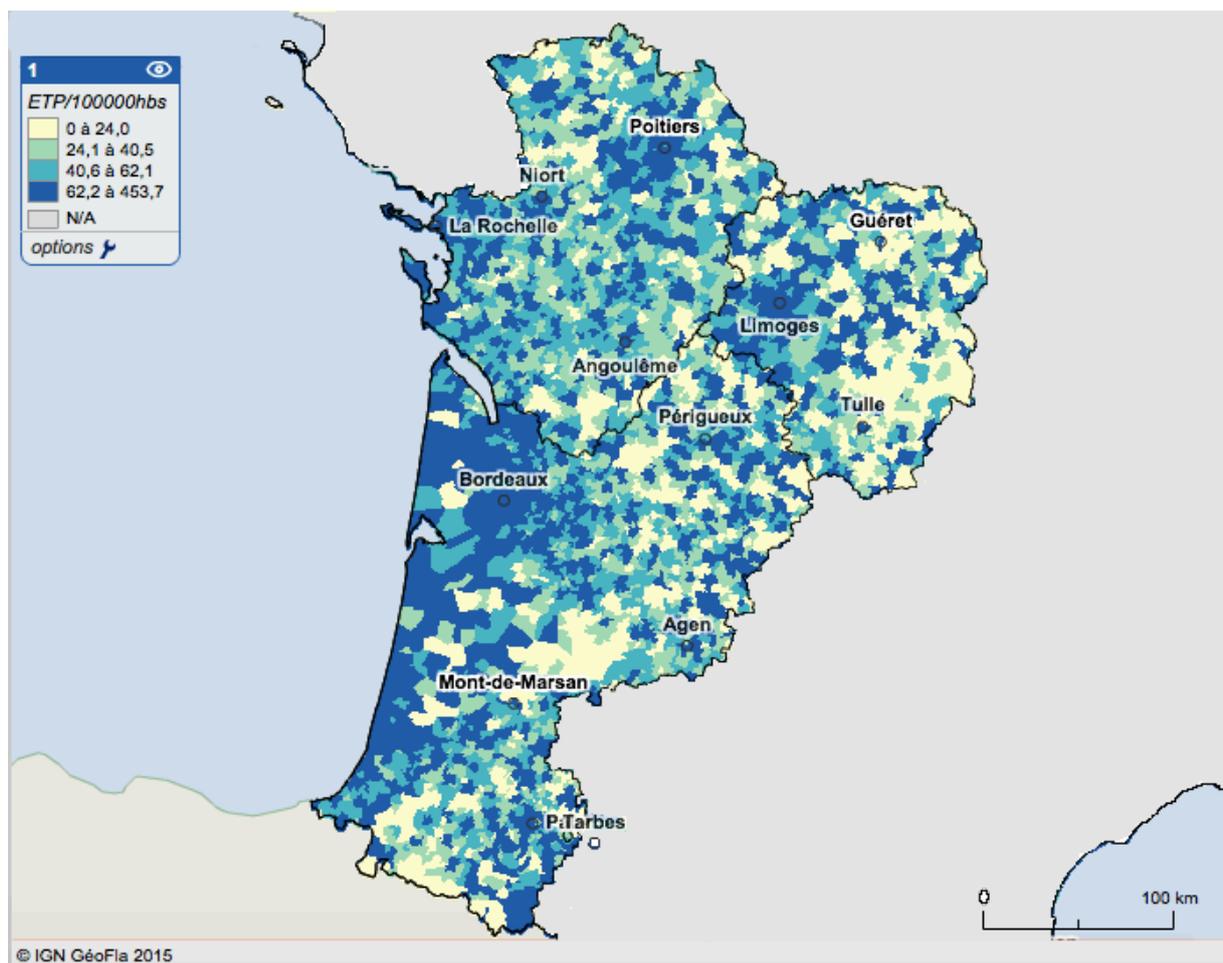


Figure 5: Equivalents Temps Plein (ETP) de l' APL aux médecins généralistes en 2013 en Aquitaine (14)

1.2.3 Conditions d'obtention des subventions de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) relatives aux spécificités de l'exercice de la médecine générale en milieu rural

Dans la convention médicale de Janvier 2005 (15), le contrat de bonne pratique relatif aux spécificités de l'exercice de la médecine générale en milieu rural définissait le cadre pour prétendre à des subventions de la CPAM. Etait considéré comme «médecin rural» le médecin généraliste qui réunissait les deux conditions suivantes:

- Exercer dans un cabinet éloigné de plus de 20 minutes d'un service d'urgence
- Exercer dans un canton dont la densité de médecins généralistes par habitant est inférieure à 3 pour 5000.

Dans la convention de 2016 (16), la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié les modalités de détermination des zones d'application des mesures conventionnelles.

Ces zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins sont mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du Code de la Santé Publique (ANNEXE 2 page 73).

Le Projet Régional de Santé 2018-2027 de la Nouvelle Aquitaine est en cours de rédaction.

Les zones d'application des mesures conventionnelles sont donc pour le moment fondées sur le Projet Régional de Santé 2012-2016 (17) qui détermine six territoires de santé.

Ces territoires sont trop vastes pour analyser les besoins en implantation des professionnels de premier recours et déterminer les zones fragiles où seront mises en œuvre les mesures facilitant l'implantation des professionnels (zones définies à l'article L 1434-7 du Code de la Santé Publique (ANNEXE 2 page 73).

L'échelle des bassins de vie est apparue comme la plus pertinente pour la détermination de ces lieux.

La détermination de ces zones fragiles s'est appuyée sur le classement des bassins de vie dont la densité en médecins généralistes était la plus basse au 01/01/2013, en tenant compte de la densité globale et de la densité des médecins de moins de 60 ans (bassins de vie dont la densité est inférieure de 30 à plus de 50% à la moyenne régionale). L'analyse a été complétée par l'utilisation de l'APL de chaque commune.

1.3 Conclusion et synthèse

Cette première partie a rappelé les nombreuses définitions de ruralité et d'urbanité.

On retrouve l'approche morphologique, binaire des unités urbaines : toute commune n'appartenant pas à une unité urbaine est une commune rurale.

L'approche plus fonctionnelle des aires urbaines repose sur l'identification d'un pôle et de son aire d'influence en se fondant sur les trajets domicile-travail de la population. Elles ne parlent pas d'espace rural ou urbain.

Enfin, le zonage en bassins de vie, autre approche fonctionnelle, correspond au plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. C'est le niveau géographique le mieux adapté pour étudier le milieu rural ou peu densément peuplé.

La commission européenne et l'INSEE ont défini un maillage déterminant des territoires ruraux, intermédiaires et urbains. Ce maillage a été utilisé pour définir différents niveaux de communes et extrapoler ce résultat aux bassins de vie.

Il ne s'agit que de définitions géographiques de notre territoire.

Si l'on s'intéresse au milieu médical, on identifie de nouveaux paramètres : la densité médicale et l'Accessibilité Potentialisée Localisée qui quantifient l'offre et la demande en s'affranchissant du zonage géographique des communes.

La détermination des zones fragiles dans la convention médicale de 2016 repose géographiquement sur les bassins de vie et médicalement sur la densité médicale et l'APL de ces bassins de vie.

La question posée est: «Quelle est la perception des médecins généralistes d'Aquitaine quant à une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine?»

L'hypothèse est que les médecins généralistes perçoivent leur type de pratique en fonction des critères géographiques de leur lieu d'installation.

Les objectifs de l'étude sont:

Objectif principal: **définir une pratique rurale ou urbaine à partir de la perception des médecins généralistes.**

Objectifs secondaires:

- Comparer les données de l'INSEE avec la perception des médecins généralistes quant à leur type de pratique.
- Définir le milieu semi-rural selon les médecins généralistes.
- Créer un outil d'aide à la détermination du milieu d'exercice des médecins généralistes.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Pour répondre aux objectifs, une étude qualitative par focus groupes auprès de médecins généralistes d'Aquitaine a été réalisée.

Un focus groupe est un groupe de discussion animé par un modérateur, en présence d'un observateur, qui a pour but de collecter des informations sur des questions définies à l'avance grâce à une grille d'entretien.

Plusieurs focus groupes ont été réalisés pour atteindre nos objectifs.

2.2 Population de l'étude

Elle était constituée de médecins généralistes Maîtres de Stage de Universités (MSU) ou non, exerçant en milieu rural, semi-rural et urbain.

2.3 Recrutement des participants

Le recrutement s'est fait par deux canaux:

- Des MSU ont été choisis de manière à constituer un échantillon en variation maximale pour leur lieu d'installation (rural ou semi-rural) et leur appartenance à des groupes de Formation Médicale Continue (FMC) locale ou à des groupes de pairs. Il a été demandé à ces médecins MSU de recruter des médecins non MSU participant aux mêmes groupes de formation qu'eux.
- Un échantillon de médecins généralistes d'exercice urbain exerçant dans Bordeaux Métropole et participant régulièrement à la FMC «Médiclub33».

La participation de l'ensemble des médecins recrutés reposait sur la base du volontariat sans critères d'exclusion.

2.4 Déroulement des focus groupes

Plusieurs focus groupes ont été organisés près des lieux d'exercice des médecins.

Ces séances étaient animées par le Dr Ducos ou le Dr Remark.

J'étais l'observatrice de ces séances.

Les séances étaient structurées grâce à deux outils:

- **Une trame d'entretien** (ANNEXE 4 page 77):

Cette trame d'entretien permettait d'orienter le déroulement de la séance. Elle était constituée de questionnements permettant d'aborder différents thèmes :

- Comment se définissent les médecins.
- À partir de leur expérience, quels éléments leur permettent de définir une médecine rurale, semi-rurale ou urbaine.
- Changement de la perception de leur définition de leur lieu d'installation après les premiers échanges.
- Recueil de leurs critères principaux permettant de définir une médecine rurale, semi-rurale ou urbaine.

L'ordre des questions était prédéterminé, mais il pouvait être modifié selon l'évolution du focus groupe. La trame d'entretien était dite en ce sens «semi-structurée».

Elle avait été testée lors d'un « focus groupe test » et peu modifiée avant sa validation définitive (ajout de la notion «SOS Médecins» au II.E)

- **Un questionnaire administratif** (ANNEXE 5 page 79):

Ce questionnaire était distribué en fin de séance, il recueillait les informations suivantes en respectant l'anonymat des participants:

- Année d'installation en médecine générale
- Situation familiale
- Profession du conjoint
- Type d'exercice (seul, en groupe, maison médicale)
- Type de secrétariat

Matériel d'enregistrement

Il s'agissait de l'application «dictaphone» d'un téléphone portable (Iphone 6S®) placé au milieu de la table, accessible à toutes les voix. La fonction dictaphone d'un deuxième téléphone portable (Nokia 3600 slide®) a été utilisée afin de prévenir une éventuelle défaillance du précédent. Il était placé à côté de l'Iphone 6S®.

2.5 Analyse des données

2.5.1 Transcription des verbatims

Le recueil des données reposait sur l'enregistrement des discussions et leur retranscription littérale sur le logiciel Word®.

L'exploitation des données était strictement anonyme. Les paroles et le questionnaire administratif de chaque participant étaient associés au numéro d'identification attribué aléatoirement à chacun en début de réunion.

Un numéro aléatoire avait été attribué aux communes où exerçaient les participants.

En cas de données personnelles citées par un médecin, le nom d'un autre confrère par exemple, une anonymisation était assurée lors de retranscription par l'observateur en utilisant les lettres X, Y ou Z.

2.5.2 Codage des données

2.5.2.1 *Logiciel*

L'analyse des données était réalisée à partir du logiciel N Vivo for Mac® (QRS International).

2.5.2.2 *Analyse prospective*

Un codage thématique des différentes réponses obtenues lors des focus groupes était fait au cours de l'analyse prospective des données.

Il n'y avait pas eu de triangulation.

L'analyse de l'encodage par thème avait pour but de répondre à l'objectif principal de l'étude.

Elle consistait à extraire et à classer les différents thèmes abordés par les médecins généralistes participants pour explorer leur représentation de leur type de pratique.

3. RESULTATS

3.1 Généralités

3.1.1 Contenu des résultats

Les résultats de l'étude sont présentés en plusieurs chapitres:

- Premier chapitre: présentation de la population (caractéristiques des participants et des focus groupes)
- Deuxième chapitre: réponse à l'objectif principal par l'analyse des thèmes abordés lors des différents focus groupes.
- Troisième chapitre : perceptions des médecins quant au milieu semi-rural
- Quatrième chapitre: comparaison des définitions de l'INSEE et des perceptions des médecins interrogés

3.1.2 Présentation des résultats

Les résultats de l'analyse thématique par encodage sont donnés par ordre décroissant : les thèmes les plus importants sont en premier, de même pour le classement des sous-thèmes.

Les exemples de Verbatim choisis pour illustrer les sous-thèmes sont *«en italique et entre guillemets»*.

Pour faciliter l'identification du médecin choisi comme exemple de Verbatim, une lettre a été attribuée pour chaque focus groupes:

- **«a»** pour les médecins 1, 2, 3, 4, 5 du **focus groupe urbain**
- **«b»** pour les médecins 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 du **focus groupe semi-rural**
- **«c»** pour les médecins 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 du **focus groupe rural**

L'ensemble des verbatims est disponible en annexe:

- Focus groupe urbain ANNEXE 6 page 80
- Focus groupe semi-rural ANNEXE 7 page 89
- Focus groupe rural ANNEXE 8 page 103

3.2 Population

3.2.1 Organisation des focus groupes

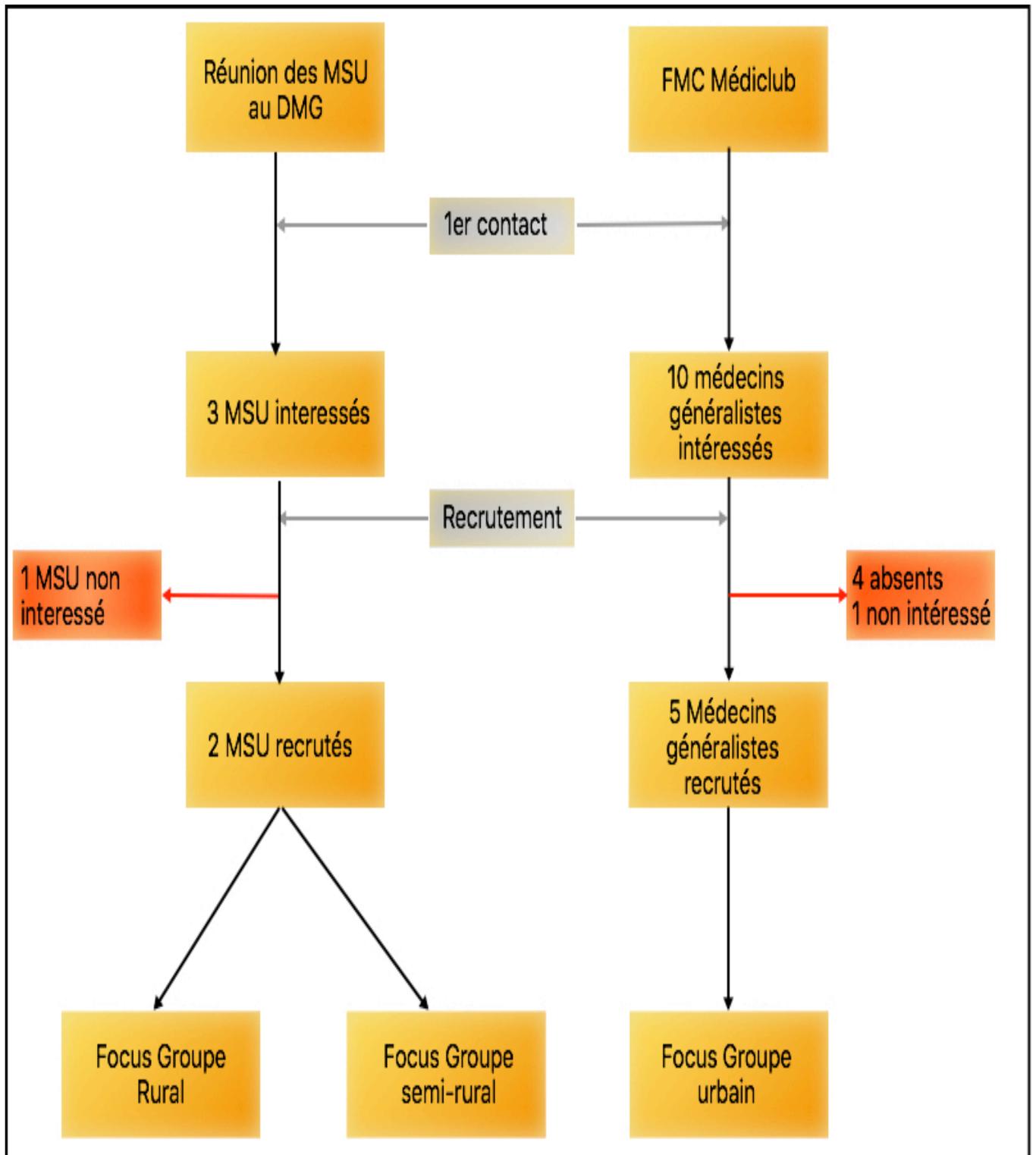


Figure 6: Diagramme des flux des focus groupes

3.2.2 Répartition géographique des focus groupes

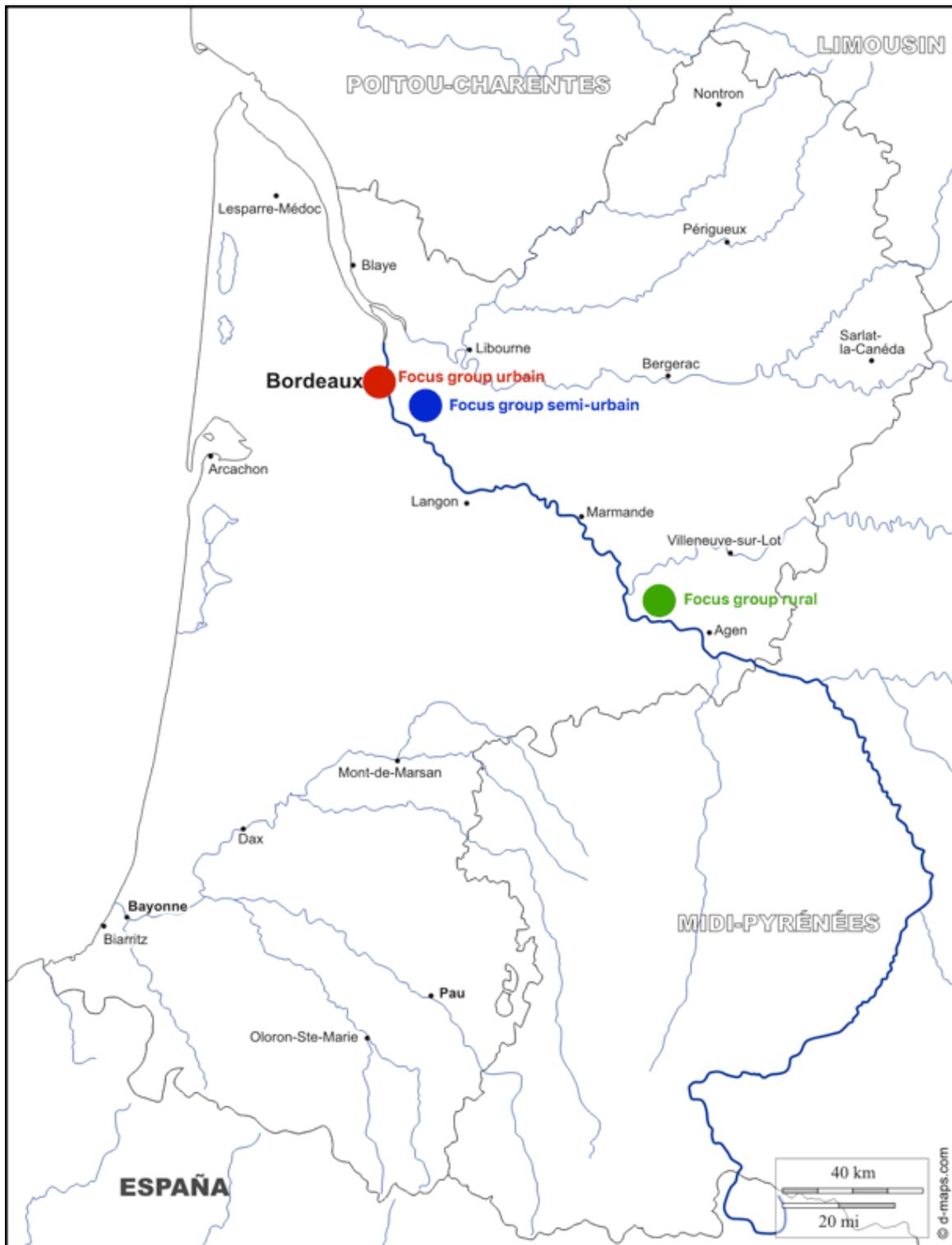


Figure 7: Carte, lieux des focus groupes

Le focus groupe urbain a été réalisé à Bordeaux, le focus groupe semi-rural à Saint-Caprais de Bordeaux et le focus groupe rural à Port-Sainte-Marie.

3.3 Participants

3.3.1 Caractéristiques des participants

	sexe	Année installation	Type exercice	Type consultation	Secrétariat	Profession conjoint	Enfants
Médecin 1a	M	2008	Seul	Rdv	téléphonique	cadre bancaire	oui
Médecin 2a	M	1989	groupe	Rdv et sans	sur place	pharmacien	oui
Médecin 3a	M	1978	Seul	Rdv	?	fonctionnaire	oui
Médecin 4a	F	1985	Seul	Rdv	téléphonique	médecin	oui
Médecin 5a	M	1983	groupe	Rdv et sans	?	/	oui

Médecin 2b	M	2009	MSP	Rdv	sur place	orthophoniste	oui
Médecin 3b	M	2001	MSP	Rdv	sur place	élue	oui
Médecin 4b	M	2000	MSP	Rdv	sur place	assistante commerciale	oui
Médecin 5b	F	2013	MSP	Rdv	sur place	sans emploi	non
Médecin 6b	M	2006	MSP	Rdv	sur place	médecin	oui
Médecin 7b	F	2005	MSP	Rdv	sur place	/	oui
Médecin 8b	F	1991	seule	Rdv	aucun	/	oui

Médecin 1c	F	2015	groupe	Rdv	téléphonique	opticien	oui
Médecin 2c	M	2016	pôle de santé	Rdv et sans	téléphonique	médecin	oui
Médecin 3c	F	2016	groupe	Rdv	téléphonique	médecin	oui
Médecin 4c	M	2012	groupe	Rdv	téléphonique	médecin	oui
Médecin 5c	M	1998	seul	Rdv	téléphonique	Employé banque	oui
Médecin 6c	M	1996	MSP	Rdv	téléphonique	sans emploi	oui
Médecin 7c	M	2010	groupe	Rdv et sans	téléphonique	cadre territorial	oui
Médecin 8c	F	2015	groupe	Rdv	téléphonique	médecin	oui

F : Féminin M : Masculin RDV : rendez-vous MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

Tableau 1: Caractéristiques des médecins participants

3.4 Focus groupes

3.4.1 Répartition des médecins dans les focus groupes

Les 20 médecins étaient répartis dans les 3 focus groupes de la façon suivante:

- 5 médecins dans le focus groupe urbain
- 7 médecins dans le focus groupe semi-rural et 1 interne qui avait assisté au débat sans y participer. Elle portait l'encart numéro 1
- 8 médecins dans le focus groupe rural

Les 5 médecins du focus groupe urbain s'étaient déclarés comme «médecins urbains»

Dans le focus groupe semi-rural, 5 médecins s'étaient déclarés comme «médecins semi-ruraux», un comme «médecin rural» et un comme «médecin urbain».

Dans le focus groupe rural, 6 médecins s'étaient déclarés comme «médecins ruraux», un comme «médecin semi-rural» et un comme «médecin urbain».

Globalement, les déclarations des médecins sur leurs lieux d'installation correspondaient aux noms des focus groupes.

3.4.2 Caractéristiques des focus groupes

Période et lieu de réalisation des focus groupes

Les focus groupes s'étaient déroulés entre le 14 Février 2017 et le 16 Mars 2017.

Les focus groupes avaient lieu:

- Focus groupe urbain dans un restaurant
- Focus groupe semi-rural dans la salle de réunion d'une maison de santé
- Focus groupe rural chez un des médecins participants

Durée des focus groupes

La durée moyenne des focus groupes était de 36 minutes et 56 secondes.

	Durée	Temps de parole par participant
Focus groupe urbain	24 minutes 51 secondes	4 minutes 58 secondes
Focus groupe semi-rural	46 minutes 11 secondes	6 minutes 36 secondes
Focus groupe rural	39 minutes 45 secondes	4 minutes 58 secondes

Tableau 2: Durée des focus groupes et temps de parole des participants

3.5 Saturation des données

Le troisième focus groupe n'avait pas apporté d'idées nouvelles et n'avait pas créé de nouveaux nœuds de codage. On pouvait donc penser qu'on avait atteint la saturation des données théoriques.

3.6 Analyse thématique par encodage

Les résultats sont donnés par thèmes d'encodage et sous-thèmes.

3.6.1 Caractéristiques médicales

3.6.1.1 Gestion des urgences au cabinet

- Médecine urbaine

Pour la majorité des participants des différents focus groupes, l'absence de pratique d'urgence était une des caractéristiques de la médecine urbaine:

Médecin 4a: *«Et surtout on ne fait aucune urgence.»*

Médecin 3a: *«Est-ce que quand tu as une salle d'attente pleine et que tu sais que la clinique est à 20m, tu vas mettre tes rendez-vous en retard?»*

Médecin 1c: *«Alors que moi, 1 point à faire chez un enfant, j'envoie facilement aux urgences. »*

Médecin 7b: *«En ville, le gars il ferme à 17h, il part, il met le répondeur, il y a SOS et voilà il n'y a pas de préoccupation d'assurer la continuité. Mais nous il n'y a personne jusqu'à 20h de toute façon, si ce n'est pas nous.»*

1 participant n'était pas d'accord avec ce point de vue:

Médecin 1a: *«Tu peux faire tes sutures, faire ton électro. C'est question de ton organisation. Je pense que tu peux t'organiser en étant en ville à la commune 2, de choisir de faire une médecine peut être pas aussi confortable que celle qu'on a apparemment tous choisi ici. Est-ce que c'est la ville qui t'impose ça, d'une certaine façon oui mais je pense que ça tient quand même aussi à toi la façon dont tu proposes à ta clientèle.»*

- Médecine semi-rurale

Pour la grande majorité des participants qui s'étaient déclarés comme des médecins semi-ruraux, la gestion des urgences était un aspect important de leur pratique:

Médecin 3b: *«Par rapport aux urgences, beh nous on a pas la même organisation que dans la commune 6 mais on a une salle d'urgence équipée avec des kits de secours pour une dizaine de situations, on a de quoi faire des plâtres, des sutures, et une pièce dédiée à ça véritablement. Et puis on avait même mis en place avec la commune 6, avec les cabinets alentours une organisation de la visite à domicile urgente quand elle était loin de notre secteur pour éventuellement solliciter le collègue en visite sur le secteur adjacent pour qu'il puisse faire une visite à domicile. On est conscient qu'on est responsable de l'organisation de l'accueil de l'urgence aussi.»*

Seul 1 médecin qui s'était déclaré comme semi-rural ne partageait pas cet avis:

Médecin 6c: *«Bah le problème, ça serait de définir ce qu'est le semi-rural. Moi je ne fais pas de plaies, je ne fais pas de douleurs thoraciques et je ne suis pas urbain, enfin je ne le ressens pas comme urbain.»*

- Médecine rurale

Pour tous les participants qui s'étaient déclarés comme médecins ruraux, la gestion des urgences était importante.

Médecin 4b: *«En fait les patients, ils ne vont pas aux urgences, ils viennent d'abord ici. Ca aussi c'est pour moi un des critères de la ruralité où de toutes façons les patients quoi qu'il arrive ils viennent là et du coup à cause de cette définition-là, on a été obligé puisqu'on travaille en groupe de s'organiser pour permettre l'accueil des urgences que ça soit faisable et que ça ne déstabilise pas le fonctionnement d'une journée de travail.»*

Médecin 7c: *«Les urgences, les consultations, je verrai plus facilement une douleur thoracique, des plaies en rural qu'en urbain où je ne pense pas qu'ils voient forcément.»*

Même si cette notion était parfois nuancée:

Médecin 4c: *«Non, je pense que c'est une question d'éducation.»*

Pour les médecins urbains, la gestion de l'urgence au cabinet était un critère important dans la représentation de la médecine rurale:

Médecin 5a: *«A la campagne tu fais, tu n'as pas le choix.»*

Médecin 1c: *«Ouais mais moi voilà, des douleurs thoraciques, chez nous ils ont plutôt tendance à faire le 15. Douleur thoracique ils font le 15. En rural, peut être que s'ils ont une douleur thoracique ils appellent le médecin.»*

3.6.1.2 Accès aux spécialistes

- Médecine urbaine

L'ensemble des médecins urbains trouvait que l'accès aux spécialistes était un critère caractérisant la médecine urbaine:

Médecin 5a: *«Urbain rural pour moi, urbain ça veut dire médecine plus facilitée, une médecine avec des spécialistes plus facilement.»*

Médecin 4a: *«Le recours à des confrères, l'accès aux ressources»*

- Médecins s'étant déclarés comme semi-ruraux et ruraux

Pour ces médecins, l'accès aux spécialistes était un critère moins important mais ils soulignaient l'importance d'être un médecin de premier recours:

Médecin 4b: *«Un accès aux soins qui est d'abord du soin premier parce qu'il n'y a pas de second recours à moins de 10-12 km pour le premier et on n'a pas tous les seconds recours à moins de 30 km ça c'est sûr.»*

Médecin 4b: *«On peut être en rural et avoir une belle offre de soin.»*

Médecin 4c: *«Le truc c'est pas forcément encore une fois le truc de la ruralité ou l'urbanité parce que nous on envoie à Agen, mais c'est pas simple parce qu'il y a des délais très longs, alors qu'Agen c'est la ville. J'imagine qu'à Bordeaux, on a moins de mal à voir un cardiologue, alors que là si on veut voir un cardiologue vite c'est 5 mois 6 mois alors qu'à*

Bordeaux j'imagine que c'est pas ça. Mais là plutôt c'est l'idée de la mégapole comme Bordeaux contre des territoires plus ruraux.»

3.6.1.3 Proximité d'un service d'urgence

- Médecins s'étant déclarés urbains

Pour l'ensemble de ces médecins, la proximité d'un service d'urgence était un critère important:

Médecin 4a: *«Je suis tout à fait d'accord avec 5a. Parce que pour moi urbain, c'est le centre hospitalier, c'est le SAMU, c'est tout ce qui concerne la prise en charge facilitée des cas complexes.»*

- Médecins s'étant déclarés semi-ruraux

Un des médecins caractérise sa pratique de semi-rurale comme un mélange des avis des médecins ruraux et des médecins urbains:

Médecin 6b: *«Je pense qu'il y a peut-être une différence entre rural et semi-rural parce que nous on a quand même pas mal de patients qui vont aux urgences d'eux même. Je pense qu'on a une proximité qui doit quand même être plus facile qu'à la commune 6. Nous on attire également des gens qui pour des trucs complètement bénins décident d'aller aux urgences parce que leur enfant a de la fièvre quoi!»*

- Médecins s'étant déclarés ruraux

Comme pour les médecins urbains, l'ensemble des médecins ruraux considérait que la proximité d'un service d'urgence était importante:

Médecin 8c: *«Rural aussi, pour toutes les raisons qui ont déjà été dites, on est loin du SAMU, le SMUR met plus de 35 min avant d'arriver.»*

Médecin 4c: *«La proximité d'un service d'urgence, peut-être de l'hôpital mais d'un service d'urgence.»*

3.6.1.4 Proximité d'un hôpital

Pour les 3 types de médecine, c'était un critère de définition.

- Médecins s'étant déclarés urbains

L'ensemble de ces médecins jugeait la proximité d'un hôpital comme un critère définissant leur pratique:

Médecin 5a: *«Urbain rural pour moi, urbain ça veut dire médecine plus facilitée, une médecine avec des spécialistes plus facilement, un centre hospitalier à côté.»*

- Médecins s'étant déclarés semi-ruraux et ruraux

Ils retenaient la distance d'un hôpital comme critère même si pour l'un d'entre eux, il est moins important que la proximité d'un service d'urgence:

Médecin 4b: *«Moi rural parce qu'une distance vis à vis des hôpitaux, 35 min du premier hôpital.»*

Médecin 4c: *«La proximité d'un service d'urgence, peut être de l'hôpital mais surtout d'un service d'urgence»*

3.6.1.5 Omnipratique

Pour tous les médecins interrogés, exercer en rural ou semi-rural oblige à être omnipraticien:

Médecin 4b: *«Bah j'ai l'impression que le caractère omnipratique fait partie du caractère rural et semi-rural, c'est à dire que moi je sais que je l'ai fait pour ça mais je vois pas un médecin installé, dans une zone que je définirais de rural qui ne soit pas capable de faire de la pédiatrie, qui ne soit pas capable de faire de la suture, qui ne soit pas capable d'avoir un ECG, qui puisse l'interpréter ou en tout cas avoir un réseau qui puisse l'interpréter, c'est cette omnipratique. Faut être compétent, enfin il faut avoir des compétences dans tous ces domaines là, pour moi ça fait partie des critères, ça veut pas dire qu'en urbain on ne peut pas le faire mais en rural ne pas être omnipraticien dans le sens faire tout, ça je n'imagine pas.»*

Médecin 5a: *«Un mode de vie je dirais, spécialisé en ce sens que si urgence SOS, des choses comme ça. Rural c'est tout faire, c'est une pratique beaucoup plus complète.»*

Pour la majorité des médecins s'étant déclarés urbains, il était possible d'exercer un autre type de médecine alors que pour les médecins s'étant déclarés ruraux et semi-ruraux, le critère d'omnipraticque était important:

Médecin 5a: *«Moi je crois qu'il y a une grande diversité entre l'exercice de la médecine générale en zone urbaine par rapport à celle qui peut exister en zone rurale. Quand tu es en zone rurale à mon avis, tu fais de la vraie médecine, tu vois des gens malades, tu prends tout en charge etc., quand t'es en ville tu peux faire que de l'homéopathie, que de l'acupuncture, tu peux faire qu'un exercice un peu parallèle et finalement, tu peux exercer ton art. Tu peux choisir ton type d'exercice.»*

3.6.1.6 Horaires et organisation du cabinet

Pour l'ensemble des médecins s'étant déclarés urbains, la liberté des horaires était un point important:

Médecin 5a: *«Tu peux travailler très bien si tu veux de 8h à midi puis à 2h ne plus travailler, c'est fait par les autres alors que quand tu es rural tu es corps dévoué à ton village, à ton endroit et c'est pas du tout la même médecine.»*

Pour la majorité des médecins, une organisation en groupe était indispensable pour adapter ses horaires sans que cela soit un critère important dans leur perception d'un type de médecine:

Médecin 6b: *«C'est la raison pour laquelle on s'est organisé pour travailler à plus qu'à 2 donc ça a nécessité de trouver des solutions rapidement pour pouvoir répondre à ça.»*

Médecin 7b: *«Donc ça fait partie de mes critères d'organisation de mon travail mais effectivement même à la campagne on peut s'organiser pour que justement il y ait un partage des tâches.»*

3.6.1.7 Nombre de gardes

Plusieurs médecins s'étant déclarés ruraux et un médecin s'étant déclaré urbain évoquaient le nombre de gardes comme critère de définition. Les autres médecins s'étant déclarés urbains ne s'étaient pas exprimés sur ce sujet:

Médecin 1c: *«Après, la différence c'est que nous on a beaucoup moins de gardes qu'en rural.»*

3.6.1.8 Nombre de visites

Ce critère n'avait été retenu par aucun des participants:

Médecin 1c: *«Plus de visites à mon avis non, c'est peut-être la façon dont on le décide.»*

3.6.2 Caractéristiques géographiques

3.6.2.1 Densité de population

Plus de la moitié des participants citaient la densité de population comme élément permettant de définir une médecine rurale, semi-rurale ou urbaine:

Médecin 4a: *«Ben c'est relativement facile, au nombre d'habitants.»*

Médecin 7b: *«En fonction de la densité.»*

Médecin 6c: *«Moi spontanément semi-rural, ce qui m'orienterait c'est la densité d'habitants.»*

Même si c'était un élément important, 2 participants soulevaient la limite d'une définition ne prenant en compte que la densité de population:

Médecin 2b: *«Le problème de l'approche par densité, ça dépend aussi du territoire que vous prenez. En travaillant sur une petite ville avec à la limite beaucoup d'habitants pour du rural, le bassin qu'on soigne c'est aussi toutes les communes autour qui n'ont plus du tout la même densité donc densité seule, j'ai un peu de mal à évaluer la densité de population avec laquelle on travaille.»*

3.6.2.2 Environnement

La majorité des participants trouvait que l'environnement influençait leur perception d'une médecine rurale, semi-rurale ou urbaine:

Médecin 4b: *«Partir le matin pour aller embaucher, voir le soleil se lever sur les vignes et savoir quelle heure il est, quelle est la luminosité. Les rares fois où je passe 2 jours dans des villes, j'ai pas cette notion là ça c'est sûr.»*

Médecin 2c: *«Dès qu'on est dans les vaches ou les maïs on est dans la campagne.»*

Médecin 2c: *«Moi je suis rurale, pas de boulangerie dans le village.»*

Médecin 1a: *«Moi je travaille dans une grande ville je trouve.»*

3.6.2.3 Circulation

Ils étaient plusieurs à penser que la circulation était un élément de la définition d'une médecine rurale, semi-rurale ou urbaine : trafic important en ville et distance importante en semi-rural ou en rural:

Médecin 1a: *«Ce n'est pas facile de circuler, les temps de trajets sont longs, il y a beaucoup de feux rouges. Moi je définis la ville par rapport à ça. Le temps de déplacement pour moi.»*

Médecin 2a: *«Quand je travaillais dans la Creuse, le temps de déplacement était très long aussi.»*

Médecin 5c: *«Pour faire les visites, je suis obligée de prendre ma voiture.»*

Médecin 6b: *«Oui et puis même je pense parfois aux médecins de ville qui doivent faire des visites à domicile, ça doit être l'enfer pour se garer.»*

3.6.3 Patientèle

3.6.3.1 Mode de vie

La majorité des participants pensait que le mode de vie des patients était un critère important pour définir leur type de pratique:

Médecin 4a: *«En zone urbaine il n'y a pas beaucoup de paysans.»*

Médecin 5c: *«Nous on a beaucoup de gens qui sont à la MSA, la moyenne ça doit être 80-20.»*

Médecin 3b: *«Moi je pense qu'il y a aussi les modes de vie des patients.»* Médecins 5b, 7b et 8b approuvent.

3.6.3.2 Côtayer ses patients au quotidien

Les avis étaient partagés sur ce thème, pour la majorité ce n'était pas un critère pour définir leur type de pratique:

Médecin 4b: *«Moi qui me définis comme rural, ce n'est pas un critère pour moi parce que je n'habite pas là où j'exerce. Je pourrais habiter à Bordeaux par exemple, j'exercerais pareil en rural, je pense. Même si j'habite quand même en rural mais dans une autre commune, mais pas dans une commune du secteur d'exercice donc je n'ai pas forcément un lien différent que si j'étais en rural ou que si j'étais en urbain.»*

Cependant, la majorité des participants exerçant en milieu rural y étaient confrontés:

Médecin 3b: *«Sur le point de la proximité, moi j'ai grandi dans le village où j'ai succédé à mon père. Donc j'étais à l'école avec mes patients, je soigne leurs parents, je soigne les amis de mes parents. En tout cas, j'ai décidé depuis l'année dernière de ne plus faire la bise systématiquement à tout le monde au cabinet médical.»*

Médecin 4c: *«Quand tu vas faire tes courses et que tu veux faire vite, l'autre jour je suis rentrée, et j'ai dit à 8c, j'ai l'impression de faire ma campagne électorale, j'ai serré 15 mains» Rires*

Médecin 5c: *«Je ne vais plus à Intermarché!»*

Médecin 1c: *«Je vais au drive moi!»*

3.6.3.3 Exigence des patients

Plusieurs participants pensaient que les patients étaient plus exigeants en zone urbaine qu'en milieu rural:

Médecin 1c: *«En ville c'est vrai qu'il leur faut du tac au tac le médecin.»*

Médecin 4c: *«Moi je trouvais que l'accès aux spécialistes était différent parce qu'à Bordeaux, c'était un ou deux médecins que j'ai remplacés donc c'était dur à dire mais il y a des gens qui venaient voir ce médecin là uniquement pour avoir un courrier, donc ils venaient me voir, ah beh je viens pour un courrier. Alors que là ça n'arrive jamais, dans la tête des gens ça ne leur viendrait pas à l'idée de venir pour une consultation pour demander un courrier.»*

3.6.4 Vie de famille

Les avis étaient divisés, pour les médecins s'étant déclarés urbains, la vie de famille était plus facile en ville alors que ce sentiment n'était pas partagé par les médecins s'étant déclarés semi-ruraux ou ruraux:

Médecin 5a: *«Mais indépendamment de la médecine, sa famille, c'est plus facile en ville.»*

Médecin 4b: *«Moi je n'ai pas l'impression que ce soit la ruralité qui fait ça, (approbation globale), c'est plutôt l'organisation personnelle.»*

3.7 Définition du milieu semi-rural pour les médecins participants.

Pour les médecins interrogés, les quelques-uns qui avaient essayé de définir le semi-rural parlaient d'un mélange d'une pratique urbaine et d'une pratique rurale:

Médecin 8c: *«Parce qu'à la fois tu as des agriculteurs quand même mais tu as aussi beaucoup de gens de la ville, d'Agen qui habitent là bas.»*

Médecin 8b: *«Soit on se place du côté du terrain et là effectivement on peut dire semi-rural, soit c'est vraiment du point de vue des patients, et c'est d'avantage urbain, c'est ça qui est un peu différent. Tout dépend si on parle du terrain ou de la patientèle.»*

Médecin 7b: *«Oui tu es dans un mix mais en même temps tu habites à la campagne.»*

Médecin 6b: *«Moi j'imagine le rural, des longues étendues sans maison, donc la ville la ville. Et puis moi je me définis semi-rural dans une espèce de densité mixte.»*

3.8 Tableau de comparaison des perceptions des médecins interrogés et des définitions de l'INSEE

Commune	Perception des médecins	Unité urbaine INSEE	Bassins de vie INSEE
1	Urbain	Urbain	Urbain
2	Urbain	Urbain	Urbain
3	Semi-rural	Urbain	Urbain
4	Urbain	Urbain	Urbain
5	Semi-rural	Urbain	Rural
6	Rural	Rural	Rural
7	Semi-rural	Urbain	Rural
8	Rural	Rural	Rural
9	Rural	Rural	Rural
10	Semi-rural	Urbain	Rural
11	Rural	Rural	Intermédiaire
12	Urbain	Urbain	Intermédiaire

Tableau 3: Comparaison des perceptions des médecins et des données de l'INSEE concernant leur lieu d'installation.

Sont surlignées en rouge les discordances entre les perceptions des médecins et les données de l'INSEE.

3.9 Synthèse des résultats

La perception des médecins interrogés quant à leur type de pratique s'articulait en 4 parties.

Caractéristiques médicales:

- Gestion des urgences au cabinet : aspect important de la pratique des médecins s'étant déclarés semi-rural ou rural.
- Distance d'un service d'urgence : accès facile pour les médecins s'étant déclarés urbains contrairement aux médecins ruraux et semi-ruraux.
- Accès facilité aux spécialistes : critère caractérisant la médecine urbaine
- Proximité d'un hôpital : critère secondaire après la proximité d'un service d'urgence.
- Qualité d'omnipraticien : critère important pour exercer en milieu rural.
- Organisation du cabinet : en groupe pour les médecins s'étant déclarés ruraux et semi-ruraux versus liberté des horaires pour les médecins urbains.

Caractéristiques géographiques:

- Densité de population: critère géographique principal pour l'ensemble des participants.
- Environnement et circulation: éléments caractérisant la typologie des territoires.

Patientèle:

- Mode de vie des patients: plus d'agriculteurs en milieu rural.
- Patientèle plus exigeante en milieu urbain.
- Côtayer ses patients au quotidien: non retenue. Cependant les médecins s'étant déclarés ruraux y étaient beaucoup plus confrontés.

Vie de famille:

Les médecins s'étant déclarés comme urbains considéraient que la vie de famille était plus simple en ville. Ce sentiment n'était pas partagé par les médecins s'étant déclarés ruraux ou semi-ruraux.

Les médecins interrogés définissaient le milieu semi-rural comme un mélange des pratiques urbaines et rurales.

4. DISCUSSION

4.1 Discussion de la question de recherche: «Quelle est la perception des médecins généralistes quant à une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine?»

Le sujet de cette thèse est issu du constat que dans de nombreuses thèses, quand la question d'une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine est posée, aucune définition n'est utilisée.

Pour appuyer ce constat, nous avons réalisé une revue de 22 thèses de médecine générale soutenues à Bordeaux entre 1996 et 2015 dont mon maître de stage, le Docteur Ducos, était soit membre du jury, soit directeur de thèse (ANNEXE 3 page 75).

Nous avons sélectionné ces 22 thèses car la question d'une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine était posée dans leurs questionnaires.

Nous avons ensuite recherché les définitions utilisées pour définir le lieu d'exercice des médecins interrogés dans ces thèses.

Les résultats sont les suivants:

Une définition de zone rurale, semi-rurale ou urbaine n'est utilisée que dans 10 de ces 22 thèses.

La définition de zonage en aires urbaines ou en unité urbaine de l'INSEE est utilisée dans 8 thèses sur 10. Une thèse définit arbitrairement une zone urbaine, rurale ou semi-urbaine sans définition officielle. Une thèse définit le lieu d'exercice en fonction de la densité médicale.

Pour les 12 autres thèses, aucune définition n'est utilisée. La répartition en milieu rural semi-urbain ou urbain est basée sur la déclaration des médecins interrogés.

Dans 2 thèses, les thésards ont comparé la définition de ruralité de l'INSEE avec la déclaration des médecins interrogés: la perception de ruralité ou d'urbanité des médecins généralistes était différente des définitions de l'INSEE.

Seule une minorité de ces thèses utilise une définition pour qualifier le type de pratique des médecins interrogés.

Même s'il ne s'agit que d'un petit échantillon, il nous a semblé pertinent de recueillir la perception des médecins généralistes afin d'essayer de proposer des critères définissant leur type de pratique.

4.2 Discussion de la méthode

Pour faire émerger une large diversité d'opinions concernant la perception d'une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine, nous avons choisi une méthode qualitative par focus groupe : technique d'entretien de groupe de discussion semi-structuré, modéré par un animateur neutre en présence d'un observateur, qui a pour but de collecter des informations sur un nombre limité d'items définis à l'avance.

C'est une méthode issue de techniques de marketing de l'après-guerre aux Etats-Unis. La recherche universitaire l'utilise de plus en plus dans les travaux de recherche en soins primaires pour le recueil qualitatif d'informations.

Le focus groupe nécessite de regrouper en un lieu donné et à une date donnée un groupe de 6 à 8 participants sur la base du volontariat (18).

Le nombre de focus groupes est déterminé au fur et à mesure de l'enquête par l'obtention de « la saturation des données » définie comme le moment où l'entretien ne livre plus aucune nouvelle information contributive.

Les résultats d'une étude qualitative ne peuvent pas être généralisés mais les résultats peuvent être utilisés secondairement pour la mise en place d'une enquête quantitative (18).

4.2.1 Type d'étude

4.2.1.1 Intérêt de la méthode par focus groupe

L'entretien collectif repose sur la dynamique de groupe et permet de donner plus de poids aux critiques que dans les entretiens individuels, tout ce qu'il est dit étant «valide»: même une idée minoritaire est «vraie» (18).

Elle explore et stimule différents points de vue par la discussion. Les échanges favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences comme une réaction en chaîne.

Les focus groupes permettant de recueillir l'avis de plusieurs personnes en même temps, il est plus difficile de les organiser que des entretiens individuels, surtout avec des personnes actives comme des médecins libéraux!

4.2.1.2 Limites de la méthode par focus groupe

Lors de l'entretien, il existe des effets non désirés de l'interaction au sein du groupe. Certains peuvent être réticents à exposer leurs idées, par peur d'avis divergents, par difficulté à s'exprimer en public. Devant un avis tranché du groupe, certains vont s'y rallier pour éviter le débat et se fondre dans la norme de groupe. Il peut également se dégager des leaders d'opinions qui peuvent entraîner des inhibitions chez d'autres.

Le focus groupe n'apporte pas une réponse définitive à une question donnée mais plutôt un éventail de points de vue.

Notre sujet s'intéresse aux représentations de la pratique professionnelle des médecins généralistes et à leur vécu. Seule une analyse qualitative permet d'atteindre cet objectif, le focus groupe nous a paru le meilleur outil pour faire émerger des représentations diverses et dresser un portrait de la pratique médicale rurale, semi-rurale ou urbaine (18).

4.2.2 Echantillon

Chaque focus groupe nécessite de réunir en un lieu donné et à une date donnée 6 à 8 participants sur la base du volontariat. Ces contraintes de recrutement peuvent favoriser des biais de sélection.

4.2.2.1 Recrutement des médecins généralistes de Bordeaux Métropole

Pour constituer notre focus groupe urbain, nous avons choisi de recruter des médecins généralistes lors de la FMC mensuelle du «Médiclub33». Nous y participons régulièrement, les médecins ont rapidement adhéré à notre projet.

Pour éviter ce biais de sélection, nous aurions pu organiser un tirage au sort de médecins généralistes de Bordeaux Métropole. Cela n'aurait cependant pas eu d'impact majeur sur les résultats de l'étude.

4.2.2.2 Recrutement des MSU

Nous avons recruté 3 MSU du réseau de connaissances de mon directeur de thèse. Etant en contact avec les étudiants et la faculté, ils connaissaient la méthode et étaient motivés pour nous aider à organiser ces focus groupes.

Pour renforcer leur motivation, nous leur avons donné le sujet de la thèse.

Pour le focus groupe semi-rural, le sujet n'était connu que par le MSU contacté.

Le sujet avait été dévoilé à l'ensemble du focus groupe rural lors d'un échange de mail. Nous n'avions pas énoncé que les autres participants ne devaient pas connaître en détail le sujet pour éviter qu'ils ne se documentent au préalable.

On cherchait à explorer les réactions spontanées. Cependant lors de la tenue du focus groupe rural, il ne nous a pas semblé que les participants s'étaient documentés sur le sujet, ce qui n'a pas entraîné de biais.

4.2.2.3 Que des médecins aquitains

Ce choix se justifie par la diversité des territoires de notre région et par un aspect logistique: il fallait que nous puissions nous déplacer pour l'organisation des focus groupes en soirée.

Cet échantillon restait en phase avec l'objectif de cette étude: recueillir divers points de vue sur la pratique rurale, semi-rurale ou urbaine.

4.2.3 Elaboration de la trame d'entretien

Aucune étude sur le sujet n'a été réalisée. Pour créer la trame d'entretien, nous nous sommes donc basés sur différents articles et avons croisés leurs résultats.

Nous avons utilisé les données objectives d'études réalisées en Auvergne, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon et Aquitaine comparant l'offre et la demande de soins en milieu rural et urbain (19,20).

La proximité d'un service d'urgences était un des critères du contrat de bonne pratique pour l'obtention de subvention en 2005 (15). Nous avons donc retenus ce critère dans la trame d'entretien.

Enfin nous avons utilisé les principaux résultats de la thèse du Docteur Le Prevost-Falala (21) et d'une enquête BVA pour l'Ordre des Médecins (22) qui s'intéressaient à l'attractivité de la médecine générale en milieu rural.

Un focus groupe test a été réalisé pour évaluer la pertinence de notre trame. Il n'y a pas eu de problème de compréhension et la grande majorité des items a été abordée spontanément par les participants. A l'issue de ce focus groupe, nous avons ajouté la notion «SOS Médecins» au II.E.

La trame n'a pas eu besoin d'évoluer après les autres focus groupes puisqu'il n'y a jamais eu de mauvaise compréhension et les participants n'ont pas fait émerger d'items supplémentaires.

4.2.4 Déroulé de l'étude

4.2.4.1 Focus groupe test

Il a été réalisé avec les autres médecins du cabinet de groupe du directeur de thèse. J'y ai fait mon stage praticien de premier niveau et j'y remplace régulièrement. Cela aurait pu perturber les échanges mais au contraire l'entretien a été convivial et facile.

Nous n'avons pas inclus le verbatim de ce focus groupe dans l'analyse. Il a été réalisé uniquement dans le but de tester la trame d'entretien et de nous préparer à l'organisation d'une séance de focus groupe.

4.2.4.2 Tenue des focus groupes

C'est une coïncidence que les focus groupes semi-rural et rural se soient tenus lors de réunion de groupes de pairs. Nous avons demandé aux MSU d'intervenir lors d'une réunion programmée.

Tous les participants des focus groupes se connaissaient. Dans les définitions (18), il est pourtant recommandé que les membres des entretiens collectifs ne se connaissent pas. Nous n'abordions pas un sujet tabou ou à risque de jugement de pratique ou de valeur. Le fait que les participants se connaissent a au contraire assuré la convivialité et diminué les risques de voir apparaître des leaders d'opinion.

4.2.4.3 Nombre de focus groupes

Nous avons prévu d'organiser 4 focus groupes : un en milieu urbain, un milieu semi-rural et deux en milieu rural. Nous n'avons pas réussi à organiser le 2^{ème} focus groupe rural malgré de nombreuses relances téléphoniques et par courrier électronique. S'il y avait eu 2 focus groupes ruraux, ce territoire aurait été sur-représenté.

De plus, nous avons atteint la saturation théorique des données.

4.2.4.4 Biais de l'interviewer

Le Dr Ducos a animé le focus groupe test et le focus groupe urbain. Nous avons pu profiter de son expérience en tant qu'animateur de focus groupe. Le Dr Remark a déjà participé à des focus groupes. Lors de ces 2 premiers entretiens collectifs, il a été observateur et a perfectionné sa technique d'animateur.

Le changement d'animateur aurait pu entraîner une différence de dynamique de groupe. Cependant, tous les objectifs avaient été abordés dans les 3 focus groupes et la durée des entretiens avait été similaire si on l'appariait au nombre de participants.

4.2.4.5 Questionnaire administratif

Ce questionnaire nous a permis de recueillir les caractéristiques des participants notamment la situation de leur cabinet. Grâce à cette information, nous avons pu comparer leurs lieux d'installation et les données de l'INSEE.

4.3 Discussion des résultats

Ne seront pris en compte dans la discussion que les critères les plus discriminants pour définir un type de pratique.

4.3.1 Démographie de l'échantillon

Genre et durée d'installation

Notre échantillon est varié. On retrouve 7 femmes et 13 hommes dont la durée d'installation va de 1 à 39 ans.

Les participants du focus groupe urbain sont globalement les plus âgés, ceux du focus groupe rural sont les plus jeunes.

Ces différences sont liées à un biais de recrutement, nous avons organisé notre focus groupe urbain lors d'une FMC existant depuis de nombreuses années, sélectionnant des médecins plus âgés.

Les focus groupes semi-rural et rural ont été organisés lors de groupes de pairs respectivement via un médecin d'une cinquantaine et d'une quarantaine d'années. Leurs groupes de pairs sont constitués de médecins d'âges similaires aux leurs.

Mode d'exercice :

Sur les 20 médecins interrogés, 5 sont installés seuls (3 dans le focus groupe urbain, 1 dans le focus groupe semi-rural et 1 dans le focus groupe rural).

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) qui documente des séries statistiques sur les médecins, au 1^{er} Janvier 2013 (23): les médecins installés en groupe sont plus jeunes que ceux installés seuls (50,7 ans en moyenne versus 54,8 ans).

Selon l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (24), les médecins installés dans une agglomération de plus de 2000 habitants ont une probabilité d'exercer en groupe plus élevée.

Dans notre étude, les participants installés depuis moins de 10 ans sont tous en groupe (ou cabinet de groupe en construction pour le médecin 1a).

Le mode d'exercice semble être plus influencé par l'âge que par le lieu d'implantation des cabinets.

Mode de vie

La majorité des conjoints des médecins exerçant en milieu semi-rural ou rural travaillent également dans le domaine médical.

Dans la thèse des Docteur Arnaud et Thiron (25), le travail du conjoint est un frein à l'installation en milieu rural.

Sans que cela soit un critère de définition du type de pratique, avoir un conjoint travaillant dans le milieu médical semble faciliter l'installation en milieu rural ou semi-rural.

4.3.2 Résultats de l'enquête

4.3.2.1 Caractéristiques médicales

Les urgences

Pour l'ensemble des participants, la gestion des urgences au cabinet et la proximité d'un service d'urgences sont les deux critères médicaux principaux pour définir leur type de pratique.

Cette donnée est intéressante et se retrouve dans la littérature.

Dans la thèse du Docteur Sander (26), qui étudie la gestion des soins non programmés en médecine générale, les médecins généralistes des petits villages, à plus de 30 minutes de l'hôpital ou du SMUR sont plus fréquemment soumis à la gestion des urgences, plus à l'aise avec les gestes d'urgences et plus demandeurs de formation dans ce domaine.

Dans sa thèse, le Docteur Sevrin (27) étudie les motivations des médecins généralistes pour adresser leurs patients aux urgences. Il montre que les médecins situés à plus de 10km d'un hôpital de proximité et/ou plus de 31km d'un Centre Hospitalier-Universitaire (CHU) ont tendance à plus adresser leurs patients aux urgences que les

autres médecins. Leurs patients consultent en première intention leur médecin traitant; ils vont moins directement aux urgences.

Selon Le Gouaziou (28), parmi les explications qui incitent les patients à aller spontanément aux urgences, on retrouve le fait que le domicile est à proximité des urgences.

Toutes ces études montrent que plus le service d'urgences est éloigné, plus les patients vont voir leur médecin généraliste en premier recours.

Les médecins de notre étude le décrivent très bien : les médecins ruraux et semi-ruraux sont organisés pour recevoir les urgences, *«en fait les patients, ils ne vont pas aux urgences, ils viennent d'abord ici», «on a une salle d'urgence équipée avec des kits de secours pour une dizaine de situations, on a de quoi faire des plâtres, des sutures, et une pièce dédiée à ça véritablement.»*

Alors que les médecins urbains déclarent déléguer facilement aux services d'urgences et que leur patientèle est habituée à consulter directement aux urgences sans passer par eux, *«et surtout on ne fait aucune urgence»*.

L'omnipratique et l'accès aux spécialistes

Pour l'ensemble des médecins participants à notre étude, la médecine urbaine est une médecine avec un accès aux spécialistes facilité contrairement à la médecine semi-rurale ou rurale où l'importance d'avoir une activité plus élargie est primordiale, l'accès aux spécialistes étant géographiquement éloigné et plus retardé. *«Un mode de vie je dirais, spécialisé en ce sens que si urgence SOS, des choses comme ça. Rural c'est tout faire, c'est une pratique beaucoup plus complète.»*

Dans le rapport «Santé en milieu rural» mené entre autres par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) d'Aquitaine (19), est mis en évidence que dans les cantons ruraux, le taux de recours aux omnipraticiens se situe près de 10% au dessus de celui des cantons urbains. Ce clivage urbain-rural est d'autant plus marqué pour les consultations de spécialistes: à tous les âges, on consomme plus de consultations de spécialistes dans les villes.

Ce clivage s'explique simplement. Une offre plus importante en milieu urbain entraînera une consommation plus forte, en milieu rural l'offre étant plus rare donc l'accès plus compliqué, les patients se tournent vers leur généraliste.

La raréfaction des spécialistes en milieu rural oblige les médecins généralistes à être compétents dans plus de domaines: c'est à dire être des médecins de soins premiers au véritable sens du terme.

Cette qualité d'omnipraticien du médecin rural résume la perception des médecins généralistes ruraux quant à leur type de pratique.

Un médecin rural pourra difficilement se permettre d'avoir un exercice particulier exclusif (acupuncture, homéopathie, etc...) comme pourrait le faire un médecin urbain. Il doit être capable de gérer une urgence, de prendre en charge un patient de 0 à 100 ans dans tous les soins de premier recours: il doit se sentir à l'aise dans les divers champs médicaux.

4.3.2.2 Caractéristiques géographiques

La caractéristique géographique principale selon les participants reste le nombre d'habitants ou la densité de population: *«c'est relativement facile, au nombre d'habitants.»* Même s'ils la jugent insuffisante.

Cependant, aucun ne donne de valeur seuil qui permettrait de distinguer un milieu rural d'un milieu urbain.

Les médecins de notre étude font un amalgame entre densité de population et nombre d'habitants. Dans les différentes définitions données en première partie, la seule utilisant la densité de population est la nouvelle typologie européenne (9). Mais les définitions d'unité urbaine et de pôles urbains reposent sur un nombre d'habitants (1).

La seconde caractéristique géographique importante pour les médecins de l'étude est la typologie du territoire: leur cadre de vie vient compléter la densité de population pour définir leur lieu d'exercice. *«Dès qu'on est dans les vaches ou les maïs on est dans la campagne.»*

Sans parler des tailles des logements, les médecins de notre étude évoquent de grandes étendues en milieu rural, des « villages dortoirs » ou de zone mixte en milieu semi-rural

et de zone très urbanisée en milieu urbain. *«Moi j'imagine le rural, des longues étendues sans maison, donc la ville la ville. Et puis moi je me définis semi-rural dans une espèce de densité mixte.»*

La seule définition de la typologie du territoire est celle donnée par la Délégation Interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale (DATAR) (29) qui définit des campagnes dépendant des lieux urbanisés, des campagnes agricoles et industrielles et enfin des campagnes vieillies à très faible densité. Cette typologie du territoire a été reprise par le Ministère du Logement et de l'Égalité du Territoire pour définir l'hyper-ruralité (30).

Dans l'étude du Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC) (31), sur les différences de mode de vie en fonction du lieu de résidence, ils constatent que les logements sont plus petits en milieu urbain qu'en milieu rural.

Ainsi pour nos médecins participants, exercer en milieu rural signifie exercer dans un milieu à faible densité de population, entouré de vastes étendues non bâties.

4.3.2.3 Différence de patientèle

Mode de vie

Pour les participants, le mode de vie des patients est un critère important mais reste subjectif dans la mesure où ils n'ont pas décrit ce qu'ils entendaient par mode de vie.

Ils ont surtout parlé de la catégorie socio-professionnelle, déclarant soigner plus d'agriculteurs en milieu rural qu'en milieu urbain. *«En zone urbaine il n'y a pas beaucoup de paysans».*

Toujours dans l'étude du CREDOC (31), sur les différences de mode de vie en fonction du lieu de résidence, on retrouve que:

- Il y a plus de diplômés du supérieur dans les villes qu'en milieu péri-urbain et dans l'espace rural.
- Les indépendants sont plus représentés dans les communes rurales (monde agricole) : 9% contre 5% dans les petites agglomérations (2 000 à 20 000 habitants) et 3% dans les grandes villes.

Il est évident qu'il y a plus d'agriculteurs en milieu rural qu'en milieu urbain. Les médecins semi-ruraux déclarent soigner aussi bien des agriculteurs que des personnes travaillant dans d'autres catégories socio-professionnelles.

Les catégories socio-professionnelles des patients sont faciles à connaître. Les caisses d'assurance maladie comme la Mutuelle Sociale Agricole (MSA), la CPAM ou le Régime Social des Indépendants (RSI), nouvellement Sécurité Sociale des Indépendants, envoient un relevé de patientèle aux médecins traitants.

Les médecins ruraux ont une majorité de patients relevant de la MSA contrairement aux médecins urbains qui ont une majorité de patients relevant de la CPAM ou du RSI. *«Nous on a beaucoup de gens qui sont à la MSA, la moyenne ça doit être 80-20.»*

Ainsi, le mode de vie des patients et plus précisément leur catégorie socio-professionnelle est un critère important pour définir leur type de pratique et facilement quantifiable : plus on va en milieu rural, plus on soigne d'agriculteurs et plus les patients relèvent de la MSA.

Côtoyer ses patients au quotidien

Les participants ne considèrent pas la notion de proximité avec les patients comme un critère de définition.

Même s'ils s'accordent tous pour dire qu'elle est plus importante en milieu rural. *«Quand tu vas faire tes courses et que tu veux faire vite, l'autre jour je suis rentrée, et j'ai dit au médecin 8c, j'ai l'impression de faire ma campagne électorale, j'ai serré 15 mains»*. Ils disent que ce phénomène peut également se rencontrer en ville lorsqu'un médecin habite dans le même quartier que son cabinet.

Ils argumentent que pour s'affranchir de cette proximité, il suffirait que les médecins vivent dans un autre village ou dans un autre quartier que leur lieu d'exercice. Ce qui est plus facile en ville qu'en milieu rural où les distances entre les villages peuvent être grandes. *«Moi qui me définis comme rural, ce n'est pas un critère pour moi parce que je n'habite pas là où j'exerce.»*

Dans la thèse des Docteurs Arnaud et Thiron (25), sur les freins à l'installation en médecine générale en milieu rural, la proximité avec les patients était un des freins évoqués.

Cette proximité est une réalité du milieu rural comme le montre la littérature et les perceptions de nos médecins. Cela n'en fait cependant pas un critère de définition.

4.3.2.4 Synthèse des critères définissant le type de pratique des médecins

La perception des médecins interrogés permet de définir leur type de pratique selon les critères suivants:

- Distance d'un service d'urgences
- Activité plus ou moins élargie à tous les aspects des soins premiers
- Densité de population
- Typologie du territoire
- Catégorie socio-professionnelle des patients facilement déterminée par l'appartenance aux différentes caisses principales de sécurité sociale: CPAM, MSA ou RSI

4.3.3 Particularité du milieu semi-rural : un milieu mal défini

Pour les participants de notre étude, le milieu semi-rural correspond à un glissement de la ville vers la campagne générant une pratique mixte. *«Soit on se place du côté du terrain et là effectivement on peut dire semi-rural, soit c'est vraiment du point de vue des patients, et c'est d'avantage urbain.»*

Aucune définition géographique ne parle de milieu semi-rural.

Dans la typologie européenne des bassins de vie, il y a bien des bassins de vie intermédiaires mais ils correspondent pour l'Aquitaine aux bassins de vie d'Agen, Pau, Bayonne-Anglet-Biarritz (BAB) par exemple. Seul le bassin de Bordeaux est un bassin de vie urbain.

Pour les médecins interrogés, le bassin de vie d'Agen est urbain.

Comme le bassin de vie d'Agen, on ne peut pas considérer que Pau ou le BAB sont des milieux semi-ruraux.

Cette définition de bassin de vie intermédiaire ne correspond pas à la perception d'un milieu semi-rural.

La littérature est pauvre concernant le milieu semi-rural.

L'article de Davila et Allen (32) parle d'une interface péri-urbaine qui serait une mosaïque d'écosystèmes agricoles et urbains avec une grande mixité sociale.

Dans l'article d'Houillon et Thomsin (33) qui étudie les définitions du rural et de l'urbain dans plusieurs pays européens, la définition de commune semi-rurale n'existe qu'en Grèce. Il s'agit d'une commune dont le noyau d'habitat compte entre 2000 et 10000 habitants (exceptées celles déjà incluses dans une agglomération urbaine). Il s'agit d'un article ancien réalisé avant le zonage en unité urbaine de 2010 par l'INSEE, et comme en France, les définitions des différents pays ont certainement évolué.

Sans surprise, les critères de perception de la semi-ruralité décrits par les médecins participants ne sont pas intrinsèques mais correspondent à des valeurs intermédiaires entre milieu rural et milieu urbain:

- distance d'un service d'urgences intermédiaire
- densité de population intermédiaire
- catégorie socio-professionnelle des patients: avoir des agriculteurs et des personnes travaillant en ville
- typologie du territoire: être dans un milieu plus urbanisé avec des vastes étendues proches
- qualité d'omnipraticien: une liberté un peu plus grande dans le type d'exercice qu'en milieu rural. L'accès aux spécialistes devant être plus facile.

4.3.4 Perceptions des médecins et définitions de l'INSEE

Aucun des participants ne connaissait de définitions précises d'un milieu rural, semi-rural ou urbain.

Notre étude étant une étude qualitative, les discordances observées dans le tableau n'ont pas de valeur statistique.

4.3.4.1 Perception des médecins et définition d'unité urbaine et d'aire urbaine selon l'INSEE

Il y a des discordances entre la perception des médecins et les définitions d'unité urbaine. Les discordances concernent les médecins qui ont déclaré exercer en milieu semi-rural. Les unités urbaines ne définissent le territoire que d'une façon binaire, rural ou urbain, le milieu semi-rural n'existant pas. Il ne pouvait pas y avoir d'adéquation avec ce milieu. Il n'y a pas d'erreur pour le milieu rural ou urbain.

Le nouveau zonage en aire urbaine ne parle plus d'espace urbain ou rural mais seulement d'influence des villes. Il n'est donc pas adapté pour définir le type de pratique des médecins.

Dans la revue de thèses que nous avons faite, les définitions les plus largement utilisées sont celles des unités et aires urbaines de l'INSEE.

Hormis le fait de ne pas définir le milieu semi-rural, ces définitions présentent des limites. Selon Julien (7), ce sont d'excellents outils pour analyser l'emploi et le développement économique. Cependant, elles ne sont pas faites pour étudier l'étalement urbain ou l'accès de la population aux équipements.

4.3.4.2 Perception des médecins et définition de bassin de vie

Pour pallier les limites des unités et des aires urbaines, a été créée une nouvelle nomenclature spatiale : le zonage en bassin de vie. Par la nature des équipements retenus pour leur construction, à savoir les équipements intermédiaires, les bassins de vie sont spécialement adaptés pour étudier la structuration et la desserte d'un espace rural ou peu intensément peuplé. Ils ne sont pas conçus pour un milieu urbain dense, puisqu'on y retrouve certes des équipements intermédiaires mais surtout des services supérieurs qui desservent des territoires plus étendus (7).

De part leur approche fonctionnelle du territoire, les bassins de vie ont été retenus comme unité pour définir le milieu rural ou urbain en incluant la typologie européenne. Avec cette typologie, 78% des bassins de vies sont ruraux en France, 86% en Aquitaine. Seul le bassin de vie de Bordeaux est urbain.

Par exemple, pour la DATAR (10), les bassins de vie d'Agen, Pau ou Bayonne sont intermédiaires. On ne peut pas considérer que ces bassins de vie intermédiaire correspondent à notre conception du semi-rural.

Par contre, à l'échelle communale de la typologie européenne, Agen, Pau et Bayonne sont urbains.

Dans notre étude, il y a de nombreuses discordances entre la perception des médecins et les définitions de bassins de vie urbains, intermédiaires et ruraux. Les discordances portent sur la perception de semi-rural et rural cette fois-ci.

Dans le document de travail de l'IRDES (34), sur la place et l'impact des maisons de santé dans les dynamiques territoriales d'offre de soins, ils utilisent l'échelle du bassin de vie pour le milieu rural et le pseudo-canton pour le milieu urbain.

Dans la nouvelle convention médicale (16) c'est également l'échelle des bassins de vie qui est utilisée.

Ni les définitions des unités urbaines ni les définitions des bassins de vie ne permettent une adéquation totale avec les perceptions de nos médecins participants. Les institutions utilisent l'échelle du bassin de vie.

Les définitions géographiques semblent être insuffisantes pour représenter la perception des médecins quant à leur lieu d'installation. Cependant, il est nécessaire d'avoir une nomenclature spatiale, l'échelle des bassins de vie étant l'unité à retenir et la nouvelle typologie européenne rurale, intermédiaire ou urbaine étant la classification à utiliser.

4.3.4.3 Indicateurs médicaux

La densité médicale (35)

Elle est donnée par bassin de vie. Si l'on considère 3 niveaux de densité : dense (>10,2 médecins généralistes pour 10000 habitants), intermédiaire (7 à 10,1 médecins généralistes pour 10000 habitants) et peu dense (< 7 pour 10 000 habitants) :

- les bassins de vie de Bordeaux, Cadillac et Agen sont denses
- le bassin de vie de Nérac est intermédiaire
- le bassin de vie de Créon est peu dense.

On voit bien que cela ne correspond pas aux perceptions des médecins quant à leur type de pratique.

L'Accessibilité Potentialisée Localisée

Dans la cartographie médicale (14), sont disponibles les équivalents temps plein par commune pour 100000 habitants déterminants de l'APL. Si l'on considère 3 niveaux : dense (>62.2 ETP/100000habitants), intermédiaire (40.6 à 62.1 ETP/100000 habitants), peu dense (< 40.6 ETP/100000habitants) :

- les communes 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 et 11 sont denses
- les communes de 3 et 10 sont intermédiaires
- la commune 9 est peu dense.

L'ETP de la commune 6 (108,3 ETP/100000 hab.) est supérieur à Pessac et presque égal à Bordeaux (111,6 ETP/100000 hab.) par exemple. La commune 6 est pourtant rurale.

L'APL n'est pas non plus un bon critère.

Ces deux indicateurs ne définissent pas la perception des médecins interrogés quant à leur type de pratique. Ils sont par contre utiles pour définir des zones sous-dotées.

Nous ne pouvons donc pas les retenir comme indicateurs.

4.3.4.4 Bilan de la perception des médecins et des définitions

Parmi toutes les définitions trouvées dans la littérature, aucune ne correspond parfaitement aux perceptions des médecins quant à leur type de pratique.

Néanmoins, si l'on devait retenir une définition géographique, il faudrait prendre celle des bassins de vie avec la typologie européenne. C'est la plus pertinente pour étudier le milieu rural. Elle est beaucoup moins adaptée pour l'étude du milieu urbain, il y a cependant rarement d'ambiguïté pour le définir. Par contre, la perception que l'on a du milieu semi-rural est différente des bassins de vie qualifiés d'intermédiaires. Il faudrait qu'il existe une autre classe de bassin de vie entre intermédiaire et rural pour déterminer le milieu semi-rural.

Les critères médicaux sont également insuffisants de façon indépendante.

L'accessibilité potentialisée avec le calcul d'équivalents temps plein est plus pertinente que la densité médicale car elle n'inclut pas les médecins à exercice particulier et prend en compte l'activité des médecins.

Dans la nouvelle convention médicale de la CPAM, pour définir les zones fragiles éligibles aux subventions, le calcul est basé à l'échelle des bassins de vie en prenant en compte l'accessibilité potentialisée.

La détermination des zones fragiles définit des zones sous-dotées plutôt qu'un type de pratique: exercer en milieu rural n'est pas synonyme d'exercer en zone sous-dotée.

4.4 Synthèse et propositions

Nous avons vu que la perception des médecins généralistes quant à leur type de pratique est sous-tendue par les critères suivants:

- Distance d'un service d'urgences
- Activité plus ou moins élargie à tous les aspects des soins premiers
- Densité de population
- Typologie du territoire
- Catégorie socio-professionnelle des patients: facilement déterminée par l'appartenance au type de caisse de sécurité sociale

Ces critères médico-socio-démo-géographiques montrent toute la complexité de définir un type de pratique et explique qu'aucune définition de l'INSEE ne corresponde parfaitement aux perceptions de nos médecins interrogés.

Néanmoins s'il ne fallait retenir qu'une définition de l'INSEE, on choisirait celle des bassins de vie ruraux, intermédiaires et urbains selon la typologie européenne.

D'après les résultats de notre étude et la revue de littérature faite, voici l'outil que l'on pourrait utiliser pour déterminer le type de pratique des médecins généralistes :

	Urbain	Semi- Rural	Rural
Distance des urgences	< 10 minutes	10-20 minutes	>20 minutes
Nombre d'aspects des soins primaires maîtrisés	Peut déléguer facilement aux spécialistes et aux services d'urgences	Activité intermédiaire	Gère les urgences médicales et traumatologiques, gynécologie, pédiatrie, et autre selon demande
Densité de population du bassin de vie (km²)	> 300	Entre 100 et 300	< 100
Typologie du territoire	Milieu urbanisé prédominant	Campagne et milieu urbanisé	Campagne prédominante
Part d'affiliation à la MSA	<30%	30-70%	>70%

Tableau 4: Outil d'aide à la détermination du milieu rural, semi-rural ou urbain pour les médecins généralistes

Cet outil découle d'une étude qualitative. Il devra être testé lors d'une étude quantitative pour être validé.

5. CONCLUSION

Dans ce travail, nous nous sommes demandés quelle était la perception des médecins généralistes d'Aquitaine quant à une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine.

Nous avons réalisé une étude qualitative par focus groupes auprès de 20 médecins généralistes de Gironde et du Lot-et-Garonne entre Février et Mars 2017.

Nous sommes arrivés à la conclusion que la perception des médecins généralistes quant à leur type de pratique est définie par les critères suivants:

- Distance d'un service d'urgences
- Activité plus ou moins élargie à tous les aspects des soins premiers
- Densité de population
- Typologie du territoire
- Catégorie socio-professionnelle des patients: facilement déterminée par l'appartenance au type de caisse de sécurité sociale

Nous avons également conclu qu'aucune définition de l'INSEE n'est parfaite pour définir le type de pratique médicale et que par défaut, il est préférable d'utiliser la définition des bassins de vie ruraux, intermédiaires et urbains selon la typologie européenne.

Le milieu semi-rural est un mélange de pratique rurale et urbaine.

Enfin, grâce au résultat principal de notre étude, nous avons créé un outil pour aider les futurs chercheurs à déterminer le type de pratique des médecins qu'ils interrogeront.

En tant que résultats principaux d'une étude qualitative, ces critères et l'outil qui en découle méritent d'être testés et complétés par une étude quantitative.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Brutel C, Levy D. Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010. INSEE Première. 2011;(1374).
2. Observatoire des territoires. Espace cartographie. Tranche d'aire urbaine [Internet]. [consulté le 30 novembre 2017]. Disponible sur: http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/-z=-659093,6019970,1132358,800242;l=fr;i=zau_uu.tau;v=map43
3. Clanché F, Rascol O. Le découpage en unités urbaines de 2010. INSEE Première. 2011;(1364).
4. Observatoire des territoires. Espace cartographie. Tranche d'unité urbaine [Internet]. [consulté le 30 novembre 2017]. Disponible sur: http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/-z=-659565,6020303,1133301,800908;l=fr;i=zau_uu.tuu;v=map43
5. Tavernier J-L, Aliaga C. Les zonages d'étude de l'INSEE [Internet]. INSEE Méthode. 2015;(129). Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/29553/1/imethode129.pdf>
6. Brutel C, Levy D. Le nouveau zonage en bassins de vie de 2012. INSEE Première. 2012;(1425).
7. Julien P. La France en 1916 bassins de vie. Economie et Statistique. 2007;402(1):25-39.
8. Huart H, Tortosa J. L'accès aux services n'est pas le même pour tous les Aquitains. Le quatre pages Insee Aquitaine. 2012;(204).
9. Eurostat. Typologie urbaine et rurale révisée. Annuaire régional d'Eurostat 2010 [Internet]. 2010 [consulté le 23 novembre 2017]. Disponible sur: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5726244/KS-HA-10-001-15-FR.PDF/f7263ad6-0062-4119-814b-cb480ed82706?version=1.0>

10. Observatoire des territoires. Espace cartographie. Grille communale de densité à l'échelle des bassins de vie [Internet]. [consulté le 30 novembre 2017]. Disponible sur: <http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/-z=657273,6018683,1128717,797669;l=fr;i=grid.grid;v=map33>
11. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins. 2017 [consulté le 14 février 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf
12. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale. Densité médicale des médecins généralistes par bassin de vie [Internet]. [consulté le 30 novembre 2017]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/-s=2016;z=83970,6693441,719477,506418;l=fr;i=demo_med.dens_gen_total;v=map5
13. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Etudes et résultats. 2012;(795):1-8.
14. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux [Internet]. [consulté le 14 février 2018]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/-l=fr;i=base_apl.apl;v=map6
15. Contrat de bonne pratique relatif aux spécificités de l'exercice de la médecine générale en milieu rural. Annexe à la convention nationale de Janvier 2005 [Internet]. 2005 [consulté le 14 février 2018]. Disponible sur: https://umespe.com/sites/S_7SBVTI2DEFBFDECTR3007YHGWA/files/o/cbprural2005_1.pdf
16. Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. Convention médicale 2016 [Internet]. 2016 [consulté le 14 février 2018]. Disponible sur: http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/12/Arrete_du_20-10-16_JO_23-10-16_-convention_medicale.pdf

17. Agence Régionale de Santé d'Aquitaine. Schéma régional d'organisation des soins (SROS) [Internet]. [consulté le 16 novembre 2017]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/PRS_SROS_revise_PRS_Aquitaine_2012_2015.pdf
18. Touboul P. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale [Internet]. Département de Santé Publique CHU Nice; [consulté le 19 juillet 2017]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
19. Santé et milieu rural: Une démarche exploratoire menée par 3 URCAM [Internet]. 2002 [consulté le 26 juillet 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2002/1394bisSanteEtMilieuRural.pdf>
20. Evrard C. Activité des médecins généralistes et territoires: une étude en Auvergne. Actualité et dossier en santé publique. 2002;(40):57-60.
21. Le Provost-Falala M. L'attractivité de la médecine générale rurale: Enquête auprès des internes en médecine générale et de médecins remplaçants de la région Auvergne. Thèse de médecine, Tour: Faculté de médecine de Tours; 2010.
22. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel [Internet]. Enquête BVA pour le CNOM. 2007 [consulté le 3 juillet 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetebvaattentesdesmedecins.pdf>
23. Sicart D. Les médecins au 1er Janvier 2013. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DRESS Série statistiques [Internet]. 2013;(179) [consulté le 11 janvier 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat179.pdf>
24. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Question d'économie de la Santé. 2010;(157):1-6.

25. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural: freins à l'installation: étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. Thèse de médecine, Grenoble: Université Joseph Fourier; 2013.
26. Sander C. Le médecin généraliste et les soins non programmés. Thèse de médecine, Nancy: Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2010.
27. Sevrin Y. Motivation des médecins généralistes de Haute-Normandie pour adresser leurs patients aux urgences. Comparaison en fonction des caractéristiques des médecins. Thèse de médecine, Rouen: Faculté mixte de médecine et pharmacie de Rouen; 2010.
28. Le Gouaziou M-F. Qui consulte aux urgences? Enquête auprès de patients consultants dans un service d'accueil des urgences. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2001;15(529):469-73.
29. Hilal M, Barczak A, Tourneux F-P, Schaeffer Y, Houdart M, Cremer-Schulte D. Typologie des campagnes françaises et des espaces à enjeux spécifiques (littoral, montagne et DOM) [Internet]. 2011 [consulté le 14 février 2018]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00911232/document>
30. Bernard A. Hyper-ruralité [Internet]. 2014 [consulté le 26 novembre 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000475.pdf>
31. Bigot R, Croutte P, Duflos C. Les différences de modes de vie selon le lieu de résidence [Internet]. Cahier de recherche. 2009 [consulté le 14 février 2018]. Disponible sur: <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C259.pdf>
32. Davila J, Allen A. Mind the Gap! Bridging the urban-rural divide. Insights. 2002;41.
33. Houillon V, Thomsin L. Définitions du rural et de l'urbain dans quelques pays européens. Espace Populations Sociétés. 2001;19(1):195-200.

34. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Maisons et pôles de santé: places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France [Internet]. Document de travail IRDES. 2013;(57) [consulté le 6 février 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/057-maisons-et-poles-de-sante-places-et-impacts-dans-les-dynamiques-territoriales-d-offre-de-soins-en-france.pdf>
35. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale. Densité des médecins en activité régulière tous modes d'exercice en 2017 [Internet]. [consulté le 30 novembre 2017]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/-s=2017;l=fr;i=demo_gen_tot.densite_act_regul;v=map5
36. Talandier M, Jousseau V. Les équipements du quotidien en France : un facteur d'attractivité résidentielle et de développement pour les territoires ? *Noréis Environnement, aménagement, société*. 2013;(226):7-23.
37. Dénombrement des équipements en 2016 (commerces, services, santé, etc) [Internet]. INSEE. 2017 [consulté le 14 février 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2410933>

7. ANNEXES

7.1 Annexe 1: Liste des équipements intermédiaires des bassins de vie

Police, gendarmerie	Horlogerie, bijouterie
Pompes funèbres	Magasin d'optique
Contrôle technique automobile	Collège
Ecole de conduite	Orthophoniste
Vétérinaire	Pédicure, podologue
Blanchisserie, teinturerie	Laboratoire d'analyses et de biologie médicale
Supermarché	Ambulance
Librairie, papeterie, journaux	Personnes âgées : services d'aide
Magasin de vêtements	Personnes âgées : hébergement
Magasin d'équipements du foyer	Etablissement d'accueil du jeune enfant
Magasin de chaussures	Bassin de natation
Magasin d'électroménager et de matériel audio-vidéo	Athlétisme
Magasin de meubles	Salle de sport spécialisée
Magasin d'articles de sports et de loisirs	Roller, skate, vélo bicross ou free-style
Droguerie, quincaillerie, bricolage	Trésorerie
Parfumerie	

Tableau 5: Liste des équipements intermédiaires en 2010 (36)

La base permanente des équipements est revue régulièrement.

En 2016 ont été ajoutés à la liste des équipements intermédiaires (37):

- Banque, Caisse d'épargne, auparavant élément de proximité
- Sage femme, auparavant élément supérieur
- Ecole maternelle, auparavant élément de proximité
- Psychologue, auparavant élément non classé
- Magasin de matériel médical et orthopédique, auparavant élément non classé
- Station service, auparavant élément non classé

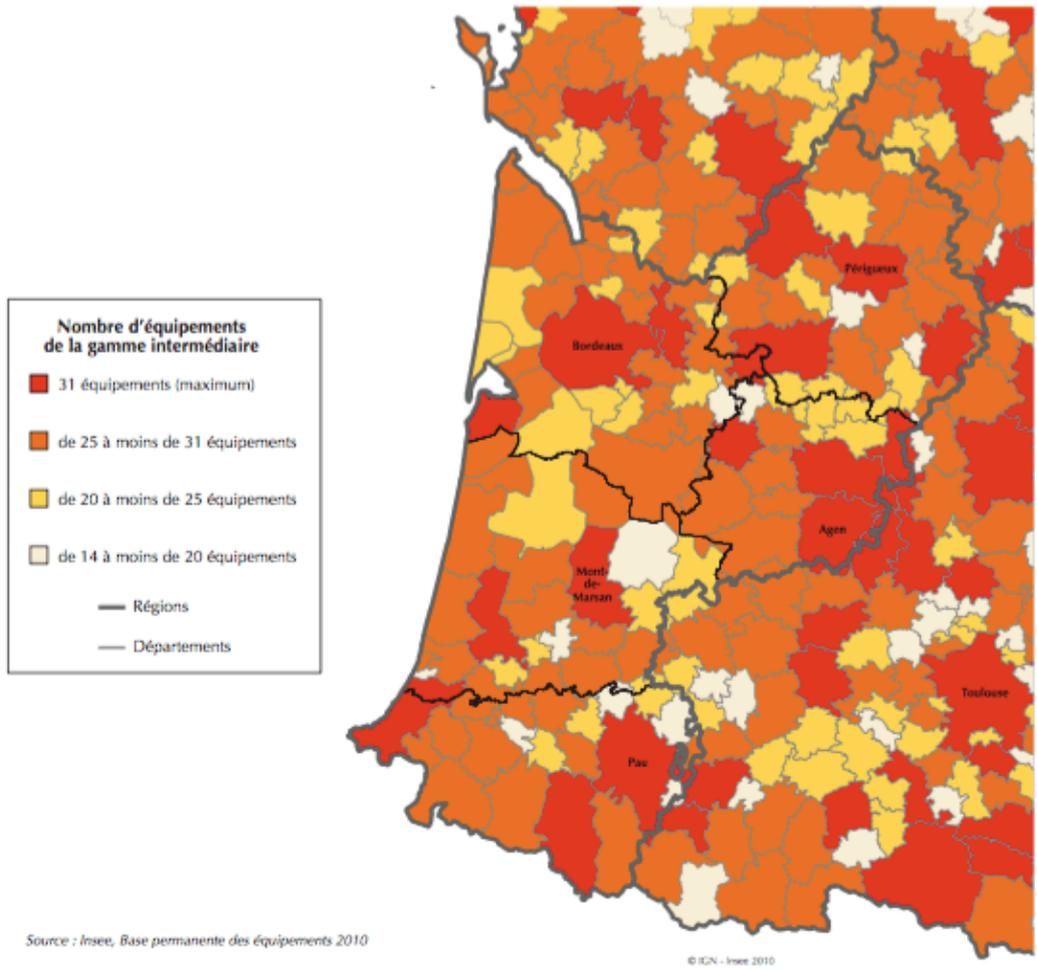


Figure 8: Nombre d'équipements intermédiaires par bassin de vie en Aquitaine (8)

Article R1434-4 du Code de Santé Publique, version en vigueur du 16 Août 2013 au 29 Juillet 2016: (...) Il indique les zones caractérisées par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, en raison des caractéristiques démographiques, sanitaires et sociales de la population, des particularités géographiques de la zone, du nombre et de la répartition des professionnels et des structures de soins et de leurs évolutions prévisibles. Ces zones peuvent être identiques aux zones mentionnées au cinquième alinéa de l'article.

Article L1434-7 du Code de Santé Publique, version du 19/12/2012: (...) Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-8 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 ter du code général des impôts. (...)

7.3 Annexe 3: Les 22 thèses bordelaises utilisées pour constater le manque de définition du lieu d'exercice des médecins

Moulinier C. Qualité de vie et état de santé des personnes âgées en perte d'autonomie en milieu rural. Etude d'un échantillon de personnes âgées bénéficiant d'aides à domicile dans deux cantons ruraux de Gironde. Thèse de médecine, Bordeaux: Université Bordeaux 2; 2010.

Vandersnickt G. Contre-indications de traitements de la toux chez le nourrisson : Comment les médecins généralistes ont-ils fait évoluer leurs pratiques et leurs représentations ? Thèse de médecine, Bordeaux: Université Bordeaux 2; 2012.

Rahmani R. Prescription des anticoagulants oraux en médecine générale. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2014.

Subervie C. Intérêt d'un outil diagnostique des anémies conçus pour les médecins généralistes. Expérimentation de l'outil par 40 médecins généralistes des Pyrénées Atlantiques. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2014.

Bussmann A-S. Conseils aux voyageurs, la pratique du recours aux sources de médecins généralistes en Lot et Garonne. Thèse de médecine. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2014.

Pouyade A. Insertion des médecins traitants dans le suivi à long terme des enfants et adolescents guéris de cancer : Evaluation de la faisabilité du PPAC (programme personnalisé de l'Après-Cancer) en région Aquitaine par une enquête descriptive réalisée auprès des médecins traitants impliqués. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2015.

Lestrade E. Enquête sur les conditions d'exercice et la qualité de vie des médecins généralistes dans le département des Landes : évolution et perspectives d'avenir. Thèse de doctorat en médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2015.

Austruy S. Les valeurs personnelles des médecins généralistes : Etude comparative selon l'utilisation de médecines non conventionnelles en région Aquitaine. Thèse de doctorat en médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2015.

Lehel A. Exercice de la médecine générale avec ou sans ECG. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2015.

Sabrina C. Prescription et utilisation des morphiniques majeurs par les MG d'aquitaine. Thèse de médecine, Bordeaux: Université Bordeaux 2; 1996.

Bastet M. Points de vue, pratiques et attentes des médecins généralistes concernant l'obésité chez l'enfant. Enquête auprès des généralistes de Gironde. Thèse de médecine, Bordeaux: Université Bordeaux 2; 2007.

Mesthé G. Les représentations et les pratiques des médecins généralistes face aux comportements d'opposition et de défense des nourrissons âgés de 8 à 24 mois, au cours

de l'examen clinique. Thèse de doctorat en médecine, Bordeaux: Université Bordeaux 2; 2010.

Laupies J. Peut-on améliorer la prévention antituberculeuse par le BCG chez le nourrisson en médecine générale dans un département rural. Enquête dans le département du Lot et Garonne. Thèse de doctorat en médecine, Bordeaux: Université Bordeaux 2; 2010.

Roux J. Elaboration et expérimentation d'un questionnaire auto-administré motivationnel au sevrage tabagique en soins primaires. Thèse de médecine, Bordeaux: Université Bordeaux 2; 2012.

Dausques C. L'abord de la sexualité des adultes en médecine générale. Etude qualitative des pratiques et représentations de médecins généralistes hommes et femmes. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2013.

Sauvet A. Les médecins généralistes et le programme SOPHIA : enquête auprès de médecins généralistes de la Gironde. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2013.

Falguières S. Vers une amélioration de la prise en charge de l'asthme de l'enfant en Aquitaine. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2014.

Morgado-Morgarido J. Plainte contre le médecin : représentations, connaissances, vécu et prévention. Etude en focus group auprès des médecins généralistes de Gironde. Thèse de doctorat en médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2014.

Thermes S. Déterminants influençant le recours aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux. Enquête qualitative auprès des médecins généralistes de Gironde. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; Janvier 2015.

Cassol E. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois. Etude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Ile de France et en Aquitaine. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2015.

Augère F. Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addiction » auprès des médecins généralistes girondins. Thèse de médecine, Bordeaux: Université Bordeaux 2; 2010.

7.4 Annexe 4: Trame d'entretien

1. Comment vous définiriez vous?

Perception de son lieu d'installation

2. A partir de votre expérience, quels éléments vous permettraient de définir une médecine rurale, semi-rurale ou urbaine?

1. En fonction de la patientèle

- Classe socio-professionnelle: agriculteurs/salariés/cadres sup/retraités
- Type de patientèle : Enfants-familles/ personnes âgées >75 ans
- Représentation de la relation médecin-patient : *proximité, confiance, complicité suivi de plusieurs générations, notoriété*

2. En fonction de l'activité

- Taille de la patientèle
- Mode de vie personnel et professionnel (*sacerdoce*)
- Participation à la vie locale (*mairie, pompier etc.*)
- Facilité de trouver un remplaçant pour les congés
- Gardes
- Accessibilité aux formations
- Type de cabinet : seul ou en groupe
- Secrétariat : présent ou pas
- Type de consultation : sur ou sans RDV
- Horaires et congés
- Kilomètres parcourus par visite
- Activité autre que de la MG : Médecin coordinateur EHPAD, PMI, Homéopathe, acupuncture, addictologie, soins palliatifs, etc

3. En fonction de la pratique

- Pathologies rencontrées, leur niveau de gravité
- Prescriptions de kiné, IDE, bio, examens imageries type scanner ou IRM
- Proximité avec les autres soignants
- Recours à l'hospitalisation/accompagnement thérapeutique

- Gestes techniques au cabinet ou visite (*sutures, plâtres, CE intraoculaire, infiltration*)/Gestes d'urgence et gestion du risque/Suivi de grossesse, gynéco (FCV, DIU), accouchement
4. En fonction de la géographie
 - Densité de population
 - Habitat
 5. En fonction des ressources
 - Distance des secours
 - Présence de SOS Médecins
 - Accessibilité des spécialistes
 - Densité des médecins généralistes
 6. En Fonction de la famille
 - Situation du conjoint
 - Les enfants : école, collège, lycée, pensionnat
- 3. Après cette discussion, est-ce que la perception de votre lieu d'installation a changé?**
- 4. Après cette discussion, quels seraient les critères principaux pour définir une médecine rurale, semi-rurale ou urbaine?**

7.5 Annexe 5: Questionnaire administratif

- Médecin numéro

- Année d'installation en médecine générale

- Vivez- vous en couple ?

- Si oui, quelle est la profession de votre conjoint ?

- Avez-vous des enfants ?

- Exercez vous seul, en groupe ou en maison de santé ?

- Disposez-vous d'un secrétariat ? si oui, est-il sur place ou téléphonique

- Comment consultez-vous ? sur RDV, sans RDV, les 2

7.6 Annexe 6: Focus groupe urbain

Charlotte : Je suis Charlotte Coutrix et je fais ma thèse avec Dr Remark ici présent et Dr Ducos. On est parti d'un constat que dans différentes thèses de médecine générale qui sont faites et même certaines études, on interroge souvent les praticiens sur leur lieu d'exercice à savoir s'ils sont ruraux, urbains ou semi-ruraux et très souvent il n'y a pas de définition utilisée pour définir ces critères. On coche souvent comme ça en fonction de son ressenti. D'où l'objet de notre étude, d'essayer de préciser un petit peu ces définitions.

Gérard Ducos (GD): Vous là, vous vous considérez comme quoi ?

Médecin 2a : banlieusard

Médecin 4a: urbain

Médecin 3a : urbain

Médecin 1a : urbain

Médecin 5a : urbain

GD: Tous, vous vous considérez comme urbains. Maintenant il va falloir nous dire pourquoi. Sur quels critères ? Pourquoi vous dites que vous avez une pratique médicale urbaine ?

Médecin 4a : Parce que d'après toi ça change la pratique ?

GD: Je ne sais pas, mais c'est un petit peu ce qu'il est dit. Quand on fait des études on constitue homme /femme, jeune médecin/vieux médecin, urbains/ruraux. Sur quoi ?

Homme/Femmes ça va on comprend.

Médecin 4a : Rires

GD : Vieux/Pas vieux, il y a déjà des critères. Est ce que c'est la date d'installation, la date de thèse, l'âge, et déjà il y a des critères et là urbains / ruraux, quels sont les critères ?

Médecin 5a : Urbains/ ruraux c'est simple.

Médecin 1a : Moi je travaille dans une grande ville je trouve.

Médecins 5a et 4a : Voilà pareil.

GD : Alors vous la définiriez comment, il faut qu'elle soit grande comment ?

Médecin 4a : Ben c'est relativement facile, au nombre d'habitants.

Médecin 3a : nombre d'habitants.

Médecin 1a : Ben d'un coté à l'autre de la commune 2, il faut 20 minutes entre 2 visites.

GD : Temps de la visite.

Médecin 2a : Près d'un centre hospitalier.

Médecin 1a : Parce que ce n'est pas facile de circuler, les temps de trajets sont longs, il y a beaucoup de feux rouges. Moi je définis la ville par rapport à ça. Le temps de déplacement pour moi.

Médecin 2a : Quand je travaillais dans la Creuse, le temps de déplacement était très long aussi.

Médecin 4a : oui, pour moi c'est ça.

Médecin 5a : Pour moi, ce n'est pas ça la différence. Urbain/rural pour moi, urbain ça veut dire médecine plus facilitée, une médecine avec des spécialistes plus facilement, un centre hospitalier à côté.

Acquiescement des médecins 4a, 2a, 1a

Médecin 5a : Un mode de vie je dirais, spécialisé en ce sens que si urgence SOS, des choses comme ça. Rural c'est tout faire, c'est une pratique beaucoup plus complète, ça nous a rappelé nos début pour nous qui avons un petit peu d'âge quoi. Maintenant je trouve que être médecin généraliste urbain c'est être médecin spécialisé dans la pratique pas forcément dans l'acte médical mais dans la façon de faire, on travaille sur RDV, on a un souci, un petit coup de fil on a quelqu'un, c'est d'une facilité quand même grandissante et surtout quand tu es urbain, tu es en groupe. C'est encore autre chose.

Médecin 4a : Je suis tout à fait d'accord avec 5a. Parce que pour moi urbain, c'est le centre hospitalier, c'est le SAMU, c'est tout ce qui concerne la prise en charge facilitée des cas complexes.

Médecin 2a : La différence c'est quand je suis arrivé, je plâtrais, je ne sais pas si tu te souviens.

Médecin 5a : mouais.

Médecin 2a : Mais t'es fou, à 15 min d'un centre hospitalier, si tu as le moindre problème, tu vas te faire descendre etc... alors qu'à l'époque je ne me posais pas le problème, je lui faisais la radio, je le plâtrais et puis voilà.

Médecin 5a : En tout cas urbain, sur la gynéco autre fois tu faisais les frottis, les stérilets, les grossesses, maintenant tu fais plus rien.

Médecin 3a : Il faut voir aussi les actes, certains actes qu'on ne fait plus ou qu'on fait de moins en moins.

Médecin 2a : Tout à fait.

Médecin 3a : Et même en urbain, quand je me suis installé on faisait beaucoup de petites chirurgies que maintenant on ne fait plus du tout.

Médecin 2a : Petite chirurgie, plâtre, gynéco, beaucoup moins, même de la pédiatrie.

Médecin 4a : Pédiatrie encore !

Médecin 5a : Pédiatrie on en fait encore. On en fait parce que les pédiatres sont vite débordés !

Médecin 4a : Et surtout on ne fait aucune urgence.

Médecin 3a : Et on est soumis à des variations très importantes de flux de patients avec des impacts ou des envies différentes. Par exemple d'être disponible, d'être rapide. A partir du vendredi soir on n'est plus malade donc on suit un peu l'urbanisation. On est en phase avec la vie de la cité. La cité nous impose nos horaires, nous impose nos pratiques et nous impose notre façon d'être.

Médecin 4a : Ah je suis pas du tout d'accord.

Médecin 3a : Disons l'urbanité et le fait d'être en ville nous impose un petit peu notre façon d'être.

Médecin 2a : La gestion de l'urgence est tout de même plus facile.

Médecin 4a : Ah voilà moi c'est ça !

GD: La patientèle donc, il y aurait donc une différence de patientèle.

Médecin 3a : Moi je pense qu'il y a une différence de patientèle entre une patientèle d'un centre ville ou d'une grande ville et une patientèle d'un village je pense qu'il y a une différence socio-culturelle, économique, environnementale, distance de parcours, obligation d'aller chercher les enfants, accès direct et rapidité à certains soins qu'on peut faire en ville mais qu'on n'a pas à la campagne. Moi j'ai l'impression que ça nous impose notre façon d'être et notre façon de faire.

GD: une vie de famille...

Médecin 3a : Et la vie de famille aussi, et la façon de fonctionner, si tu vis sur ton lieu d'exercice, tu dois avoir des habitudes différentes moi je pense, j'ai uniquement remplacé en campagne.

Médecin 5a : Moi je crois qu'il y a une grande diversité entre l'exercice de la médecine générale en zone urbaine par rapport à celle qui peut exister en zone rurale. Quand tu es en zone rurale à mon avis, tu fais de la vraie médecine, tu vois des gens malades, tu prends tout en charge etc., quand t'es en ville tu peux faire que de l'homéopathie, que de l'acupuncture, tu peux faire qu'un exercice un peu parallèle et finalement, tu peux exercer ton art. Tu peux choisir ton type d'exercice. Tu peux travailler très bien si tu veux de 8h à midi puis à 2h ne plus travailler, c'est fait par les autres alors que quand tu es rural tu es corps dévoué à ton village, à ton endroit et ce n'est pas du tout la même médecine.

Acquiescement global

Médecin 2a : Et puis le week-end à la campagne, ils savent te trouver.

Médecin 5a : On est d'accord.

Médecin 1a : Je ne sais pas. Il n'y a que des urbains là, il n'y a pas de rural qui peut donner son avis.

Médecin 5a : On a fait des remplacements en rural.

Médecin 1a : Oui à une autre époque aussi.

Médecin 4a et 5a : Oui ça c'est vrai.

GD: Je vous écoute là mais c'est la campagne et la ville, mais entre les 2 ?

Médecin 5a : Beh ça dépend où tu es, t'es un peu l'un, un peu l'autre.

GD : Est-ce que vous voyez quelque chose entre les 2 ?

Médecin 5a : Oui il y a un mixte je pense.

Médecin 1a : Ca dépend de ta volonté personnelle de pratique. Parce qu'est ce que tu ne peux pas faire une médecine un petit peu plus rurale comme on parlait tout à l'heure en faisant plus de choses qu'en ville, il y a des gens qui le font.

Médecin 5a : Je pense que c'est difficile parce que la demande n'est pas la même. Tu vois tu as une jambe cassée, tu vas pas aller voir ton généraliste quoi. Si tu es médecin de montagne bon ben tu vas traiter.

Médecin 1a : Oui mais bon tu peux faire tes sutures, faire ton électro.

Médecin 5a : As-tu des demandes? Electro oui, mais sutures, est-ce que tu as des demandes de suture ? Moi je les fais les sutures mais j'ai peu de demandes.

Médecin 1a : C'est vrai mais ça arrive plus mais les gens au bout de quelques refus, ou les gens posent des questions parfois, est ce que vous suturez docteur tu réponds oui, tu réponds non.

Médecin 3a : Est-ce que quand tu as une salle d'attente pleine et que tu sais que la clinique est à 20m que tu vas mettre tes rendez vous en retard ?

Médecin 1a : Mais c'est question de ton organisation. Je pense que tu peux t'organiser en étant en ville à la commune 2, de choisir de faire une médecine peut être pas aussi confortable que celle qu'on a apparemment tous choisie ici. Est-ce que c'est la ville qui t'impose ça, d'une certaine façon oui mais je pense que ça tient quand même aussi à toi la façon dont tu proposes à ta clientèle.

Médecin 3a : Mais est-ce que tu ne penses pas que tu te fais manger par ton envie de confort ?

Médecin 2a : Mais c'est une question de volonté ça.

Médecin 3a : Mon exercice actuel est totalement différent d'il y a 30 ans.

GD: Il y a 30 ans tu voyais moins de différence entre la médecine rurale et la médecine urbaine ?

Médecin 2a : Pour reprendre le sujet, on suturait beaucoup plus il y a 20-30 ans que maintenant.

Médecin 3a : Les actes étaient différents et l'amplitude de travail quand on s'est installé, on bossait du lundi matin au samedi soir parce que le samedi, il y avait des consultations énormes.

Médecin 4a : Est-ce que ça tient vraiment à la ville ou est-ce que ça tient au mode d'exercice ?

Médecin 3a : C'est le mode de la ville.

GD : Explique-toi.

Médecin 4a : Je ne suis pas sûr que ça soit la ville qui engendre un confort de travail, on peut aussi travailler en ville en étant là tout le temps, on peut, mais on ne le fait pas.

Médecin 3a : Non on ne le fait pas.

Médecin 4a : C'est peut-être aussi un mode d'exercice de la médecine qui n'est pas lié à l'exercice en ville ou à la campagne, c'est peut être un mode d'exercice qui a changé avec le temps.

Médecin 5a : C'est exactement ça, je crois qu'autrefois, que tu travaillais à la campagne ou en ville, c'était à peu près le même type d'exercice. Actuellement c'est tout à fait différent. C'est à dire qu'à la campagne tu fais de la médecine pour effectivement répondre aux soins de tous les patients et tous types de soins, tu es pluridisciplinaire. En ville, tu choisis. Je pense que ce sont les gens qui eux même choisissent l'endroit où ils vont aller en fonction de leur pathologie. Ils ont eu une éducation qui a été faite avec le temps.

Médecin 3a : Ils te choisissent en conséquence.

GD : Donc la patientèle va...

Médecin 5a : Oui, donc par exemple tu te fais une plaie, ils vont aux urgences, ils ne vont pas chez le médecin généraliste.

Médecin 2a : Pourquoi ils y vont, parce qu'ils ont l'anesthésie, parce que le gamin a le masque sur le nez.

Médecin 5a : Oui.

Médecin 3a : Oui et parce qu'ils sentent que le généraliste est un peu emmerdé et ça leur enlève un poids ?

Médecin 5a : Il y a autre chose, les conditions de sécurité de notre art ont complètement changé. Moi autrefois, je n'hésitais pas à faire de la xylo pour anesthésier une plaie, maintenant je ne fais plus de xylo parce que si je fais un truc je vais en prison, parce que s'ils font un choc j'ai pas ce qu'il faut, je saurais pas faire et donc je fais pas.

Médecin 2a : Exactement.

Médecin 5a : La société nous a imposé des conditions de sécurité et d'exercice qui font que c'est tellement compliqué ce parapluie de protection que finalement il est plus simple d'expédier et on est tranquille.

Médecin 4a : Sauf qu'à la campagne les gens n'ont pas forcément le choix.

Médecin 5a : A la campagne tu fais.

Médecin 3a : Ca m'est déjà arrivé de traiter un sub OAP en ville au chevet du patient. Un sub OAP maintenant. Il n'y a plus d'OAP parce qu'ils ne sont plus compliqués autrefois il y avait pas d'hypotension.

Médecin 3a : Un lasilix et à l'attaque.

GD: Pour pas que Charlotte passe 14h à retranscrire tout ça. Vous avez dit beaucoup beaucoup de choses. Maintenant je vais vous demander de synthétiser et de hiérarchiser les critères principaux qui font dire qu'on a une pratique de médecine urbaine.

D'abord vous n'avez pas changé d'avis ? Après ce que vous avez dit, vous êtes tous médecins urbains ?

Médecin 1a, 2a, 3a, 4a : Non, oui on est tous des médecins urbains.

GD: Quels sont les critères, hiérarchisez ces critères qui vous font dire que vous êtes médecin urbain.

Médecin 4a : Le recours à des confrères, l'accès aux ressources.

Médecin 3a : Environnement médical favorable.

Médecin 1a : Le choix du médecin de son type d'exercice.

Médecin 3a : Voilà, oui aussi.

Médecin 3a : Chaque médecin a des patients qu'il mérite.

GD : Alors attends, pour l'instant on ne va pas refaire le débat. Je veux des critères. Vous m'avez cité des critères de ressource médicale, de choix de pratique, la possibilité de choix de pratique.

Médecin 3a : Se sentir moins isolé.

GD : L'isolement.

Médecin 2a : Moi je suis pas persuadé que le type de pratique soit typique de l'urbain, on peut très bien être homéopathe à Argenton-sur-Creuse.

GD : Donc ça on peut le mettre un petit peu plus loin. L'isolement c'est quoi, le nombre de médecins généralistes ?

Médecin 3a : Non le nombre de spécialistes auquel on peut se référer.

Médecin 4a : C'est le premier truc ça, c'est l'environnement médical.

GD : Oui ça c'est l'environnement médical.

Médecin 5a : C'est l'environnement oui.

Médecin 3a : Ca dépend de ton vécu, si tu as vécu à la campagne, ça te paraît tout à fait normal mais par contre je crois que quelqu'un qui a vécu en ville et qui exerce à la campagne peut être un peu perdu.

Médecin 5a : Moi je dirais une facilité de prise en charge de la patientèle.

Médecin 4a : C'est pareil.

GD : Oui c'est la ressource ça toujours. Vous avez parlé un peu aussi géographie ?

Médecin 4a : Je dirais aussi le milieu social.

GD : Le niveau social ?

Médecin 4a : Non, le milieu social, le milieu paysan n'est quand même pas le même que le milieu industriel.

Médecin 3a : Il y a des endroits favorisés et puis non favorisés, au niveau d'une cité par exemple.

Médecin 4a : En zone urbaine il n'y a pas beaucoup de paysans.

Médecin 1a : Des paysans c'est des gens que tu soignes ou c'est tes confrères médecins ?

Rires

Médecin 4a : Non je parle des gens qui vivent de la terre.

Moi j'ai été installé en Haute-Loire donc je peux te dire que c'était pas pareil. Je confonds peut être l'évolution de la médecine et la différence ville/campagne.

Médecin 1a : En termes de niveau social et compagnie.

Médecin 4a : Ah non pas le niveau social, c'est pas du tout ça.

GD : D'autres critères, donc les ressources, le choix de sa pratique, l'isolement, la géographie non ?

Médecin 5a : Oui.

Médecin 5a : Mais indépendamment de la médecine, sa famille, c'est plus facile en ville.

Médecin 4a : Ah oui.

Médecin 1a : Et tout l'environnement.

Médecin 5a : Ton épouse ou époux qui peut travailler sur place, ce qui n'est pas forcément évident à la campagne, les enfants qui vont faire des études.

GD: Est-ce que ce sont des critères ?

Médecin 5a : Ce sont des critères de choix.

Médecin 2a : C'est un choix d'installation.

Médecin 3a : Nos jeunes s'installent de moins en moins à la campagne, pourquoi ?

Médecin 5a : Parce que la femme ne suit pas, parce qu'il faut regarder « l'amour est dans le pré » pour voir quelqu'un.

Rires

Médecin 3a : A mon avis leur conjoint ne peut pas trouver un job au même endroit qu'eux.

Médecin 2a : Je ne dis pas le contraire, c'est bien pour ça que je suis venu à Bordeaux.

GD: Est-ce que la densité de population, la densité médicale est un critère que vous n'avez pas dit là ?

Médecin 5a : Ah oui bien sûr bien sûr bien sûr.

Médecin 3a : Est-ce que c'est toujours valable ça ?

Médecin 4a : Je comprends pas ce que tu veux dire par là.

Médecin 5a : Beh c'est l'environnement médical.

Médecin 1a : La densité médicale et population rejoint ...

GD : Si on prend les critères de l'INSEE, on va être uniquement sur des critères de densité de population. Tant au mètre carré c'est urbain, tant au mètre carré c'est rural.

Médecin 4a : Ah tu veux dire des médecins.

GD: Si si de la population.

Médecin 4a : Ah de la population.

GD: Et des médecins...

Est ce que ce critère est suffisant ou est-ce que les autres critères que vous avez décrit doivent être pris en compte ?

Médecin 5a : Bien sûr c'est un outil paramétrique.

GD: Alors lesquels sont les plus importants ? Ce critère de densité de population on va dire qu'il est densité de population. Mais dans les autres critères, c'est quoi ? Pour vous, c'est vraiment la ressource médicale que vous avez cité en premier c'est à dire ? L'environnement médical ?

Médecin 2a : Ca c'est un critère statistique, personne ne l'a cité.

GD: Si au début, vous avez commencé par ça.

Médecin 4a : Oui oui c'est vrai.

GD : Est-ce que ça suffit ?

Médecin 1a : Ben non, parce qu'il y a davantage de critères qui nous sont propres sur notre façon de travailler.

Médecin 5a : Parce que quand tu parles de densité tu parles de densité de quoi, du nombre de médecins-spécialistes, du nombre d'hôpitaux, ou de tout ?

GD : J'en sais rien moi.

Médecin 5a : Le critère intéressant, c'est de l'ensemble c'est à dire qu'en fait un exercice médical c'est un brancardier, un ambulancier.

Médecin 3a : Une infirmière.

Médecin 5a : C'est tout ça qui compte et donc c'est ça que moi j'appellerais densité et non pas le nombre de médecins au mètre carré, on s'en fout ça. C'est simple mais pas suffisant.

GD : C'est pour ça qu'on a fait une thèse.

Médecin 5a : Tout à fait, donc il faut l'ensemble.

Médecin 3a : Et aussi avoir une vie agréable, le fait d'être en ville, on vit mieux que d'être à la campagne.

Médecin 5a : Qu'est-ce que ça veut dire vivre mieux ?

Médecin 3a : Est-ce que la famille vit mieux ?

GD : Bon, on va arrêter là. Merci beaucoup.

Ce qu'on vous a pas dit, c'est qu'on garantit la confidentialité absolue de chacun.

Charlotte : Est-ce que vous pouvez remplir cette feuille s'il vous plait ?

7.7 Annexe 7: Focus groupe semi-rural

Charlotte Coutrix (CC) : Je m'appelle Charlotte Coutrix et je fais ma thèse avec François Remark ici présent. On vous a réuni ce soir parce qu'on fait une thèse sur la perception de ruralité ou d'urbanité selon les médecins généralistes. On est parti du constat que sur beaucoup de travaux de thèse qui sont réalisés en médecine générale, on vous pose souvent la question de savoir si vous exercez en milieu rural, urbain ou semi-rural. Généralement les médecins généralistes cochent une case mais il y a rarement de définitions utilisées. Les quelques fois où une définition est utilisée, ce sont les définitions de l'INSEE et on se rend compte que ça ne colle pas trop. Souvent on constate qu'il y a des différences, d'où notre idée de thèse. C'est pour ça qu'on vous a réuni ce soir pour discuter de ce sujet-là, de votre perception vis-à-vis de votre lieu d'installation. Bien sûr tout sera anonyme pour la retranscription de ce que vous direz ce soir.

François Remark (FR) : Donc déjà pour commencer, moi je me définis plutôt avec une pratique urbaine, quoique... Déjà en faisant un tour de table, comment vous, vous définissez votre pratique de façon brute avant d'avoir commencé à réfléchir sur le sujet ? Même s'il y en a un qui avait déjà réfléchi...

Médecin 2b : Moi je définirais ma pratique, bon je vais couper la poire en 2, je dirais semi-urbaine, ni complètement rurale, ni complètement urbaine.

Médecin 3b : Oui, comment je définis ma pratique par rapport à ces critères-là, oui semi-rurale ou semi-urbaine ou « ruraine », quelque chose comme ça. Mais je dirais que ça dépend avec les patients.

Médecin 4b : Moi je me définirais comme rurale de manière pratique même si je suis à 10-12 km des 2 autres.

Médecin 5b : Semi-rurale.

Médecin 6b : Semi-rurale de la perception que j'en ai, il y a probablement des critères chiffrés qui permettent de déterminer ça. Moi j'imagine le rural, des longues étendues sans maison, donc la ville la ville. Et puis moi je me définis semi-rural dans une espèce de densité mixte.

Médecin 7b : Beh nous on travaille ensemble donc semi-urbain.

FR : Pareil, même perception, ce n'est pas obligé.

Médecin 7b : En fonction de la densité.

FR : En fonction de la densité ça y'est.

Médecin 8b : Je dirais semi-rural effectivement géographiquement mais pour la patientèle elle-même finalement, relativement urbain. Ca devient vraiment plus un village dortoir plutôt mais bon voilà effectivement la perception elle est un petit peu... Soit on se place du côté du terrain et là effectivement on peut dire semi-rural, soit c'est vraiment du point de vue des patients, et c'est d'avantage urbain, c'est ça qui est un peu différent. Tout dépend si on parle du terrain ou de la patientèle.

FR : On va du rural à l'urbain donc on a le choix finalement. C'est intéressant, parce que vous avez commencé à lancer le sujet sur la densité. Effectivement si on se réfère sur les thèses ou ailleurs, les définitions de l'INSEE sont des définitions très académiques, très administratives mais il y a le critère de densité dedans. Est-ce que vous, à partir de votre expérience, est-ce qu'il n'y a que cet élément qui est très important ou est-ce qu'il y en a d'autres ? Est-ce qu'il y a que celui là ? Est-ce que c'est le plus important ?

Médecin 3b : La densité est-ce que c'est le critère le plus important ? Moi je pense qu'il y a aussi les modes de vie des patients.

Médecins 5b, 7b et 8b approuvent.

Médecin 3b : La culture, il peut y avoir des densités faibles avec en effet des néo-ruraux, enfin des urbains qui se déplacent. Il y a des gens qui n'ont pas du tout de rapport avec la culture viticole qu'on a beaucoup dans le coin ou l'agriculture mais qui ont finalement dans leur rapport à la santé une culture plutôt urbaine et surtout dans leur rapport à l'accès aux soins.

FR : L'accès aux soins ?

Médecin 5b : Pour peut être avoir travaillé en ville avant, peut être plus un accès plus commercial de l'histoire. C'est à dire moins dans l'optique du médecin traitant. On consomme du soin, et je peux venir voir indifféremment toi ou un autre, celui qui me propose un rdv rapide ou plus adapté à mes convenances. Et puis on a aussi un recours plus facile aux structures hospitalières, à SOS médecins, aux médecins spécialistes qu'on n'a pas ici. Donc le canal d'accès aux soins passe souvent d'abord par le médecin généraliste.

FR : Le recours aux autres tu dis, SOS...

Médecin 5b : Oui, c'est à dire le fait qu'on est un parmi plein d'intervenants, ce n'est pas coordonné en ville. Alors qu'en rural ou semi-rural, on est seul en premier recours.

Médecin 6b : Moi je suis d'accord avec le médecin 5b. Après sur ce qu'on peut imaginer comme définition du rural vis-à-vis des patients, on va dire un nombre de patients, nombre d'habitants au kilomètre carré. Après la perception du médecin et du travail, moi qui ai travaillé en ville et en semi-rural, c'est effectivement complètement différent. Donc là, et quand je discute avec des collègues qui travaillent en ville j'ai vraiment le sentiment que la perception n'est pas la même.

FR : Il y a des critères en dehors de la densité ?

Médecin 6b : Je parle de la perception que j'ai de mon travail voilà. Beh les critères c'est l'impression de ne pas avoir d'autres possibilités que d'assurer le travail, enfin de répondre à la demande. Cette impression d'isolement plus qu'en ville ou en discutant avec des collègues, certains me disent « ah beh moi je ferme mon cabinet et je mets le répondeur ». Comment faire quand on est un médecin d'un village, comme on est avec le médecin 7b, et encore plus quand on était tout seul à deux. Comment faire pour dire bon ben je ferme mon cabinet et il n'y a plus de demande, enfin il n'y a plus de réponse. Donc, un sentiment un peu oppressant, un peu d'isolement dans la pratique oui. S'il n'y a pas d'autres personnes pour répondre.

FR : L'isolement aussi bien en médecin de premier recours, ou d'autres structures, d'autres spécialistes.

Médecin 6b : En tant que médecin de premier recours. La distance en semi-rural je ne la trouve pas trop problématique. La distance est parcourue assez aisément par les patients.

Médecin 4b : Moi rural parce que justement une notion de densité, donc une commune de 1200 hab. et des petites communes autour de beaucoup moins d'habitants. Une distance vis à vis des hôpitaux, 35 min du premier hôpital. Et un accès aux soins qui est d'abord du soin premier parce qu'il n'y a pas de second recours à moins de 10-12 km pour le premier et on n'a pas tous les seconds recours à moins de 30 km ça c'est sûr.

Médecin 2b : Le problème de l'approche par densité, ça dépend aussi du territoire que vous prenez. En travaillant sur une petite ville avec à la limite beaucoup d'habitants pour du rural, le bassin qu'on soigne c'est aussi toutes les communes autour qui là n'ont plus du tout la même densité donc densité seule, j'ai un peu de mal à évaluer la densité de population avec laquelle on travaille.

FR : C'est justement ça qu'on essaie de trouver, d'autres critères.

Médecin 3b : Ce critère-là est bien loin de notre quotidien. Il faudrait comme tu dis parler plutôt d'un territoire avec des diversités. Même dans la ruralité il y a des différences parce qu'il y a des spécificités au commune 3, 5, 6 ou 7 qui ne sont pas tout à fait les mêmes si on allait chercher dans le détail. En effet, on parlait de Rozan qui est un autre village encore plus dans l'Entre-Deux-Mers qui a aussi des spécificités avec des tout petits villages qui ont un médecin alors on se dit finalement il y a une grande densité médicale mais en fait autour il y a tout un tas de villages qui sont sans médecin.

Médecin 4b : Il faut dire que l'offre de soin...

Médecin 3b : Je parle de la densité médicale.

Médecin 4b : On peut être en rural et avoir une belle offre de soin. Et après il y a la notion de patients qui vivent sur le territoire qui est pour ma définition de ruralité important. Je ne peux pas donner un chiffre mais c'est clair qu'on a beaucoup de patients qui travaillent dans la viticulture et qui sont ici. Pour eux ce ne sont pas des trajets faciles d'aller sur des structures.

Médecin 2b : Il y a une vraie notion de transport entre nous et les patients. Il y a une vraie différence pour le coup à aller

FR : Et comme autre critère est-ce qu'il vous semblerait que votre activité est la même que celle d'un médecin de ville ? Est ce que vous faites les mêmes choses ?

Médecin 5b : Clairement pas. Je pense qu'on aimerait faire plus de choses. Moi j'ai fait plus rural que ça et là pour le coup on fait énormément de choses et c'est un peu angoissant parce que on ne peut pas maîtriser tous les actes qu'on serait amené à faire. Et j'ai fait plusieurs cas où c'était j'adresse, où la demande du patient était d'être adressée à quelqu'un de spécialisé dans la question donc on était beaucoup plus dans un... Attention je ne dis pas que les médecins de ville sont des grattes papiers !

FR : On va dire la coordination.

Médecin 5b : Voilà ! Mais c'est sûr que son activité était techniquement parlant plus riche, que ce soit technique manuelle ou technique intellectuelle. Voilà on est amené à gérer presque entièrement ou entièrement une quantité de situations.

Médecin 7b : Et puis la demande des patients comme tu dis. Ils sont très contents de ne pas aller en ville, de ne pas être adressé. Si nous on peut tout gérer c'est encore mieux quoi.

Médecin 5b : Tout à fait.

Médecin 7b : Donc on fait effectivement une prise en charge plus globale.

FR : Devoir tout gérer c'est-à-dire, des actes qu'on ne fait vraiment pas en ville ? Quels types ?

Médecin 7b : Beh la gynéco par exemple.

Médecin 5b : Ca c'est clair.

Médecin 7b : Les patientes, elles ne vont pas aller voir un gynéco à Bordeaux alors que nous on le fait très bien. Elles n'ont plus de gynéco. Alors qu'une patiente en ville, je ne sais pas il faudrait faire des statistiques mais combien de patientes qui habitent en ville vont voir leur généraliste pour un problème gynéco, pour leur suivi gynécologique même ?

FR : Ce sera une autre thèse !

Médecin 3b : Non mais ça peut être le cas des petites urgences aussi, des petites traumatos.

Médecin 7b : Voilà.

Approbation collective.

Médecin 2b : Mais je pense même en pédiatrie ! Oui le suivi pédiatrique à la sortie de l'école à 16h. Même le suivi courant, pas que les situations aiguës.

Approbation globale.

Médecin 2b : L'offre pédiatrique dans le secteur est inexistante.

Approbation globale.

Médecin 6b : Et le suivi psychothérapeutique.

Approbation générale.

Médecin 6b : Il y a quand même un gros problème, en tout cas vers ici.

FR : Région viticole...

Rires.

Médecin 3b : Pour revenir à la densité, ça me faisait penser à une autre médecine. On pose jamais la question d'ailleurs dans des thèses, de médecine rurale, semi-rurale ou médecine de brousse. (Rires) J'y pense parce que c'est une expérience personnelle mais en fait pour avoir soigné 4 ou 5000 personnes sur des territoires assez vastes en Nouvelle-Calédonie puis en Afrique sur des territoires encore plus vastes. Il y a encore une spécificité qui augmente l'autonomie du médecin dans les dispensaires et X qui est en Guyane fait de la petite chirurgie etc...

FR : Ah je croyais que c'était ici !

Médecin 5b : On n'en est pas là encore. Ça pourra venir peut être un jour.

Médecin 7b : Tu vois X il aime bien la chirurgie, il a installé un scialytique dans son cabinet, il fait des petites opérations de chirurgie.

FR : Vous avez une relation différente avec votre patientèle ? De proximité ? De pas proximité ? Ou dans votre commune même ?

Médecin 7b : Moi j'ai habité dans la commune où mes enfants étaient à la même école que mes patients. C'est ça ce que tu veux dire par la proximité ?

FR : Oui enfin j'ouvre.

Médecin 7b : Oui il y a effectivement une proximité, comme on vit dans les mêmes lieux et qu'on est aussi autre chose qu'un médecin aux yeux des patients, c'est vrai qu'il y a une certaine proximité. J'ai des patients qui me tutoient.

Médecin 8b : Moi j'ai été tout à fait confronté à ça parce que j'ai habité très longtemps sur le lieu de mon exercice donc mes enfants sont allés à l'école du village, participé à toutes les kermesses, etc... Alors je n'ai pas la même relation que 7 parce que j'essayais de garder mes distances parce que c'était très compliqué sur un plan professionnel de mélanger. Mais effectivement cette problématique-là. Alors c'est vrai mais sur la patientèle j'ai une petite différence par rapport à mes collègues, c'est une patientèle qui est beaucoup urbaine, enfin qui travaille, qui vit vraiment dans des lotissements. D'ailleurs ce n'est pas du tout une patientèle en difficulté, c'est des personnes, des familles avec enfants dans des lotissements plutôt hauts de gamme mais qui travaillent donc ce n'est pas du tout rural. Alors après les viticulteurs et tout il y a pas mal d'arrachage de vigne enfin bon. J'ai créé donc je n'ai pas du tout racheté une clientèle. Mais je pense que j'ai la patientèle la plus urbaine du groupe.

Médecin 5b : Après c'est moins vrai pour les gens qui s'installent plus récemment. C'est des gens qui viennent de la CUB pour des raisons économiques.

FR : De toute façon il y a un glissement de la ville.

Médecin 5b : Tout à fait, des familles plus urbaines, des demandes plus urbaines par rapport aux soins etc...

Médecin 4b : Moi qui me définis comme rural, ce n'est pas un critère pour moi parce que je n'habite pas là où j'exerce. Je pourrais habiter à Bordeaux par exemple, j'exercerais

pareil en rural, je pense. Même si j'habite quand même en rural mais dans une autre commune, mais pas dans une commune du secteur d'exercice donc j'ai pas forcément un lien différent que si j'étais en rural ou que si j'étais en urbain. En tout cas avec les patients en terme de soins pour revenir un petit peu en arrière, pour moi il y a aussi la définition de l'accès aux soins premiers avec le non recours à l'urgence. En fait les patients, ils ne vont pas aux urgences, ils viennent d'abord ici. Ca aussi c'est pour moi un des critères de la ruralité où de toute façon les patients quoi qu'il arrive ils viennent là et du coup à cause de cette définition-là, on a été obligé puisqu'on travaille en groupe de s'organiser pour permettre l'accueil des urgences et que ça ne déstabilise, que ça soit faisable et que ça ne déstabilise pas le fonctionnement d'une journée de travail. Mais sinon en terme de proximité sur les patients en tout cas, à titre personnel, ça ne rentre pas dans la définition.

FR : Et donc vous accueillez pareil pour les urgences ? Parce que là je rebondis un petit peu sur une nouvelle ouverture.

Médecin 3b : Deux choses donc moi personnellement sur le point de la proximité, moi j'ai grandi dans le village où j'ai succédé à mon père. Donc j'étais à l'école avec mes patients, je soigne leurs parents, je soigne les amis de mes parents, j'ai soigné mes parents mais ça commence à aller, ils commencent à comprendre que ça devient impossible. Mais c'est dur. En tout cas je suis, j'ai décidé depuis l'année dernière de ne plus faire la bise systématiquement à tout le monde au cabinet médical, ce qui a été une sorte de révolution, il y a eu une manifestation dans la rue (rires) et donc je suis dans cette relation avec beaucoup d'avantages et beaucoup d'inconvénients évidemment mais bon c'est comme ça avec certains jours plus faciles que d'autres. C'est supportable certains jours et d'autres non d'ailleurs les courses dans le village par exemple. Et ensuite la deuxième question par rapport aux urgences, beh nous on n'a pas la même organisation qu'à la commune 6 mais on a une salle d'urgence équipée avec des kits de secours pour une dizaine de situations, on a de quoi faire des plâtres, des sutures, et une pièce dédiée à ça véritablement. Et puis on avait même mis en place avec la commune 6, avec les cabinets alentours une organisation de la visite à domicile urgente quand elle était loin de notre secteur pour éventuellement solliciter le collègue en visite sur le secteur adjacent pour qu'il puisse faire une visite à domicile. On est conscient qu'on est responsable de l'organisation de l'accueil de l'urgence aussi.

Médecin 4b : Il y a une notion d'organisation des secteurs finalement. Toute zone rurale forcément ne le fait pas mais ici il y avait ce souhait.

Médecin 7b : En ville, le gars il ferme à 17h, il part il met le répondeur, il y a SOS et voilà il n'y a pas de préoccupation d'assurer la continuité. Mais nous il n'y a personne jusqu'à 20h de toute façon, si ce n'est pas nous.

FR : Après 20h ?

Médecin 7b : Après 20h, nous on a SOS.

Médecin 4b : Nous c'est un secteur de garde.

Médecin 3b : Nous c'est une maison médicale de garde sur Langon.

Médecin 7b : Donc effectivement la continuité des soins... Elle est légale, on est tenue à assurer une continuité des soins.

Médecin 3b : On est déontologiquement, c'est pas légal, c'est déontologiquement on est responsable de l'organisation de la permanence des soins dans notre secteur, donc on accepte ces responsabilités mais c'est pas légal.

Médecin 4b : Mais légalement on est tenu de la continuité des soins de nos patients.

FR : Ou de leur proposer une solution. Donc les urgences, ils ne vont pas plus que ça aux urgences. Le fait d'avoir, vous avez ce recours aux pompiers, au SMUR ou c'est directement ou c'est presque géré par les patients, ou c'est vraiment vous qui avez l'impression d'être vraiment la pierre angulaire ?

Médecin 4b : Moi j'ai l'impression que c'est nous. C'est très rare qu'un patient appelle le 15.

FR : Ou qu'ils arrivent aux urgences spontanément et qu'ils se pointent le lendemain avec la feuille.

Médecin 6b : Je pense qu'il y a peut être une différence entre rural et semi-rural parce que nous on a quand même pas mal de patients qui vont aux urgences d'eux même. Je pense qu'on a une proximité qui doit quand même être plus facile qu'à la commune 6. Nous on attire également des gens qui pour des trucs complètement bénins décident d'aller aux urgences parce que leur enfant a de la fièvre quoi !

Médecin 5b : Surtout pour les enfants !

Médecin 4b : Dans la journée, alors que vous êtes ouvert.

Médecin 6b : Oui ça peut arriver pendant la journée. Ou pour un mal de dos, si, là ils y vont.

Médecin 3b : Nous ils y vont volontiers parce que la permanence de soins de médecine générale est au sein des urgences. Donc en fait ils y vont pour les problèmes de médecine générale en dehors de l'ouverture des cabinets, ils vont aux urgences mais ne vont pas être reçus forcément par des médecins urgentistes mais peut-être par des médecins libéraux aussi si le problème de santé est réglé vers eux.

FR : Est-ce que vous pensez qu'il y a un retentissement sur votre mode de vie. Est-ce que vous pensez que vous passez 14, 15, 16h au boulot, est-ce que vous pensez que en urbain ils travaillent moins ? A titre personnel est-ce que vous avez l'impression que d'être en rural, semi-rural ou urbain fait que vous êtes plus ou moins investi et que du coup responsabilisé déontologiquement ? Je ne sais pas.

Médecin 5b : On est presque tous organisé pour travailler à plusieurs en fait.

Médecin 7b approuve.

FR : Vous avez des temps à vous, ça c'est des critères qui comptent pour vous, avoir du temps ou être en rural très profondément où on est seul ?

Médecin 7b : Ah oui, non moi je ne ferais pas le choix d'aller en brousse, ou toute seule non ce n'est pas possible. Donc ça fait partie de mes critères d'organisation de mon travail mais effectivement même à la campagne on peut s'organiser pour que justement il y ait un partage des tâches.

Médecin 5b : C'est pas forcément les villes. Parce qu'il y a des gens en ville qui font des journées à rallonge et qui sont tout seul parce qu'ils sont organisés comme ça et qu'il y a un autre médecin à 3 rues de distance.

Médecin 8b : C'est mon cas parce que je suis la seule à être seule dans mon cabinet. Alors effectivement je renvoie sur le cabinet de Créon le vendredi mais sinon j'ai des amplitudes, oui je suis présente, je fais peu de visite, j'ai une petite patientèle enfin plutôt modérée mais j'ai des amplitudes très longues c'est vrai que je pars pas à 20h le soir mais je suis là de 8h30 à 19h30 tous les jours sauf le vendredi.

FR : Est-ce que ça peut avoir une influence sur votre famille, votre conjoint ?

Médecin 4b : Moi je n'ai pas l'impression que ça soit la ruralité qui fait ça, (approbation globale), c'est plutôt l'organisation personnelle.

FR : On sait que c'est un peu un frein à l'installation en ruralité, c'est pour ça que j'ouvre un peu.

Médecin 6b : Beh je ne sais pas, moi j'ai quand même l'impression qu'on a vécu des moments qui étaient un petit peu compliqués ou en tout cas qui ont nécessité qu'on dise à la patientèle, on ne vous prend plus en charge.

Médecin 7b : On ne prend plus de nouveaux patients c'est ce que tu veux dire.

Médecin 6b : Oui enfin, on a délimité un secteur. En disant ok on était ouvert au tout venant et un jour on a dit bon beh stop, on ne s'ouvre plus à d'autres patients que sur ce secteur-là. Donc on a du à un moment mettre des limites parce que ça devenait trop compliqué, donc il y a quand même un moment une incapacité d'éponger la demande. Je ne sais pas si c'est pareil en ville, il faudrait faire une analyse similaire en ville mais en tout cas nous on a été confronté à un moment à un trop plein qui pouvait effectivement déborder sur ma vie familiale et notre façon de vivre aussi. Moi j'ai l'impression qu'on y a été confronté et c'est la raison pour laquelle on s'est organisé pour travailler à plus qu'à 2 donc ça a nécessité de trouver des solutions rapidement pour pouvoir répondre à ça. Quand effectivement des médecins s'en vont autour et que la zone devient fragile ou déficitaire, bah je n'imagine pas que ça ne puisse pas avoir de retentissement sur la vie du médecin. Ca me semble assez...

FR : Donc presque pour tous, travailler en rural ou semi-rural ça implique presque de se regrouper ? On l'a dit plusieurs fois.

Médecin 8b : Bon ben ça je pense que c'est évident.

Médecin 5b : Nécessairement.

Médecin 2b : En tout cas nous, ça fait partie de notre conception et notre organisation de travail.

Médecin 8b : Oui mais ce n'est pas possible autrement.

Médecin 7b : Pour répondre à ça et aux contraintes personnelles.

Médecin 8b : Non mais pour être seule, il faut une petite patientèle, si j'avais augmenté de manière très importante, je n'aurais pas pu continuer ou alors effectivement tout sacrifier autour. Même si les enfants grandissent et deviennent indépendants, on a besoin d'un peu de temps.

Médecin 5b : Peut-être même au niveau technique, ça peut-être plus ou moins vrai en fonction de la zone mais plus il y a de choses à faire plus il faut de matériel, plus il faut d'équipements, etc..., alors tout seul, ça peut devenir aussi une contrainte. Moi en ville j'ai travaillé dans des cabinets où il n'y avait pas de fils à suture parce que le problème ne se posait pas. Après ce n'est pas aussi vrai en rural.

Médecin 8b : Après je pose une question par rapport à vous qui êtes ruraux, mais je pense qu'il y a un investissement, vous avez un investissement et des frais professionnels qui sont absolument colossaux par rapport à moi qui n'en ai pratiquement pas. Donc je me dis heureusement que vous avez du travail parce qu'il faut que vous ayez du travail pour compenser le reste. Donc il y a quand même des contraintes que je n'ai pas du tout moi par exemple. Donc ce développement, je crois que sur le plan économique pur, je pense que c'est forcément nécessaire d'avoir une patientèle, tout est une histoire d'équilibre, mais vous ne pouvez pas vous permettre d'avoir une petite patientèle pour le coup parce que financièrement vous n'y arriverez pas.

Médecin 3b : Mais ce que tu dis c'est une vraie problématique en ce moment. On parlait de la densité de population, de la densité de l'offre de soins, on est dans une population dans laquelle on craint énormément l'augmentation d'une activité qui est déjà débordante, où on a du mal à répondre positivement comme vous disiez, où on est obligé de limiter le territoire mais le territoire s'agrandit parce qu'un collègue part sans successeur. Nous il y a 2 collègues qui sont partis sans successeurs sur le secteur de la commune 7. On avait anticipé les choses en accueillant des internes et en étoffant l'équipe mais malgré tout, la demande est importante et on ne se pose pas trop la question de l'économie, enfin de la pérennité de notre activité économique et des investissements parce qu'on est plutôt en train de freiner l'activité. Et c'est ça qui peut déborder sur notre vie personnelle ou sur notre capacité à rester concentré, c'est la sollicitation permanente et au cours de la journée de travail et au cours de la vie personnelle. Le dimanche à 9h30, à 13h30, enfin c'est une série en ce moment de gens qui viennent frapper à la porte parce qu'ils ont des problèmes, bon ben voilà ils ont pas choisi de médecin traitant. 9h30 le matin, c'est extraordinaire, ben non il fallait en discuter, c'était grave et puis dans la rue, des gens qui peuvent solliciter. Et la demande grandissante aussi par une préoccupation de la population sur sa santé, alimentée par des inquiétudes, alimentée par des messages de santé publique qui sont « attention vous avez le nez qui coule, vous allez mourir vite parlez-en à votre médecin ». Donc s'il est là en face de vous dans la pharmacie, ou dans la boulangerie, alors là c'est bon on y a droit. Donc là aussi on sent une pression sur la vie. Il y a une inquiétude sur la santé qui augmente encore quand même.

Médecin 8b : Habiter sur le lieu d'exercice, moi qui ai eu les 2 situations, même si vous, la configuration du village a changé entre temps. Pendant 20 ans sur le lieu, maintenant je

n'habite plus sur place, ça change complètement tout je veux dire. Moi je trouve ça absolument insupportable d'habiter sur son lieu d'exercice. C'est très compliqué.

Rires.

Médecin 6b : Non c'est vrai. Et moi je n'habitais pas précisément sur mon lieu d'exercice mais toutes les caricatures du patient qui t'arrête au rayon légumes pour te poser une question médicale ou te demander un rdv, ces caricatures-là c'est vrai ! Mais bon je pense que ça doit arriver en ville aussi parce que moi maintenant que je vis en ville, je rencontre des patients en ville donc je suppose que les médecins de ville rencontrent aussi des patients en ville.

Rires.

FR : Alors j'aimerais bien, maintenant que vous avez dégagé un petit peu toutes ces problématiques, vous poser une avant-dernière question. Définir des critères, alors bien sûr qu'on a la densité, ça je l'ai entendu plusieurs fois, mais des critères vraiment sur le mode d'exercice urbain, rural, après qu'on ait tous parlé, tous cogité, tous « mais oui moi aussi j'ai travaillé en urbain, habité ». Est-ce que vous pouvez m'aider à sortir des critères ?

Médecin 4b : Bah j'ai l'impression que le caractère omnipratique fait partie du caractère rural et semi-rural, c'est-à-dire que moi je sais que je l'ai fait pour ça mais je vois pas un médecin installé dans une zone que je définirais de rurale qui ne soit pas capable de faire de la pédiatrie, qui ne soit pas capable de faire de la suture, qui ne soit pas capable d'avoir un ECG, qui puisse l'interpréter ou en tout cas avoir un réseau qui puisse l'interpréter, c'est cette omnipratique. Faut être compétent, enfin il faut avoir des compétences dans tous ces domaines-là, pour moi ça fait partie des critères, ça veut pas dire qu'en urbain on peut pas le faire mais en rural ne pas être omnipraticien dans le sens faire tout, ça je n'imagine pas. Ça fait partie pour moi des critères de définition quand même. La ruralité ça n'empêche qu'on puisse être un omnipraticien, omnipotent en urbain probablement.

Médecin 2b : Oui, non, ça fait partie des critères médico-centrés, la première chose qui me vient à l'idée c'est les visites et lieux de vie des gens.

Médecin 3b : Et les métiers des personnes.

Médecin 7b : Oui, j'allais dire les métiers. Et le fait s'ils travaillent sur le lieu de vie ou s'ils travaillent loin.

Approbation 8b.

FR : Dans la patientèle, c'est un critère pour toi qui peut aider à définir le rural ou l'urbain ?

Médecin 7b : Ou semi-rural.

FR : L'activité, le mode de vie.

Médecin 7b : Pour le semi-rural je dirais plutôt qu'ils travaillent en ville et habitent à la campagne, ça serait ma définition du semi-rural et rural c'est qu'ils sont plutôt...

Approbation médecin 5b.

Médecin 8b : Ce n'est pas la même patientèle et leur demande n'est pas tout à fait la même non plus. Il y a quand même de grosses différences.

Médecin 6b : Donc c'est la définition de ce que nous on perçoit comme rural ? Ou c'est la définition de la pratique. D'accord.

FR : Des critères qui pourraient t'aider dans ta perception à toi.

Médecin 6b : Je pense que dans le rapport au patient, on en parlait au tout début. Bon dans le semi-rural on est effectivement confronté à des gens qui sont des citadins qui vivent en dehors de Bordeaux et il y a quand même des gens qui sont des vrais ruraux et je trouve quand même que leur rapport au médecin peut-être quand même un petit peu différent de ce que moi j'ai pu voir en ville ou de ce que je peux voir ici avec des patients « citadins ». Il y a une espèce de confiance accordée au médecin famille que je trouve surprenante moi qui suis habitué à vivre ou qui était habitué à vivre en ville que je n'avais pas ressentie. Ça existe probablement mais cet espèce de côté, du médecin famille de la campagne et puis après il y a quand même le cadre de vie, cadre de travail.

FR : Cadre de travail, visites à travers les champs et les regroupements que vous m'avez dit tout à l'heure, ça fait parti de ces critères ?

Médecin 5b : Oh oui je pense.

Médecin 6b : Le regroupement professionnel ?

FR : Oui.

Médecin 6b : Beh non, tu peux le faire en ville.

Médecin 5b : C'est pas forcément dans la définition de l'exercice rural, après c'est....

FR : Non mais comme on en a parlait, c'est pour ça, la permanence des soins...

Médecin 3b : C'est nécessaire.

Médecin 5b : Pour nous c'est nécessaire.

Médecin 3b : Mais est-ce que c'est une véritable différence ?

FR : Est-ce que tu le perçois toi en tant que tel ?

Médecin 3b : Moi je n'ai pas d'expérience à part pendant mes études ou pendant mes stages de médecine, SOS et des choses comme ça.

FR : La permanence des soins ça fait partie du...

Médecin 3b : En tout cas l'implication qu'on a sur notre territoire. La perception c'est surtout si j'organise, pas moi en tant que médecin rural l'accès aux soins premiers, mais aussi à des soins plus complexes et aux urgences, si je ne l'organise pas pour les patients du territoire, personne ne va le faire. Il n'y a pas d'autres structures pour le faire. Et donc

ça c'est une préoccupation, pas du quotidien mais presque, oui dans notre groupe on en discute, on se dit mais comment on va faire pour que ça soit mieux.

Après il y a un autre critère qui est hyper important c'est de savoir quand est-ce qu'on sème les radis, les salades (rires), les tomates, quand est-ce qu'on les plante !

FR : Quand est-ce qu'on les reçoit !

Médecin 3b : Et quelles variétés on plante dans son jardin et là si on ne sait pas ça je pense qu'on ne peut pas être médecin rural.

Médecin 5b : On se fait très vite repérer en tout cas.

Rires.

FR : Bon merci, c'est enregistré, tout sera retranscrit mot à mot de toute façon !

Médecin 4b : Mais au delà de la boutade, bon c'est peut être très personnel, mais c'est vrai que partir le matin pour aller embaucher, voir le soleil se lever sur les vignes et savoir quelle heure il est, quelle est la luminosité. Les rares fois où je passe 2 jours dans des villes, j'ai pas cette notion-là, ça c'est sûr. Donc bon est-ce que ça change la vue des gens, est-ce que c'est juste un ressenti personnel ?

Médecin 2b : Bah la proximité de la nature y fait quand même.

Médecin 6b : C'est un cadre de travail qui est superbe.

Médecin 4b : C'est sur !

Médecin 2b : Et encore on n'est pas à la montagne ou en bord de mer !

Médecin 4b : C'est juste le brouillard sur la Garonne.

Médecin 6b : Oui et puis même je pense parfois aux médecins ville qui doivent faire des visites à domicile, ça doit être l'enfer pour se garer.

Médecin 5b : C'est-à-dire que le concept de visite à domicile même géographiquement est très limité, c'est souvent des visites que tu peux faire à pied ou en vélo.

Médecin 8b : Il vaut mieux les faire à pied ou en vélo.

Médecin 3b : Ce que toi tu as du mal à faire rural.

Rires.

Médecin 3b : Alors je pars maintenant, je suis là dans 2h, j'aurai pas de bouchon mais j'y vais à pied.

FR : Puisqu'on avait des perceptions par rapport aux installations qui allaient du rural à l'urbain, est-ce que après cette discussion que vous avez croisé vos réflexions les uns avec les autres, est-ce que vos perceptions ont changé ? Est-ce que vous vous qualifiez toujours en rural, en urbain ou est-ce que finalement vous avez glissé vers l'un ou l'autre ou pas ?

Médecin 2b : Moi je reste en semi-rural mais peut-être plus dans l'idée que je fais et du rural et de l'urbain ce qui fait que je suis en semi-rural.

Médecin 7b : Oui tu es dans un mix mais en même temps tu habites à la campagne.

Médecin 2b : Voilà c'est plus dans l'idée que j'ai. Certaines choses pourraient presque me faire dire que c'est de l'urbain et puis tout une partie non c'est vraiment du rural.

Médecin 3b : Un petit peu la même chose. Je pense que la préoccupation de l'organisation de l'accès aux soins, c'est une préoccupation peut être rurale. C'est à dire dans ce sens qu'il n'y a pas d'autres structures à 10 km et par contre dans la relation patient, évidemment comme elle intègre sa dimension culturelle au patient, ben forcément elle sera rurale ou urbaine, entre les 2 il n'y a pas grand chose en fait. Et les patients ruraux véritablement avec un attachement particulier dans la relation médecin-patient mais aussi une culture rurale, ben j'en soigne presque plus, ils sont vieux, ils sont décédés.

FR : Plutôt toi ta perception.

Médecin 3b : Dans l'organisation du cabinet, c'est plutôt quelque chose de rural et dans ma pratique plutôt urbain et un petit peu rural encore.

Médecin 4b : Pas de changement sur ma perception du rural. Je vais avoir du mal à me retrouver urbain ou semi-rural, mais quand même dans la discussion cette notion que j'ai pas trop de patientèle à un esprit rural, c'est une prise de conscience un petit peu, peut-être parce que j'ai pas, enfin on en a peu de patient à esprit urbain, ce qu'on a c'est des parisiens qui viennent en vacances l'été et là on comprend la médecine urbaine.

Médecin 5b : Ben non je reste sur le semi-rural après je pense qu'il y a une notion territoriale mais aussi un peu temporelle. Les vrais ruraux se sont les anciens. Il y a peu de jeunes ruraux, les jeunes sont plutôt de culture urbaine et comme la ville glisse vers l'extérieur, on va aller sans doute vers un exercice plus urbain donc là actuellement c'est du semi-rural. On me repose la question dans 5 ans, peut-être que je vais vous répondre différemment.

Médecin 6b : Beh moi j'ai l'impression qu'on est dans le semi-rural, qu'on a vraiment un pied dans le rural mais que par contre on a une pratique qui est très urbaine. Urbaine, en tout cas qui est très différente du médecin en rural typique perçue. Très clairement nous on est à la charnière entre le médecin entièrement dévoué jour et nuit à ses patients et un mode de pratique de groupe, coordonné avec un dossier commun avec des médecins « interchangeables », ce que les patients ont enfin, ont eu énormément de mal à comprendre. Une pratique nouvelle alors est-ce qu'elle urbaine, je crois pas mais en tout cas une pratique très nouvelle de la médecine traditionnelle rurale. Dans le rural mais avec une pratique...

Médecin 7b : Néo rurale je dirais.

Rires.

Médecin 6b : Une pratique différente mais ça ne veut pas dire que cette pratique ne sera pas rurale dans 20 ans c'est simplement qu'elle est nouvelle.

FR : Néorurale, c'est ton dernier mot ?

Médecin 7b : Non, j'ai la même pratique que médecin 6, on a quand même encore des vieux agriculteurs, viticulteurs mais c'est effectivement des personnes âgées, attachées à toi, qui te mettent dans une relation que toi tu veux pas en fait.

Médecin 5b : Je vous ai appelé dimanche soir mais vous n'étiez pas là !

Médecin 7b : Donc c'est sûr qu'on a amené notre modernité. Alors est-ce qu'on peut parler de ce qui est moderne d'urbain je sais pas. Toi tu dis que c'est urbain mais je ne sais pas si c'est urbain en fait c'est la modernité, parce qu'on est jeune, on a une autre pratique, on a envie de travailler autrement mais je ne le relie pas au côté urbain. Pour moi ça n'a rien à voir.

Médecin 8b : Rural non, moi vraiment ça il n'y en a plus. Même mes patients âgés sont, ont été quand même là depuis assez peu de temps. Donc c'est vraiment beaucoup plus le village dortoir moi je trouve beaucoup plus. Donc on peut dire semi-rural mais pas rural ça s'est sûr.

FR : On en a fait changer une.

Merci.

Médecin 3b : Merci à vous.

Médecin 4b : Ca nous a permis de réfléchir sur nous même.

CC : Je vous distribue un questionnaire administratif à me compléter s'il vous plait.

7.8 Annexe 8: Focus groupe rural

Charlotte Coutrix (CC) : Je m'appelle Charlotte Coutrix et je fais ma thèse avec François Remark ici présent. On vous a réuni ce soir parce qu'on fait une thèse sur la perception de ruralité ou d'urbanité selon les médecins généralistes. On est parti du constat que sur beaucoup de travaux de thèse qui sont réalisés en médecine générale, on vous pose souvent la question de savoir si vous exercez en milieu rural, urbain ou semi-rural. Généralement les médecins généralistes cochent une case mais il y a rarement de définitions utilisées. Les quelques fois où une définition est utilisée, ce sont les définitions de l'INSEE et on se rend compte que ça ne colle pas trop. Souvent on constate qu'il y a des différences, d'où notre idée de thèse. C'est pour ça qu'on vous a réuni ce soir pour discuter de ce sujet-là, de votre perception vis-à-vis de votre lieu d'installation. Bien sûr tout sera anonyme pour la retranscription de ce que vous direz ce soir.

FR : Déjà pour commencer, j'aimerais bien qu'on fasse un tour de table justement comment vous vous définissez avant même d'avoir réfléchi, spontanément, si vous êtes ruraux, semi-ruraux ou urbains ?

Médecin 1c : Alors moi un critère auquel je pense c'est être proche d'un hôpital ou pas.

FR : On va faire un tour déjà, les critères j'en ai besoin après.

Médecin 1c : Oui oui oui, moi je me dis dans ma position je suis semi-rurale, même urbain, je suis à coté d'un hôpital.

FR : Donc toi semi-rural ou urbain.

Médecin 1c : Plutôt urbain.

Médecin 2c : Moi je suis rurale, pas de boulangerie dans le village.

Rires.

Médecin 8c : Un distributeur de pain ça compte ?

Médecin 2c : Voilà, 1700 habitants, rural avec la notion de territoire à « couvrir » et puis une histoire de densité.

Médecin 3c : Est-ce que vous pouvez reformuler la question. C'est l'idée qu'on se fait ?

FR : Oui, là spontanément sans y avoir réfléchi encore.

Médecin 3c : Moi je dirais rural.

Médecin 4c : Moi spontanément je dis rural quand on pose des questions de thèses. Donc voilà dit comme ça sans y réfléchir je dis rural.

Médecin 5c : Moi je dis rural parce que j'ai toujours mis rural après je dirais que c'est aussi en fonction de la population, des corps de métiers, on a beaucoup d'agriculteurs ici, puis pour faire les visites, je suis obligée de prendre ma voiture.

Médecin 6c : Moi spontanément semi-rural, ce qui m'orienterait c'est la densité d'habitants. Après c'est vrai que la médecine du second recours peut être. Moi j'ai quand même un hôpital mais pour moi c'est du semi-rural quand même.

Médecin 7c : Rural, je justifie ?

FR : Tu n'es pas obligé.

Médecin 7c : C'est ce que je mets.

Médecin 8c : Rural aussi, pour toutes les raisons qui ont déjà été dites, on est loin du SAMU, le SMUR met plus de 35 min avant d'arriver, voilà.

FR : D'accord, donc vous m'avez déjà, j'ai entendu au moins 3 fois la notion de densité, de déplacement pour les visites, de proximité de l'hôpital, du SMUR. La densité c'est vraiment la chose la plus importante ? C'est ce que j'ai entendu le plus pour le moment.

Médecin 6c : Moi je pense semi-rural, la densité, moi j'ai un SMUR mais je ne me vois pas être en ville parce que j'ai un SMUR. Pour moi la commune 10 c'est pas urbain.

Médecin 8c : Vu depuis la commune 8, c'est urbain !

Rires.

Médecin 4c : Parce que même en terme de densité, vous êtes combienième ville du Lot-et-Garonne ?

Médecin 2c : Vous êtes 4^{ème}.

Médecin 6c : Non, Agen, Marmande, Villeneuve, Le Passage je crois que c'est la deuxième ville du Lot-et-Garonne je crois.

Médecin 3c : Non mais Le Passage, il n'y a rien.

Médecin 6c : On est une sous-préfecture, qui est fermée d'ailleurs donc on est devenu ruraux.

Rires.

Médecin 5c : Après dans les questionnaires, est-ce qu'on s'est posé la question pourquoi on demande aux médecins pourquoi, dans quelle zone ils sont. Quelle est la conséquence ?

FR : Ca c'est pour les données des thèses, d'épidémio, de tableau croisé, etc, etc... Mais justement, là c'est une autre thèse.

Médecin 4c : Spontanément, moi je dirais la densité, c'est comme ça qu'on dit rural mais c'est vrai d'avoir le sujet et de ce dire tiens mais cette histoire d'hôpital, de SMUR, ça me parle assez. Je trouve que ça participe à notre idée de ruralité et ce que tu disais les patients. La patientèle, je trouve que c'est un bon critère parce que je trouve qu'on a vraiment...

Médecin 5c : Qui sont agriculteurs.

Médecin 4c : La MSA.

Médecin 8c : Population agricole beaucoup.

Médecin 4c : Oui voilà.

FR : La patientèle c'est un critère pour vous.

Médecin 5c : Peut-être le prix des loyers aussi.

Médecin 8c : Puis l'hôpital.

Médecin 5c : Les loyers sont bas.

Médecin 1c : L'hôpital moi je me dis si je suis en ville, dans une grande ville j'aurais pas mieux que si je suis à Agen, enfin c'est sûr que les services c'est pas la même, il y a peut-être des plus grands services. Mais les premiers services j'aurais les mêmes. Si j'appelle le SMUR, je suis en ville, ça sera le SMUR de la ville, bon là c'est le SMUR d'Agen, c'est pareil.

C'est pour ça que moi je me dis, je suis juste à côté d'Agen, je me dis je suis presque en ville.

FR : Alors peut être pas forcément le SMUR mais peut-être la notion d'assurer vous même vos urgences ?

Médecin 7c : C'est ce que j'allais dire.

Médecin 1c : Moi je n'assume pas toutes les urgences.

Médecin 7c : Les urgences, les consultations, je verrais plus facilement une douleur thoracique, des plaies en rural qu'en urbain ou je pense pas qu'ils voient forcément.

Médecin 1c : Ouais mais moi voilà, des douleurs thoraciques, si les gens, à part s'ils m'appellent parce qu'ils n'ont appelé personne. Chez nous ils ont plutôt tendance à faire le 15. Douleur thoracique ils font le 15. Ici, peut-être que s'ils ont une douleur thoracique ils appellent le médecin.

Médecin 4c : Non, je pense que c'est une question d'éducation.

Médecin 1c : Oui peut être aussi.

Médecin 7c : Enfin moi j'ai cette impression que les plaies par exemple ils iraient plus facilement vers nous que d'aller direct à l'hosto. Parce que j'en fais quelques-unes. Peut-être ces motifs d'urgences qu'on verrait plus dans le ruralité qu'en urbanité.

Médecin 6c : Bah le problème, ça serait de définir ce qu'est le semi-rural. Moi je ne fais pas de plaies, je ne fais pas de douleurs thoraciques et je ne suis pas urbain, enfin je ne le ressens pas comme urbain. Alors moi j'ai fait des remplacements partout et pour moi à chaque fois le rural c'est vraiment, t'es dans la rue.

Rires.

Médecin 6c : Enfin t'as personne, t'as rien pour manger, t'as pas de restaurant, il n'y a pas d'habitants. Tu fais beaucoup de voiture.

Médecin 2c : Moi je définis quand même plutôt ça de façon géographique plutôt que par rapport au patient. A la base spontanément moi c'est ce qu'il me vient en premier. Pour moi la ville c'est Bordeaux, le semi-rural c'est la couronne autour on n'a plus le tramway et bus et puis après.

Médecin 1c : Oulala.

Médecin 2c : Enfin je ne sais pas pour moi géographiquement c'était fait comme ça.

Médecin 1c : C'est sévère parce que du coup tu passes Bordeaux c'est la ville.

Médecin 5c : Après est-ce que c'est péjoratif pour toi ?

Médecin 1c : Non mais...

Médecin 2c : Dans le Lot-et-Garonne, Agen c'est la ville, le semi-rural c'est autour, Boé.

Médecin 5c : Le Passage, c'est urbain encore.

Médecin 2c : Donc après la petite couronne autour, après je sais pas trop quoi dire mais après, dès qu'on est dans les vaches ou les maïs on est dans la campagne. Mais pour moi c'est géographique, c'est pas tellement les habitants et les patients qu'on y rencontre, pour moi ça ne change rien.

Médecin 4c : Et tu n'a pas l'impression qu'il y a des patients qui changent ? Parce que moi j'ai l'impression que quand même on a plus de patients qui sont agriculteurs, enfin moi j'en sais rien.

Médecin 1c : Ah non nous on a moins de, on en a moins, moi c'est des gens qui travaillent à Agen.

Médecin 5c : Non nous on a beaucoup de gens qui sont à la MSA, la moyenne ça doit être 80-20.

Médecin 1c : Ah oui, non moi c'est la CPAM.

Médecin 7c : Oui après c'est corrélé à la géographie.

Médecin 1c : Oui.

FR : Du coup par rapport aux patientèles, vous avez l'impression d'être, de faire de plus gros horaires, de faire plus de visites, de faire plus de distance ?

Médecin 1c : Plus de visites à mon avis non, c'est peut-être la façon dont on le décide.

Médecin 7c : Pour avoir remplacé en ville aussi, après ça fait quelques années peut-être que j'ai changé ma pratique mais j'ai quand même l'impression qu'il y a moins de demandes de visite.

Médecin 5c : Oui parce que les médecins ont changé. Moi quand je me suis installé, c'était 50-50, c'est-à-dire que le médecin que je remplaçais, le matin elle consultait, l'après-midi elle était en visite donc j'ai été obligé de faire des visites toute l'après-midi et là je dois être à 90-10.

Médecin 7c : Après comme disait 1c c'est une question d'éducation.

Médecin 5c : Ah beh oui, faut éduquer.

Médecin 7c : Peut-être qu'en rural, ils ont peut-être justement plus eu l'habitude de la visite qu'en rural tu t'es pas trompée ?

Médecin 4c : Oui mais moi j'ai remplacé à Bordeaux et je me souviens que les visites c'était pire parce que là tu tapais les visites en plein embouteillages et ça prenait plus de temps. C'était pareil il y avait des vieux médecins qu'on remplaçait qui allaient faire des visites quand on était à l'autre bout de Bordeaux, ils allaient faire des visites à l'autre bout de Bordeaux.

Médecin 5c : Oui en parlant de ça, moi j'allais voir les enfants pour une petite angine, etc... à domicile. Ca fait au moins 5 ans ou 6 que j'ai pas vu un enfant à domicile.

Médecin 1c : Oui ça moi aussi je refuse.

FR et Médecin 4c : Donc ça montre bien que ce n'est pas un critère.

Médecin 4c : C'est effectivement pas un très bon critère parce que...

Médecin 6c : Est-ce que la définition elle est la même selon les professions, pour un banquier, le banquier de la commune 10 il pense qu'il est en semi-rural.

FR : On ne s'est pas penché sur les banquiers.

Médecin 6c : Non, non, mais est-ce qu'il y a une définition commune ?

FR : C'est l'INSEE mais qui est vraiment très administrative comme définition mais c'est la seule officielle.

Et du coup vous êtes installé seul, en groupe ? Pour gérer les gardes, vous avez des gardes ou c'est le 15 ?

Médecin 7c : Il y a des secteurs de garde, on est tous sectorisés, et là dans notre secteur on est 10.

Médecin 4c : Elles sont gérées par le 15.

Médecin 1c : Ouais voilà.

Médecin 4c : C'est géré par le 15, mais en fonction du secteur, on est au nombre de médecins qu'il y a sur le secteur.

FR : Et le soir, vous êtes tranquilles, à 19h vous êtes...

Médecin 4c : 00h !

Médecin 1c : Oui eux ! A Agen, on est toujours appelé.

Médecin 6c : Oui mais c'est parce que c'est la population.

Médecin 1c : Oui voilà.

Médecin 7c : Oui mais vous finissez à 20h quand même.

Médecin 5c : A 00h.

Médecin 1c : Ah oui oui, oui on finit à minuit.

Médecin 8c : Oui donc les gardes sont plus tranquilles en rural qu'en urbain.

Médecin 6c : Oui mais parce que les patients ils sont mieux éduqués je pense.

Médecin 1c : Oui non peut-être pas, après en ville c'est vrai qu'il leur faut du tac au tac le médecin.

Médecin 5c : Surtout la population qui appelle le soir c'est en ville.

Médecin 1c : C'est parce que moi par exemple, 20H01, ils ont pas vu leur médecin, leur médecin n'est pas là, ça fait 3 jours qu'il est en vacances, ils appellent tout le monde et personne ne veut venir voir.

Médecin 5c : Et pour ces gens-là tu te déplaces ?

Médecin 1c : Et beh, ils attendent qu'il soit 20h pour me les passer tout simplement.

Médecin 8c : Mais nous en fait, ils ne nous en envoient pas tellement en fait. Le 15 gère directement par téléphone mais ils n'envoient pas le médecin.

Médecin 1c : Ouais beh là ils nous appellent. Quand c'est le dimanche matin c'est pareil, ils ont fait attendre toute la nuit et quand ça commence pouf ils nous appellent.

Médecin 5c : Oui mais c'est parce qu'il doit y avoir une quantité de patients qui doit être énorme.

FR : Et donc les gardes, les horaires que vous pouvez faire en fonction de savoir si la garde va être prise ou tout ça, c'est l'éducation de la patientèle ? Que vous soyez en ville, à Bordeaux, ici, vous n'avez pas l'impression que ça soit différent ?

Médecin 3c : Pour les visites.

Médecin 6c : La population est la même.

Médecin 4c : Après à Bordeaux, il y a SOS médecins, qu'il n'y a pas à Agen, donc on n'a pas ça. Par contre quand je remplaçais à Bordeaux, ça c'est que même quand on veut, à 10h, la garde se finissait à 10h donc si on peut pas ou qu'on a trop de trucs beh ils envoyaient SOS médecins.

Médecin 5c : Mais c'est difficile de comparer le rural et l'urbain. Toi quand tu remplaces sur Agen, tu as un pool de 40000 personnes. Nous on a un pool de 5-6000 donc c'est normal que tu vois plus de monde. Il n'y a qu'un médecin pour tout le secteur.

Médecin 1c : Des fois oui.

Médecin 8c : Non mais il n'y en a pas un qui fait les visites ?

Médecin 1c : Non ça c'est le weekend, le soir tu es seul. Un soir j'ai failli dire, non mais c'est pas moi qui fais les visites.

Médecin 5c : Tu as un médecin pour 40000 personnes donc c'est normal que tu sois...

Médecin 1c : Oui que tu sois sorti.

Médecin 4c : Oui je pense que c'est ça.

Médecin 1c : Après la différence c'est que nous on a beaucoup moins de gardes qu'ici. Donc du coup en rural, vous êtes de garde toutes les....

Médecin 6c : Toutes les souvent.

Médecin 1c : Une semaine toutes les...

Médecin 6c : Cinq semaines par an.

Médecin 1c : Donc toutes les 8 semaines. Alors que nous on est de garde...

Médecin 6c : Ne le dis pas !

Rires.

Médecin 1c : Non voilà. Et encore si on arrive à refiler la garde, on a encore moins de garde !

Médecin 5c : C'est un problème pour recruter les médecins en rural.

Médecin 1c : On sait que quand on va être de garde, on va être appelé mais après c'est quand même assez tranquille.

Médecin 6c : Et je voulais dire que la régulation est la même. Parce que celui qui te régule à toi, c'est celui qui me régule à moi aussi. Donc en fait le nombre vient du fait que vous êtes plus nombreux. La façon de réguler, si toi il t'appelle pour un gamin qui a de la fièvre, nous ils ne nous appellent pas non plus, toi non plus. Ils vont pas te le passer plus parce que tu es à Agen et moins parce que tu es en rural.

FR : Le bassin de population fait.

Médecin 5c : Et alors tu fais quoi, 2 gardes par an ? 3 ?

Médecin 1c : Bah je ne sais pas, là ça fait un bail que j'en ai pas fait. Bah non mais j'étais enceinte.

Médecin 6c : Bah c'est évident que moi aussi je préférerais passer une journée à pas dormir.

Médecin 1c : Bah c'est pour ça que j'ai pas fait des gardes.

FR : Et est-ce, toi tu en avais parlé au début. Le fait d'avoir un centre hospitalier ou même des spécialistes, voire des paramédicaux comme une sage femme en plus ou en moins ça vous parle ? D'avoir l'accès facile ou pas ?

Médecin 4c : Le truc c'est pas forcément encore une fois le truc de la ruralité ou l'urbanité parce que nous on envoie à Agen, mais c'est pas simple parce qu'il y a des délais très longs, alors qu'Agen c'est la ville. J'imagine qu'à Bordeaux, on a moins de mal à voir un cardiologue, alors que là si on veut voir un cardiologue vite c'est 5 mois 6 mois alors qu'à Bordeaux j'imagine que c'est pas ça. Mais là plutôt c'est l'idée de la mégapole comme Bordeaux contre des territoires plus ruraux.

Médecin 1c : En fait je pensais pas aux consultations, je pensais si tu as besoin en urgence, tu te sens plus en ville, parce que tu peux dire bon ben.

Médecin 4c : Mmmm oui c'est plus simple.

Médecin 1c : C'est vrai que les rdv...

Médecin 4c : C'est sûr que nous si on veut envoyer quelqu'un aux urgences, la question qu'on se pose c'est la distance, on se dit, il va se taper 40 min de route.

Médecin 1c : Vous essayez de gérer avant de l'envoyer alors que moi, ils vont pas bien, je...

Médecin 8c : Oui c'est toujours le transfert comment on fait, est-ce qu'on appelle l'ambulance, est ce qu'on passe par le 15.

Approbation.

Médecin 1c : Oui alors que moi, il y en a pour 5 min donc que...même des fois je me dis, il y a intérêt à ce que le patient il y aille de lui-même ça va plus vite que...

Médecin 4c : Ouais c'est ça.

Médecin 8c : Et ça, on a l'impression qu'ils ne se rendent pas bien compte de la distance.

FR : Vous avez l'impression de gérer plus d'urgence du coup ?

Médecin 4c : Je dirais pas forcément urgences mais en tout cas pour un enfant par exemple qui a un point à faire, ça c'est sûr qu'on l'enverra jamais aux urgences pour ça.

Médecin 3c : Euh ouais enfin si

Médecin 1c : Alors que moi, 1 point à faire chez un enfant, j'envoie facilement aux urgences.

Médecin 2c : Ah oui moi aussi je l'envoie.

Médecin 1c : Parce que je sais que là-bas il va y avoir...

Médecin 4c : Sur le visage d'accord.

Médecin 3c : Ca dépend de l'enfant, si c'est un enfant qui est terrorisé.

Médecin 4c : Oui non mais spontanément tu as ça au téléphone, moi je leur dis venez. Après si je vois que ce n'est pas faisable je ne le fais pas mais je ne leur dirais pas spontanément d'aller aux urgences si c'est un petit truc.

Médecin 1c : Par contre un adulte, je ne l'envoie pas aux urgences, mais un enfant, je l'envoie assez facilement, je sais qu'il va y avoir le MEOPA, je sais qu'il va y avoir pour le tenir.

Médecin 8c : Et des fois non, tu les envoies ils ont pas le MEOPA donc tu te dis que bon...

Médecin 1c : Oui mais ils sont plusieurs pour le rassurer, quand tu es toute seule, que t'as la mère qui panique et que...

Médecin 8c : Le fait d'être en maison de santé justement, on se dit qu'on sera pas tout seul. Ca n'arrive pas tout le temps et à ce moment-là, on peut demander à l'infirmière.

Médecin 1c : Oui tu peux appeler quelqu'un pour t'aider.

FR dubitatif.

Médecin 6c : Par rapport au côté semi-rural, rural ou urbain, le point, toi tu vas faire un point à un adulte ?

Médecin 1c : Non mais là c'est par ce qu'ils me disent qu'ils n'ont pas envie d'attendre 3h aux urgences pour ça, donc je le fais.

Médecin 6c : Le coté rural ou pas, pour moi ça n'y change rien. Si j'ai le temps je le fais, si j'ai pas le temps je ne le fais pas.

Médecin 1c : Mmmm.

Médecin 5c : Oui mais tu as le choix, nous on n'a pas le choix.

Médecin 1c : Ouais moi je prends le temps.

Médecin 8c : Oui moi aussi je décale un peu ou je lui dis « attendez 5 min ».

Médecin 2c : Soit tu as le temps et tu le fais, soit tu n'as pas le temps et le patient il fait 45 minutes de route.

Médecin 5c : D'ailleurs moi j'ai un patient qui était aux urgences, où il y avait 3h d'attente, qui a rappliqué au cabinet pour se faire faire les points.

Médecin 8c : Tu dis ça mais ce n'est pas vrai.

Médecin 5c : Si si.

FR : On parlait de l'exemple des points, mais est-ce que vous avez aussi peut-être par rapport à des pathologies que vous traiteriez plus en ruralité ou des gestes que vous feriez plus en ruralité versus urbanité ?

Médecin 3c : Beh oui je pense qu'il y a des choses qu'on fait plus en ruralité.

Médecin 8c : Un exemple...

Médecin 6c : Oui beh c'est par le manque de spécialité, on peut faire une infiltration, on peut commencer le traitement.

Médecin 8c : Ah beh moi ça je fais pas.

Médecin 6c : Le traitement d'une phlébite.

Médecin 1c : Moi infiltration, je fais pas parce que je sais pas faire et je pense qu'on est beaucoup de médecins jeunes à pas faire ça.

Médecin 8c : On nous a tellement fait flipper avec ça.

Médecin 1c : On ne nous apprend pas.

Médecin 8c : Oui enfin je pense que 5c pourrait nous apprendre.

Médecin 1c : Oui non mais d'accord mais dans nos études...

Médecin 8c : On a pas envie !

Médecin 1c : Oui bon ça ne nous attire pas beaucoup.

Médecin 5c : Oui mais bon par exemple tu peux commencer un traitement pour une phlébite parce que tu ne peux pas avoir le doppler tout de suite.

Médecin 1c : Oui mais ça nous on le fait aussi, enfin je suis obligé de commencer à anticoaguler.

Médecin 4c : Moi je trouvais que l'accès aux spécialistes était différent, parce qu'à Bordeaux, c'était un ou deux médecins que j'ai remplacé donc c'était dur à dire mais y'a des gens qui venait voir ce médecin-là uniquement pour avoir un courrier, donc ils venaient me voir, ah beh je viens pour un courrier. Alors que là ça n'arrive jamais, dans la tête des gens ça ne leur viendrait pas à l'idée de venir pour une consultation pour demander un courrier. Ils me disent je voudrais voir un dermato, ben venez me voir et on verra ensemble.

Médecin 6c : Mais c'est parce que dans l'urbanité il y a une pléthore de spécialistes. A Agen, le dermatologue tu ne l'as pas plus vite que nous ?

Médecin 1c : Non ! Que si j'appelle la secrétaire que je connais.

Médecin 5c : Après ce qui a beaucoup changé, c'est le fait d'avoir un médecin traitant. Ca ça a beaucoup changé, parce que je pense que même en rural, les patients ils allaient souvent voir directement les spécialistes. Alors que là ils y vont moins directement.

Médecin 4c : Moi je trouve qu'en parlant là, il y a quand même 2 trucs, il y a les grandes villes où il y a les spécialistes etc... et les villes comme Agen qui ne changent pas grand chose par rapport, sauf sur des critères

Médecin 6c : Ouais alors on est urbain par rapport à un autre et rural par rapport à un autre.

Médecin 8c : On est toujours l'urbain de quelqu'un !

Médecin 4c : Il y a une pratique différente quand on exerce sur Bordeaux, alors que sur Agen, j'ai l'impression que les médecins que je connais, pratiquent comme nous quand même.

Médecin 1c : Tu es sur Agen et tu pratiques comme nous.

Médecin 1c : Ouais.

Médecin 4c : Dans les groupes de pairs, il n'y a pas une fois ou médecin 1c nous apporte un truc complètement différent, qui n'a rien avoir avec nos pratiques, alors que j'imagine que sur Bordeaux ça peut être vu.

FR : Est-ce qu'en dehors du fait de la médecine directement, vous avez l'impression que vous êtes plus impliqué dans vos communes, dans vos villes ?

Médecin 8c : Clairement, c'est le fait d'habiter à l'endroit où l'on travaille ça c'est sûr, qu'on aille faire ses courses, qu'on aille déposer ses enfants à l'école, qu'on fasse un tour. On est dans la vie du village, donc les gens ils discutent de nous, ils parlent de nous.

Médecin 4c : Quand tu vas faire tes courses et que tu veux faire vite, l'autre jour je suis rentrée, et j'ai dit à 8c, j'ai l'impression de faire ma campagne électorale, j'ai serré 15 mains.

Rires.

Médecin 5c : Je ne vais plus à Intermarché !

Médecin 1c : Je vais au drive moi !

Médecin 8c : Et tu n'amènes plus tes enfants à l'école.

Médecin 1c : Ouais mais ça, c'est pareil, je le vis pareil.

Médecin 8c : Oui mais voilà, c'est ça ce que je dis, c'est pas le fait d'être à la campagne. Si tu vis dans un quartier en ville où je ne sais pas, un quartier où tu as tes enfants, où tu travailles ça donne la même chose que dans un village, la même chose que nous.

Médecin 1c : J'étais à Castorama là, je voyais qu'il y avait ma patiente là, j'étais avec mes deux gamins, je voyais ma patiente là qui faisait que me regarder.

Médecin 8c : Là c'est vrai qu'on est...

Médecin 6c : En fait tu exerces dans un trou perdu, tu croyais que tu étais urbaine mais en fait pas du tout !

Rires.

Médecin 1c : Oui, non mais voilà tu te dis, Agen quand même c'est grand, tu ne vas pas rencontrer ! Mais non, à chaque fois que je sors je rencontre quelqu'un que je connais !?

Rires.

Médecin 5c : J'ai rencontré 10 patients à moi au cinéma !

Médecin 8c : Et aux toilettes, j'ai croisé un patient aussi mais il ne m'a pas vu.

Médecin 6c : Faites attention quand vous allez y aller avec vos maitresses et vos amants !

Médecin 5c : Non mais ça c'est interdit !

Médecin 8c : On n'en est pas encore là.

Médecin 5c : Combien de fois tu vas divorcer ? Moi j'ai divorcé 3 ou 4 fois.

Médecin 8c : Ah beh Médecin 4c quand il était malade, il était parti avec une autre. Les patients lui ont dit.

FR : Est-ce que vous avez l'impression justement, tu ne vas plus à Intermarché, tu fais une campagne électorale, est-ce qu'il y a une proximité peut-être plus importante avec votre patientèle ? Une relation médecin-patient ? Ou toi plus de consommation ?

Médecin 8c : Prend toi ça !

Médecin 1c : Non je réfléchis là.

FR : Est-ce que le patient consomme plus le médecin ailleurs ? Tu disais tout à l'heure, ils veulent la consultation tout de suite.

Médecin 1c : Des fois, j'ai l'impression. Après, c'est pas tous les patients, il y en a c'est tout le temps, c'est pour rien et après du coup on est moins attentif, ils ne s'en rendent pas compte mais...

Médecin 5c : Moi je suis né ici, j'ai joué 20 ans au rugby au village, donc la proximité, moi je suis tout le monde me connaît que ce soit des patients à moi ou pas c'est pareil donc la proximité, tout ce que tu fais c'est épié. Tu te prends une caisse, le lendemain, tout le village dit il est rentré...

Médecin 5c : Le bal des pompiers, c'est tous mes potes donc voilà quoi tu bois 4-5 bières, le lendemain tout le monde le sait !

Rires.

Médecin 6c : En ville, tu es rarement payé avec un poulet ou tu as rarement un quart de chevreuil en voiture chez toi, c'est rare en ville.

Médecin 8c : On n'a pas le quart de chevreuil.

Rires.

Médecin 4c : Et inversement, nous on est exposé mais c'est un peu particulier, c'est peut-être pas la ruralité, mais avec des patients qu'on connaît qui sont les parents des amis de nos enfants, etc..., ça induit forcément dans la relation médecin-patient. On les connaît.

Médecin 8c : Sans les connaître en même temps.

Médecin 4c : Voilà.

Médecin 8c : Des fois c'est un peu gênant ouais.

Médecin 4c : Comme on croise des gens à la sortie de l'école, voilà mais là ce sont nos patients, on les a vu amener leur enfant à l'école et 1h plus tard, ils se déshabillent devant nous, c'est un truc un peu bizarre quoi. Et peut être que ça peut être le cas en ville aussi quand on est dans un quartier et qu'on vit dans un quartier. J'imagine que c'est le fait d'exercer dans l'endroit où on vit. Je ne sais pas si c'est si spécifique.

Médecin 6c : Après tu peux mettre tes enfants dans une école dans un village ailleurs.

Médecin 4c : Oui mais c'est ça. Si X avait été là, elle aurait pu parler de ça parce que effectivement elle n'habite pas dans le village où elle travaille.

Médecin 6c : Mais moi je travaille à Nérac mais mes enfants sont à Feugarolles.

Médecin 8c : Ah ben voilà.

Médecin 5c : L'histoire de quand on s'installe.

Rires.

Médecin 4c : Tu veux dire tes petits-enfants.

Médecin 5c : Je trouvais indispensable quand je me suis installée d'habiter dans le village parce que je me disais si je suis appelée, il n'y avait pas le système du 15, donc je me disais il faut que je sois à 2-3 min du cabinet, je disais ça. Alors que maintenant les jeunes qui s'installent, je pense qu'un médecin peut habiter à Agen et prendre des gardes, je pense que ça doit être faisable actuellement. Alors que pour moi c'était inenvisageable il y a 15 ans. Inenvisageable alors que maintenant je pense qu'on peut ne pas habiter dans le village. Après en rural ça doit être moins bien perçu qu'en ville où ils s'en foutent les gens, ils ne savent pas où vous habitez. Alors qu'ici tout le monde sait où on habite.

Médecin 8c : Oui mais en même temps, les gens ils savent mais ce n'est pas pour ça qu'ils viennent.

Médecin 5c : Ah oui oui, non non non.

Médecin 8c : Enfin je veux dire, ils passent leur temps à dire que des choses négatives.

FR : Est-ce qu'il y a d'autres critères ?

Médecin 6c : Il y a un mode de fonctionnement qui commence à se ressembler en campagne, on faisait très peu de consultations sur RDV, on faisait beaucoup de consultations libres alors qu'en ville, la consultation est beaucoup plus sur RV, enfin maintenant toi t'es que sur RDV ?

Médecin 1c : Oui mais les anciens médecins, beaucoup étaient sans RDV.

Médecin 6c : Sur Agen ?

Médecin 1c : Beh au Passage, ils étaient sans RDV, Y à coté de moi il était sans RDV.

Médecin 6c : J'ai l'impression qu'en ville ils sont beaucoup plus sur RDV.

Médecin 1c : Moi j'ai pas l'impression que c'est le lieu où l'on travaille, j'ai plutôt l'impression que c'est les générations.

FR : Vous êtes en direct, tu as un secrétariat ?

Médecin 1c : Oui un secrétariat à distance.

FR : Pas sur place ?

Médecin 1c : Non pas sur place, mais on a tous la même chose, on a tous le même secrétariat.

Médecin 5c : Il y a la différence aussi entre la ville et la campagne, c'est quand même, quand je me suis installé, je pouvais voir jusqu'à 45-50 patients par jour, en ville je pense pas qu'ils fassent ça.

Médecin 1c : Pas d'accord parce que je pense que si, médecin Y à côté il en voyait énormément.

Médecin 5c : Ouais mais il est pas en ville

Médecin 1c : Bah...

Médecin 5c : La commune 12 c'était pas la ville, il y a 20ans de ça, la commune 12 c'était pas la ville.

Médecin 8c : Retournes-y maintenant.

Médecin 5c : Maintenant, oui c'est la banlieue, maintenant ça a bien changé.

Médecin 4c : Il y en a dont vous parliez, qui était dans votre promo.

Médecin 8c : Mr B ?

Médecin 4c : Non un type de votre promo, qui s'est installé, celui qui a remplacé un type sur Agen qui voyait 70 patients par jour.

Médecin 6c : Moi je l'ai remplacé donc...

Médecin 8c : Ah beh vas-y

Médecin 6c : Non non, je ne veux pas en dire du mal, je dis non mais il était en pleine ville et c'était ça les actes.

Médecin 1c : Le fait d'être en pleine ville, je pense que c'est ça, ils manquent.

Médecin 6c : Je dis ça c'était il y a 25 ans.

Médecin 8c : Mais ça continuait, c'était toujours pareil. Dr B qui l'a remplacé il n'y a pas longtemps faisait 35 le matin, 35 l'après-midi.

Médecin 5c : Pas possible.

Médecin 8c : Bah je suis d'accord.

Médecin 5c : C'est impossible.

Médecin 5c : Le maximum que j'ai vu moi, c'est 63 patients, je m'en rappellerai toute ma vie donc en période de grippe. Et le soir, je me suis dit, demain si c'est comme ça, j'arrête. J'avais plus envie de travailler. J'avais commencé à 7h, j'avais fini à 22H30, tout le monde avait 40. C'était au début quand je me suis installé.

FR : J'aimerais maintenant qu'on refasse...

Médecin 6c : J'ai vu une dame, elle s'est déshabillée, elle est allée se peser, elle m'a fait le chèque, elle est partie.

Médecin 5c : Et elle avait pris du poids ?

Rires.

FR : Maintenant qu'on discute depuis 30min, j'aimerais bien, qu'on a abordé plein de sujets, vous n'êtes plus totalement vierges par rapport à tout à l'heure sur ce sujet-là. Selon vous, s'il y a des critères à faire ressortir, à vous de me les donner maintenant. Des critères qui feront pencher la balance.

Médecin 5c : Moi je dirais la densité, ce que je disais au début, ensuite le type de population.

Médecin 1c : Oui l'activité de la population.

Médecin 5c : Oui leur métier.

Médecin 4c : La proximité d'un service d'urgences, peut-être de l'hôpital mais surtout d'un service d'urgences.

Approbation globale.

Médecin 3c : Moi, c'est surtout la densité.

Médecin 5c : On a parlé des gardes, nombre de gardes peut être.

FR : C'est surtout ça les critères que vous retenez.

Médecin 6c : Moi service d'urgences, c'est pas trop.

Médecin 4c : Oui non, mais dans ces cas-là tu serais pas dans la ruralité, là on compare la ruralité et l'urbanité.

Médecin 6c : Donc là on est dans la ruralité et le reste.

Médecin 4c : Oui.

FR : Donc maintenant dernière question, maintenant qu'on a essayé de définir tous ces critères, qu'on a un peu remué tout ça, est-ce que vous avez changé ? Selon ces critères qu'on a balayé depuis tout à l'heure.

Médecin 1c : Est-ce que je veux changer mon cabinet de place ? Euh non.

FR : Donc tu es toujours urbaine.

Médecin 1c : Oui.

Médecin 2c : Oui, mais je n'étais pas à la frontière du tout donc euh. Je ne vois pas de qui je pourrais être la ville en fait !

Rires.

Médecin 4c : Si toi tu es urbain, le problème ne se pose même plus !

Médecin 8c : Non mais attends, tu rigoles mais le SMUR il arrive beaucoup plus vite à la commune 9 comme c'est celui de Nérac que nous !

Médecin 4c : Oui, oui.

Médecin 8c : Vous, c'est à 20 min alors que nous c'est 35 voir 40. C'est tellement loin qu'ils ont le temps...

Médecin 4c : Tu vois ça montre que ce n'est pas un critère recevable ! 2, on ne l'imaginerait jamais dire que c'est urbain.

Médecin 1c : Mais c'est parce qu'il n'y a pas qu'un critère.

Médecin 4c : Oui voilà.

Médecin 3c : Moi toujours rural, pour moi c'est village.

Médecin 4c : Moi aussi c'est rural.

Médecin 5c : Moi aussi.

Médecin 6c : Je reste semi-rural.

Médecin 7c : Moi c'est sûr c'est rural.

Médecin 8c : Oui non, mais il est près de la ville aussi quand même, pour y avoir remplacé, même la population, tu as plein de gens d'Agen qui viennent. Je me sentais beaucoup moins à la campagne chez toi qu'ici.

Médecin 8c : Rural.

Médecin 6c : Donc c'est la population qui est un critère.

Médecin 8c : Parce qu'à la fois tu as des agriculteurs quand même, mais tu as aussi beaucoup de gens de la ville d'Agen qui habitent là-bas.

Médecin 7c : Moi je me suis greffée à ma collègue et donc elle draine aussi une certaine population qui vient de loin.

Médecin 1c : Ah oui de part son activité ?

Médecin 6c : Elle est homéopathe.

Médecin 7c : Moi je vois moins ces patients.

Médecin 1c : Surtout que des homéopathes sur Agen, il y'en a plein qui partent à la retraite.

FR : Merci pour cette collaboration.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME en français :

Introduction: Peu de thèses définissent le milieu d'exercice des médecins généralistes interrogés. Ces milieux sont implicitement déterminés par la perception des médecins. L'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) définit une commune rurale comme une commune n'appartenant pas à une unité urbaine. L'INSEE propose d'autres définitions comme la définition de rural dans les travaux sur les bassins de vie en se basant sur des critères européens.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer des critères pour définir une pratique rurale ou urbaine selon la perception de médecins généralistes d'Aquitaine. Secondairement, de comparer les données de l'INSEE avec les perceptions des médecins interrogés, définir le milieu semi-rural et créer un outil d'aide à la détermination du milieu d'exercice des médecins généralistes.

Matériel et Méthode: Nous avons réalisé une étude qualitative par focus groupe et analysé des données par le logiciel NVivo®. Les 3 focus groupes avaient été réalisés en milieu rural, semi-rural et urbain entre Février et Mars 2017.

Résultats: Nous avons atteint la saturation des données. La perception des médecins interrogés permettait de définir leur type de pratique selon les critères suivants: distance des urgences, activité plus ou moins élargie à tous les aspects des soins premiers, densité de population, typologie du territoire, catégorie socio-professionnelle des patients facilement déterminée par l'appartenance aux différentes caisses principales de sécurité sociale. Il y avait plusieurs discordances entre les perceptions des médecins quant à leur lieu d'installation et les définitions de l'INSEE.

Conclusion : La définition du type de pratique est plurifactorielle. A partir des critères déterminés, nous avons créé un outil d'aide à la détermination du milieu d'exercice. Aucune définition de l'INSEE n'est parfaite sur ce sujet. Par défaut, il faudrait utiliser celle des bassins de vie urbains, intermédiaires et ruraux selon la nouvelle typologie européenne.

MOTS-CLES : Médecins généralistes, Santé en zone urbaine, Santé en zone rurale, Santé en zone suburbaine, Santé en zone semi-rurale, groupes focalisés

TITRE et RESUME en anglais

The perception of a rural, semi-rural or urban practice according to the general practitioners of Aquitaine.

Introduction: Very few thesis' define the practice environment of the general practitioners interviewed. These environments are implicitly determined by the perception of doctors. INSEE (National Institute of Statistics and Economic Studies) defines a rural commune as a commune that does not belong to an urban unit. INSEE propose other definitions exist such as the definition of rural communes in the works of the basins of life based on European criteria. The main objective of this study is to determine criterias to define a rural, semi-rural or urban practice according to the perception of general practitioners of Aquitaine. Secondly, to compare the INSEE data with the perceptions of the doctors surveyed, define the semi-rural environment and create a tool to help determine the practice environment of general practitioners

Method: We have conducted a qualitative study by focus group and made the data analysis with the Nvivo® software. The 3 focus groups were conducted in rural, semi-rural and urban areas between February and March 2017.

Results: We have reached data saturation. The perception of the physicians interviewed allowed one to define their practice type according to the following criterias: distance from emergencies, activity more or less extended to all aspects of primary care, population density, typology of the territory, socio-professional category of patients easily determined by membership in the different main social security funds. There were some discrepancies between the physicians perceptions of their place of installation and the INSEE definitions.

Conclusion: The definition of the type of practice is multifactorial. Based on the identified criteria, we have created a tool to help determine the setting of the exercise environment. No definition of INSEE is perfect. By default, it should be used for urban, intermediate and rural living areas according to the new European typology.

KEY-WORDS: General practioners, Urban Health, Rural health, suburban health, focus groups

DISCIPLINE : Médecine Générale

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R.:

Université de Bordeaux- U.F.R des sciences médicales

146 rue Léo Saignat

33000 Bordeaux