



HAL
open science

Histoire et devenir de l'interdiction de la médecine foraine en médecine générale

Théophile Martin

► **To cite this version:**

Théophile Martin. Histoire et devenir de l'interdiction de la médecine foraine en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02358868

HAL Id: dumas-02358868

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02358868>

Submitted on 12 Nov 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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2019

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par Théophile MARTIN

Né le 10 janvier 1992 A MONTIVILLIERS (76)

Présentée et soutenue publiquement le 5 septembre 2019.

**Histoire et devenir de l'interdiction
de la médecine foraine en médecine générale.**

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Pierre Déchelotte

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Karl Feltgen

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil

Monsieur le Professeur Philippe Hecketsweiler

Monsieur le Docteur Jean-Luc Maupas

Monsieur le Docteur Matthieu Schuers

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN: **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS :
Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoit VEBER
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie

Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie

M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique

Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES UNIVERSITAIRES

Mme Cécile GUERARD-DETUNQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
---------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Alice MOISAN	Virologie
Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
M. Henri GONDE	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
--------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup HERMIL (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu SCHUERS (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia BOURDON UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel LEFEBVRE UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth MAUVIARD UFR Médecine générale

Mr Philippe NGUYEN THANH UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse THUEUX UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal BOULET UFR Médecine générale

Mr Emmanuel HAZARD UFR Médecine Générale

Mme Marianne LAINE UFR Médecine Générale

Mme Lucile PELLERIN UFR Médecine générale

Mme Yveline SEVRIN UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A Monsieur le Docteur Karl Feltgen pour avoir accepté de diriger avec patience ma thèse et pour sa passion de l'histoire de la médecine qu'il sait partager à ses confrères.

A Monsieur le Professeur Pierre Déchelotte pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse et pour son enseignement clinique et lyrique.

A Monsieur le Professeur Philippe Hecketsweiler pour avoir accepté de juger cette thèse et pour son enseignement passionnant et rigoureux de l'histoire de la médecine.

A Monsieur le Docteur Jean-Luc Maupas pour avoir accepté de juger cette thèse, pour son service à la présidence du conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Maritime et pour l'accueil des étudiants en médecine qu'il a su développer au sein de cette institution.

A Messieurs le Professeur Jean-Loup Hermil et le Docteur Matthieu Schuers pour avoir accepté de juger cette thèse et pour leur œuvre au service de l'enseignement et de la recherche au Département universitaire de médecine générale de Rouen.

Aux Docteurs Amélie Zakrzewski, Marie-Sophie Lepicard-Thiebault, Cathy They, Esther Decazes, Guillaume Boisdin, Hugo Guihard, Philippe Plé, Vincent Thiebault et les médecins des centres hospitaliers de Lillebonne, Henri Becquerel (Rouen) et du service des Urgences pédiatriques de Rouen pour leur enseignement de la médecine pendant mon internat.

A Cassandra, Guillaume, Benjamin et Mathilde pour leur aide particulière à la rédaction.

A Constance, Charlotte, Loïc, Pierre, William, Hélène, Quentin pour leur amitié depuis le collège et leurs exemples de réussite chacun dans leur domaine.

A Antoine, Lucie, Grégoire, Anne-Sophie, Yves, Guénola, Pierre, Marie, Alice, Bertrand, Benoît, Charlotte, Frédéric, Julien, Gilles, Laurie, Hélène, Gabriel, Béatrice, Eugénie, Alexandre, Clément pour leur amitié et la fraternité qui nous unit depuis nos années étudiantes.

A mes camarades de faculté et mes co-internes pour leur soutien tout au long de mes études.

A l'ensemble de ma famille et belle-famille pour leur affection et leurs encouragements.

A Stanislas et Etienne, mes frères dont la complicité m'a tellement apporté.

A mes parents, pour leur affection, la justesse de leur éducation et leur exigence bienveillante.

A Cyrille et Quitterie, mes enfants qui me donnent tant de joie.

A Mathilde, ma femme sans qui rien ne serait aussi beau et pour son amour à l'épreuve de tous mes défauts.

Liste des principales abréviations

- AMHCA: Australian Mobile Health Clinics Association
- AMUF: Association des médecins urgentistes de France
- ARS: Agence Régionale de Santé
- CDOM: Conseil Départemental de l'Ordre des médecins
- CHCV: Community Health Care Van
- CNOM: Conseil National de l'Ordre des médecins
- CPTS: Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- FMF: Fédération des médecins de France
- GHT: Groupements Hospitaliers Territoriaux
- Loi HPST: Loi Hôpital Patient Santé Territoires
- MHP: Mobile Health Map
- UMM: Unité Médicale Mobile

Sommaire

REMERCIEMENTS	XII
LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS	XIV
SOMMAIRE	1
INTRODUCTION.....	3
PREMIERE PARTIE : HISTOIRE D'UN EXERCICE PARTICULIER.	6
CHAPITRE 1 : LE TERME FORAIN.....	6
CHAPITRE 2 : LA CONDITION DE FORAIN	8
1) LE METIER DE FORAIN	8
2) L'ACTEUR FORAIN	10
3) LES VICAIRES FORAINS.....	11
CHAPITRE 3 : FORAINE POUR DESIGNER UNE MEDECINE	12
1) UNE ERREUR DE TRADUCTION	12
2) DES MEDECINS OFFICIELLEMENT FORAINS ?.....	13
3) PLUTOT DES CHARLATANS	16
CHAPITRE 4 : DE LA DENONCIATION A L'INTERDICTION.....	22
1) LA DEFENSE DES INTERETS DES MEDECINS A TRAVERS LES SIECLES	22
2) LA NAISSANCE D'UNE DEONTOLOGIE	29
3) LA DENONCIATION DE LA MEDECINE FORAINE	31
4) INSCRIPTION DANS LE CODE DE DEONTOLOGIE	35
CHAPITRE 5 : LA POSSIBILITE D'EXERCER LA MEDECINE FORAINE EN 2012 ?	41
1) CONTEXTE	41
2) LE DECRET DE 2012	41
DEUXIEME PARTIE : DEVENIR DE LA MEDECINE FORAINE.....	44
REVUE DE LITTERATURE NARRATIVE.....	44
1) METHODE	45
2) ANALYSE DES RESULTATS.....	46
3) PRESENTATION DES RESULTATS	48
I) UNE REPONSE A L'OBJECTIF D'ACCESSIBILITE DES SOINS PRIMAIRES.....	48
1) PAYS DU SUD : UN EXERCICE REPANDU	48
2) PAYS DU NORD : UNE SOLUTION POUR LES DESERTS MEDICAUX	51
II) RESISTANCES A L'EXERCICE MOBILE EN MEDECINE GENERALE.....	55
1) DES RESERVES EMISES PAR L'ORDRE.....	55
2) LA MEDECINE FORAINE ENCORE PERÇUE COMME UN EXERCICE DEVIANT	57
3) UNE POPULATION PARFOIS PEU DEMANDEUSE	59
III) MODELISATION D'UNE UNITE MOBILE EN MEDECINE GENERALE	61

1) EXEMPLE DE MODELISATION D'UMM	61
2) UN PREMIER PROJET FRANÇAIS.....	62
DISCUSSION ET PERSPECTIVES	64
1) FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	64
2) UNE INTERDICTION ENCORE PERTINENTE ?.....	65
3) AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE LA MEDECINE MOBILE.....	67
4) UN INTERET DANS LA REFLEXION ACTUELLE SUR L'OFFRE DE SOINS EN FRANCE ?	69
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>71</u>
<u>TABLE DES ILLUSTRATIONS</u>	<u>73</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>74</u>

Introduction

En France, le contexte actuel de carence en offre de soins entraîne de nombreuses interrogations quant à l'exercice médical. Médias et réseaux sociaux relaient régulièrement de nouvelles façons de pallier le manque de médecins. Les pouvoirs publics ayant la responsabilité de réagir à la situation de pénurie très mal vécue par une partie de la population, proposent des solutions : télémédecine, aide à l'installation, protection par le salariat, organisation territoriale des soins... L'une des spécialités les plus concernées par cette problématique est la médecine générale. Constituant généralement la première étape dans l'accès aux soins pour la population, les soins primaires sont d'une importance capitale. La diminution de la densité de médecins généralistes notamment dans les zones rurales ou urbaines sensibles concerne désormais une part non négligeable de la population et fait naître un sentiment d'insécurité et d'abandon. Les médecins eux-mêmes se sentent parfois démunis face à cette situation et cherchent pour certains à être forces de proposition. En 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins s'est réuni avec les syndicats d'étudiants en médecine, d'internes et de médecins pour réfléchir à des propositions visant à concilier la liberté d'installation et l'amélioration de la répartition des soins sur le territoire¹. Quatre grands thèmes étaient abordés : la formation des jeunes médecins, le soutien à l'installation, les conditions de l'exercice du médecin et la territorialisation. Dans cette dernière partie, une proposition nous a paru étonnante : *permettre l'exercice de la médecine foraine aux médecins généralistes*. La justification de cette proposition était traduite par l'accès pour les médecins à un exercice en plusieurs lieux. L'expression surprenante *de médecine foraine* serait donc définie par l'absence de lieu fixe d'exercice, itinérance non permise par le code de déontologie. Le président du CNOM (Conseil national de l'Ordre des médecins) de l'époque, Michel Legmann a été pourtant un fervent défenseur de la mobilité des médecins y voyant un moyen de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire sans toucher à la liberté d'installation². Ces velléités se sont alors concrétisées par un décret en 2012³ permettant de déroger à l'interdiction de médecine foraine dans un cadre défini et après accord du Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM).

¹ CNOM, *La liberté d'installation des médecins. Propositions du Conseil national de l'Ordre des médecins, des syndicats d'étudiants en médecine, d'internes et de médecins.*, 2008.

² AUTEUR INCONNU, *L'Ordre des médecins préconise la « médecine foraine »*, https://www.challenges.fr/entreprise/l-ordre-des-medecins-preconise-la-medecine-foraine_377111, consulté le 30 juin 2019.

³ *Version électronique authentifiée publiée au JO n° 0108 du 08/05/2012 | Legifrance*, https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000025823844, consulté le 7 février 2019.

L'article 74 du code de déontologie médicale était ainsi formulé :

*L'exercice de la médecine foraine est interdit ; toutefois des dérogations peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre dans l'intérêt de la santé publique. Toutefois, quand les nécessités de la santé publique l'exigent, un médecin peut être autorisé à dispenser des consultations et des soins dans une **unité mobile** selon un programme établi à l'avance.*

La demande d'autorisation est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée. Celui-ci vérifie que le médecin a pris toutes dispositions pour répondre aux urgences, garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins aux patients qu'il prend en charge.

L'autorisation est personnelle et incessible. Il peut y être mis fin si les conditions fixées aux deux alinéas précédents ne sont plus réunies.

Le conseil départemental au tableau duquel le médecin est inscrit est informé de la demande lorsque celle-ci concerne une localité située dans un autre département.

Plus récemment, un rapport a été remis à Agnès Buzyn, ministre de la santé, par les délégués nationaux à l'accès aux soins, afin de promouvoir en plus de la télémédecine, un exercice plus itinérant⁴ qui pourrait s'apparenter à de la médecine foraine. Malgré la dérogation permise par le décret de 2012, les auteurs du rapport soulignent l'absence de projet de médecine itinérante du fait de la lourdeur réglementaire que l'autorisation du CDOM suscite. Ils remarquent ensuite l'intérêt possible de ce genre de pratique pour maintenir une présence soignante dans les zones sous-denses. Ainsi, un mode d'exercice sujet à dénonciation, désormais pensé comme solution, a suscité notre curiosité.

L'utilisation du terme *forain* pour désigner ce qui semble être une médecine itinérante paraît désuète. Une recherche historique est souhaitable pour expliciter cette expression encore présente dans le code de déontologie médicale français.

De plus, l'exercice forain est encore interdit mais le décret de 2012 introduit le concept d'exercice en unité mobile. Ainsi, il paraît également judicieux de s'intéresser à ce nouveau mode d'exercice qu'est celui de la médecine mobile pour déterminer sa faisabilité en médecine générale afin de répondre aux enjeux d'accès aux soins.

⁴ DOINEAU E., MESNIER T. et AUGROS S., *Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins*, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018.

Notre travail est donc divisé en deux parties.

Une première partie explicite la naissance de l'interdiction de la médecine foraine dans la déontologie médicale par une recherche historique. Le terme forain est dans un premier temps étudié d'un point de vue étymologique puis illustré dans les métiers qu'il a pu définir. Il est ensuite question de son utilisation pour définir un exercice médical puis de sa dénonciation par les médecins et le code de déontologie.

Une seconde partie essaie d'établir les possibilités d'une médecine plus mobile en médecine générale à la suite du changement prévu dans le code de déontologie en 2012. En se basant sur une revue de littérature narrative, des exemples internationaux de médecine mobile dans différents contextes permettent de décrire cette pratique. Les freins à ce nouveau mode d'exercice ainsi qu'un projet de médecine mobile en France alimentent ensuite notre réflexion quant à cette solution pour les zones en carence d'offre de soins.

Première partie : Histoire d'un exercice particulier.

Chapitre 1 : Le terme forain

Pour essayer de comprendre l'origine du terme *médecine foraine*, il convient de se pencher sur l'étymologie de ce qualificatif.

Évincé de la langue générale dans son sens premier par étrange et étranger, le mot a été rapproché de la famille de *foire*. Mais initialement le mot forain vient du bas latin *foranus* lui-même venant de *foris* c'est à dire « de l'extérieur ». Ainsi, un individu forain désignait une personne étrangère. A la lecture de la définition du *Dictionnaire de l'ancienne langue française* par Godefroy⁵ aucune référence au terme de foire n'est mentionnée, le seul sens de forain étant celui étymologiquement vérifié. On note par exemple, que la *maison foraine* désignait tout simplement les latrines.

Plus tard, Emile Littré⁶ évoque cette confusion de sens et l'évolution que le terme *forain* a eu dans le langage courant. Il donne plusieurs exemples de domaines dans lesquels le mot *forain* était justement utilisé sur le plan étymologique. Parmi d'autres, on retrouve :

- bétail forain : venant de l'extérieur et devant s'acquitter d'une taxe
- chemin forain : à l'extérieur de la ville
- tribunal forain situé au Châtelet à Paris : réglant les contentieux entre commerçants parisiens et étrangers.

On retrouve également les *marchands forains* justement qualifiés car venant de l'extérieur pour s'installer sur les marchés des villes. Mais d'après Emile Littré, cette qualification aurait fait

⁵ GODEFROY F. (1826-1897) A. du texte, *Dictionnaire de l'ancienne langue française et de tous ses dialectes du IXe au XVe siècle : composé d'après le dépouillement de tous les plus importants documents manuscrits ou imprimés qui se trouvent dans les grandes bibliothèques de la France et de l'Europe.... Tome quatrième, Filé-Listage / par Frédéric Godefroy....*, 1881.

⁶ LITTRÉ É. (1801-1881) A. du texte, *Dictionnaire de la langue française.... Tome 2 / par É. Littré....*, 1873.

évoluer le terme dans le langage courant pour désigner ce qui « provient de la foire ». Et ainsi plusieurs termes vont être utilisés dans ce sens pour ensuite faire oublier le sens originel⁷.

Cette évolution n'est pas constatée dans les autres langues et ainsi le mot *forain* de l'ancien français a inspiré le mot *foreign* en anglais au XVI^e siècle et qui fait désormais partie du langage courant. D'autres langues latines n'ont pas connu un tel changement de sens comme en espagnol par exemple : *foraño* (étranger).

L'origine du mot *foire* est quant à elle plus locale se rapportant au latin *feria* (fête) au provençal *fieryra* ou encore à l'espagnol *feria* qui renvoie aux jours fériés, c'est à dire les jours de fête généralement relatives à un saint d'où le mot *feries* dans le calendrier liturgique chrétien⁸. L'adjectif renvoyant à la foire le plus logique étymologiquement serait donc *ferial* et non *forain*.

Il convient de ne pas confondre ce premier sens de foire avec la *foire*, terme bien plus familier qui désigne le *flux de ventre* et qui sera à l'origine d'expression comme « foirer sans sa culotte » ou de façon plus figurée : « foirer devant l'ennemi » ou encore « une coupe foireuse au jeu de carte » (laisser tomber une carte lors de la distribution).

Le terme *foire* selon nos différentes sources semble naître au Moyen-Age (renouveau économique, dès le VIII^e siècle). Dans un article concernant l'hypothèse d'une continuité entre les lieux de foires et la naissance de l'urbanisation médiévale, M. Mitterauer⁹ distingue la foire du marché. Le marché est permanent et les marchands autochtones, la foire est ponctuelle et ouverte aux marchands forains (étrangers). Contrairement à ce qu'on peut imaginer ces événements étaient bien organisés. Alors que le marché était régi par les décisions seigneuriales, la foire était confiée aux mains des religieux. Par exemple, en 1110, Louis le Gros accorda aux religieux de l'ordre des Hospitaliers de Saint Lazare l'organisation de la foire Saint Laurent¹⁰ qui marqua l'histoire parisienne. Alors que Philippe Auguste racheta les droits pour en faire

⁷ *Ibid.*

⁸ BRACHET A. (1845-1898) A. du texte, *Dictionnaire étymologique de la langue française : par Auguste Brachet,...* (Huitième édition) / préface par Emile Egger,...

⁹ MITTERAUER M., « La continuité des foires et la naissance des villes », in *Annales*, vol. 28 (1973), n° 3, p. 711-734.

¹⁰ HEULHARD A., *La foire Saint-Laurent: son histoire & ses spectacles*, A. Lemerre, 1878.

une foire permanente dans les Halles et donc un marché à proprement dit, les moines continuèrent à organiser la foire de Saint Laurent, le jour de la fête du Saint (le 10 août).

Le terme *forain* peut donc désigner en fonction des lieux et des époques des conditions différentes pour les personnes qu'il qualifie. Les exemples de métiers forains paraissent utiles pour appréhender ce qualificatif retrouvé dans le code de déontologie médicale.

Chapitre 2 : La condition de forain

Outre des métiers spécifiquement forains, il en existe certains qui se sont vus affublés de ce qualificatif pour désigner leur itinérance comme c'est le cas dans le code de déontologie.

1) Le métier de forain

Dans une thèse de droit de Henri Soulé-Limendoux datant de 1935 sur les métiers dits vagabonds, le métier forain est assimilé à une condition de vie nomade, une habitation fixe étant inexistante (contrairement aux marchands ambulants). L'itinéraire des forains était cependant bien organisé car leur métier dépendait des foires et autres fêtes de village¹¹. Cette thèse permet de très bien comprendre les différentes catégories de nomades et leur relation compliquée avec la société. Elle explique la loi du 16 juillet 1912 répondant aux exigences de réglementation concernant les commerçants ambulants. Ainsi, on peut distinguer deux grandes catégories en 1912 : les vagabonds ou nomades, et les marchands ambulants ou les forains.

¹¹ SOULE-LIMENDOUX H. (Jean-B.-P.-H.A. du texte, *Ambulants, forains et nomades : thèse... / par Henri Soulé-Limendoux ; Université de Toulouse, Faculté de droit, 1935.*

Les vagabonds, roulottiers, nomades.

Historiquement, les vagabonds ont toujours existé dans toutes les civilisations. Mais au-delà des bandes de voleurs ou groupes de mendiants, on remarque l'arrivée des Bohémiens dès le milieu du XVe siècle en France. Probablement originaires essentiellement des Indes, ils se déplaçaient en caravanes et se dispersèrent par petits groupes dans la campagne française en pleine guerre de Cent Ans. On trouve également les termes de tziganes, romanichels ou gitans pour les désigner. Ce n'est qu'au XVe siècle que le pouvoir royal commença à légiférer sur leur sort, la population française notamment rurale se plaignant de nombreuses exactions de ceux-ci. Le sort réservé aux vagabonds a toujours été compliqué que ce soit sous la Monarchie, ou lors de la Révolution obligeant ces populations à se cacher (notamment dans les Pyrénées) ou à s'exiler. Sous Napoléon, le code pénal définit un délit de vagabondage selon trois conditions : le défaut de domicile certain, le défaut de moyens de subsistance et le défaut d'exercice habituel d'un métier¹². La première condition est capitale pour différencier les vagabonds des colporteurs, touristes, marchands forains et autres commis voyageurs. L'application de cette loi fut en réalité peu efficace, les trois conditions étant généralement non réunies. D'autres lois se sont alors ajoutées pour encadrer ceux qu'on appelait les "nomades roulottiers" comme l'obligation d'une autorisation préfectorale ou encore le port d'une carte d'identité. La loi de 1912 stigmatise cette population répondant aux récriminations de nombreuses assemblées locales et sera utilisée plus tard en 1940 pour l'internement des tziganes¹³. En ce qui concerne la médecine, Soulé-Limendoux dédaigne une certaine naïveté de ses concitoyens : « *On trouve encore aujourd'hui dans des campagnes arriérées, malgré le développement de l'instruction, des personnes qui sont convaincues de l'infaillibilité des procédés préconisés par les nomades et qui n'hésitent pas à consulter une tribu d'errants, non seulement pour leur bétail malade, mais même parfois pour un membre de leur famille.* »¹⁴

Les marchands ambulants et les forains.

Bien plus acceptés par la société, ceux-ci étaient étrangers ou français mais avaient la plupart du temps une résidence fixe et un métier bien défini. La loi du 16 juillet 1912 rend obligatoire la nationalité française pour faire partie de cette catégorie et distingue deux conditions : celle

¹² Code pénal (ancien) - Article 270, vol.270.

¹³ DELCLITTE C., « La catégorie juridique «nomade» dans la loi de 1912 », in *Hommes & Migrations*, vol. 1188 (1995), n° 1, p. 23-30.

¹⁴ SOULE-LIMENDOUX H. (Jean-B.-P.-H.A. du texte, *Ambulants, forains et nomades, op. cit.*, p.78

d'ambulants avec obligation de déclaration d'une résidence fixe et celle de forains n'ayant ni domicile ni résidence fixe mais avec obligation de port d'un carnet d'identité détaillant leur activité.



Figure 2 Marchand ambulant.

A.R.A., *Petits métiers [marchand ambulant de fruits, ici de bananes]* : [photographie de presse] / [Agence Rol], <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b6921718t>, consulté le 27 juillet 2019.



Figure 1 Baraque foraine

Atget, Eugène (1857-1927) [Paris.] *Fête des Invalides. [Baraques foraines, manèges, attractions diverses]* : [photographie], <https://bibliotheques-specialisees.paris.fr/ark:/73873/pf0001809725>, consulté le 27 juillet 2019.

Le terme *forain* arrive ainsi dans la loi répondant à la demande des industriels et commerçants forains ne voulant pas être assimilés aux nomades. Initialement non présente dans le projet de loi, cette reconnaissance légale va permettre aux forains de renforcer leur organisation autour d'un syndicat et de son journal *L'Action foraine*.

Soulé-Limendoux relate de nombreuses activités qui sont en aucun cas répréhensibles mais en évoque également certaines prohibées dans la loi. Au-delà des activités de devins et de jeux de hasard, on retrouve l'interdiction d'exercer la médecine. Du simple conseil médical à l'opération chirurgicale, le moindre acte médical est condamné en l'absence de titre de docteur en médecine (assimilé à du charlatanisme à proprement dit).

2) L'acteur forain

Parmi les plus célèbres métiers de foire, on trouve l'acteur forain. En réalité, au-delà de la comédie, celui-ci est polyvalent et se livre également à l'art de soigner. Un des plus illustres comédiens forains fut Tabarin (1584-1633) qui haranguait la foule lors de parades (dans le lexique théâtral, signifie une petite scène jouée à l'entrée d'un théâtre forain pour appâter les spectateurs). Il est intéressant de constater la polyvalence des prétendus talents de ces

« bateleurs ». Sur le Pont-Neuf où il exerçait son art, il ne se contentait pas de jouer la comédie mais également de vendre quelques remèdes. Pierre Baron, ancien président de la Société Française d'Histoire de l'Art Dentaire s'est intéressé à ce personnage dans un document intitulé *Dentiste et théâtre*¹⁵. Il y expose de véritables entreprises familiales. Plutôt d'origines italiennes, ces familles itinérantes organisaient des représentations théâtrales et en profitaient pour arracher quelques dents ou vendre des drogues.

La condition de charlatan sera développée ultérieurement car elle semble tout à fait sous entendue dans l'expression médecine foraine.



Figure 3 Tabarin au Pont-Neuf

Joliet A. (1839-1915) G., *Le Pont-Neuf, Tabarin, d'après une gravure du temps : [estampe] / A. Joliet [sig.]*, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b531181485>, consulté le 27 juillet 2019.

3) Les vicaires forains

Le plus vieil usage de ce terme dans la littérature est retrouvé dans un écrit de Saint François de Sales (1567-1622). Dans une lettre adressée au pape Paul V, le prêtre savoyard énumère de nombreuses demandes dont celle de vicaires forains pour son diocèse alors bouleversé par la

¹⁵ BARON P., « Dentistes et Théâtre », in *Actes de la Société française d'histoire de l'art dentaire*, (2006), n° 11, p. 16-20.

Réforme protestante et donc désorganisé ¹⁶. Un vicaire forain ou plutôt Grand Vicaire forain est nommé par l'Evêque pour l'aider à gouverner par délégation mais seulement en dehors du chef-lieu, d'où le terme forain, justement utilisé au sens étymologique. Par exemple, le Grand Vicaire forain de l'archevêque de Rouen était à Pontoise ¹⁷.

De la même manière que dans la loi civile, le code du droit canonique va officialiser le terme de vicaire forain ¹⁸. Il est intéressant de constater que la médecine n'est pas le seul domaine dans lequel le mot *forain* a été utilisé même si dans le code de déontologie médicale contrairement à celui du Droit Canon, il l'est de façon péjorative.

Nous n'avons pas trouvé d'autres références de professions ou d'état de vie qualifiés de forain. Force est de penser que l'utilisation de ce terme dans l'article 74 du code de déontologie a certainement été influencée par son officialisation dans la loi civile comme religieuse. Portons notre recherche désormais sur la désignation même de *médecine foraine*.

Chapitre 3 : Foraine pour désigner une médecine

1) Une erreur de traduction

En qualifiant la médecine, le terme forain n'évoque initialement pas le monde de la foire ni même un mode d'exercice. D'après nos recherches, les premières utilisations de l'expression *médecine foraine* désignent une spécialité médicale se rapprochant de la médecine légale. C'est en tout cas ce qui est décrit par M. le Baron de Bielfeld qui entreprend une description des différentes sciences de son époque dans son ouvrage *L'Erudition* (1768). Il nomme la médecine foraine comme l'application légale de l'art médical ¹⁹. *Forensis medicina* en serait l'origine latine. Le mot *forensis* ne renvoie alors ni à *foris* (étranger) ni à *feria* (fête, foire) mais au *forum* : la place publique. Nous n'avons trouvé que très peu de publications françaises utilisant cette expression dans ce sens mais *L'Erudition* reste tout de même le plus ancien exemple de

¹⁶ (SAINT) DE SALES F., *Les Oeuvres de messire François de Sales, ... recueillies dans un corps de volume... Édition nouvelle...*, 1637.

¹⁷ DENISART J.-B. (1713-1765) A. du texte, *Collection de décisions nouvelles, et de notions relatives à la jurisprudence actuelle. T. 2, Part. 1-2 / ; par Me J.-B. Denisart, ... Sixième édition corrigée et augmentée*, 1768.

¹⁸ ECHEVERRIA L. de (dir.), *Code de droit canonique annoté: traduction et adaptation française des commentaires de l'Université Pontificale de Salamanque*, Paris, Éd. du Cerf [u.a.], 1989.

¹⁹ BIELFELD J.F. von, *L'érudition universelle, ou analyse abr. de toutes les sc., des beaux-arts et des belles lettres*, 1768.

l'utilisation de l'expression dans notre langue. En réalité, c'est en Angleterre que l'on retrouve ce terme comme l'évoque *A treatise on Forensic Medicine or Medical Jurisprudence* de Bartley en 1815²⁰. Encore aujourd'hui ce terme est utilisé en anglais pour désigner la médecine légale.

Ce serait donc par cet anglicisme que l'expression *médecine foraine* serait entrée dans notre langage. La traduction semble bien sûr impropre et cela n'avait pas échappé à un rédacteur du mensuel de la *Nouvelle Bibliothèque médicale*. Dans son article, il juge sévèrement sans le nommer, un médecin auteur de cette erreur de traduction :

« Voici maintenant qu'un médecin (accusé pourtant naguère de ne s'identifier que trop bien avec la littérature médicale anglaise) vient de traduire *forensic medecin*, par l'expression de *médecine foraine* ! N'est-il pas à craindre pour lui que ces messieurs du barreau, en échange du brevet d'étrangers dont il les gratifie, ne lui en décernent un, mieux mérité, d'ignorance ? »²¹

Cette mauvaise traduction viendrait d'un article du *Bulletin des sciences médicales*²² de 1824 résumant un traité de Médecine Légale anglais datant de 1823. Même en Angleterre, l'expression y est décrite comme d'apparition récente, la première chaire universitaire de *Forensic Medecin* ayant été créée en 1803 à Edimbourg.

L'expression *médecine foraine* est donc récente et daterait du début du XIXe siècle. C'est justement à cette époque que des réflexions déontologiques naissent chez les médecins français.

2) Des médecins officiellement forains ?

Concernant les médecins officiels, le terme *forain* semble sous-entendre des conditions d'exercice bien différentes. En réalité, il s'agit surtout d'une sémantique attribuée à ce terme qui varie d'une époque à l'autre.

²⁰ BARTLEY O.W., *A treatise on forensic medicine; or, Medical jurisprudence*, Barry, 1815.

²¹ AUTEUR INCONNU, *Nouvelle bibliothèque médicale*, Paris, Méquignon-Marvis, 1824.

²² FERUSSAC A.-É.-J.-P.-J.-F.D. "de", *Bulletin général et universel des annonces et des nouvelles scientifiques*, publié sous la direction du baron de Ferussac, Fain, vol. Bulletin des Sciences Médicales, Tome 1, 1824.

Auteurs contemporains

François Lebrun, historien, dissocie les docteurs régents exerçant en ville des médecins forains ou « externes » exerçant dans les campagnes ²³. Ces derniers bénéficiaient d'une formation moindre que les premiers qui avaient soutenu un acte complémentaire nommé « resumpte » ou « postillaire » qui donnait le droit d'enseigner à la Faculté et d'exercer la médecine en ville. Lebrun nous décrit ainsi qu'en 1786, les médecins-forains diplômés du « petit savoir » (absence de soutenance du postillaire) étaient au nombre de 246 en Anjou. Les grandes villes et bourgs les plus importants étaient réservés aux docteurs-régents mais ces derniers n'étaient qu'au nombre de 45 c'est-à-dire 1 médecin pour 10 000 habitants (Figure 4). Notons que la Bretagne à la même époque souffrait d'un taux encore plus désastreux pour ses 2,5 millions d'habitants : 1 pour 30 000.

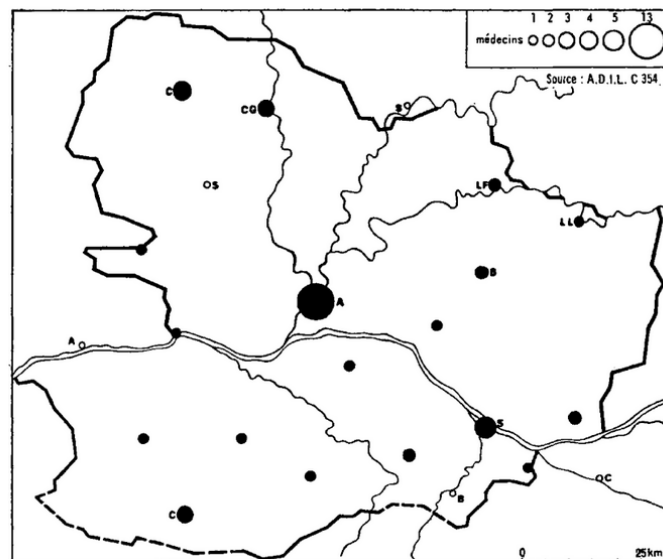


Figure 4 Carte des docteurs-régents installés en Anjou en 1786 in Lebrun F., *Les hommes et la mort en Anjou aux XVIIe et XVIIIe siècles : essai de démographie et de psychologie historiques*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2005.

Malgré les qualités des docteurs-forains vantées par Lebrun, l'impression d'une médecine à deux vitesses est prégnante. Même après la Révolution, cette fracture entre la ville et la campagne perdurera avec les officiers de santé que nous évoquerons plus tard et que Jean Paul Lévy, médecin et historien, décrit comme les héritiers des médecins forains ²⁴.

²³ LEBRUN F., *Les hommes et la mort en Anjou aux XVIIe et XVIIIe siècles : essai de démographie et de psychologie historiques*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2005.

²⁴ LEVY J.-P., *Le Pouvoir de guérir : Une histoire de l'idée de maladie*, Odile Jacob, 1991.

On trouve encore un sens différent au mot forain lors d'un colloque concernant le rayonnement médiéval de l'Université de Montpellier. Les médecins forains ne sont alors pas ceux qui viennent de l'extérieur mais ceux qui vont exercer leurs talents au-delà des frontières de la ville de leur faculté. Ainsi sont mentionnés les éminents professeurs de Montpellier prodiguant des soins aux patients les plus aisés d'Arles²⁵.

Les différentes utilisations récentes du terme forain ne décrivent cependant pas l'exercice interdit dans le code de déontologie. En effet, notre recherche ne nous a pas permis de trouver des « docteurs forains » dans les différentes époques concernées. C'est à la presse médicale naissante que nous devons les premières descriptions d'un exercice forain par des médecins officiels dans le sens sous-entendu par le code de déontologie.

Presse médicale du XIXe et début du XXe siècles

Au milieu du XIXe siècle dans un article du *Scalpel*, revue médicale belge, on retrouve une note à l'attention du rédacteur dénonçant les pratiques d'éminents professeurs de facultés donnant des consultations dans des antichambres d'hôtels²⁶. A la même période, en 1876, un ophtalmologue belge reconnu nommé Bribosia entreprit également d'exercer dans plusieurs lieux différents dont le Nord de la France ne manquant pas d'annoncer sa venue par des tracts publicitaires. Les médecins français ne pouvant accepter cela, se plaignirent auprès de l'académie belge de médecine et le Dr Bribosia dut cesser cette activité²⁷. Apparaît ici une des justifications principales de l'interdiction de la médecine foraine : la concurrence déloyale.

Même si l'utilisation du terme est peu répandue pour qualifier la médecine officielle, notre recherche utilisant les synonymes « ambulants », « voyageurs » ou encore « nomades » ne laisse pas de doute sur l'existence d'une médecine itinérante. D'ailleurs, aucune juridiction française ne l'interdisait réellement. Des réglementations locales pouvaient tout de même avoir lieu comme c'est le cas en 1911 en Meurthe et Moselle où le médecin devait présenter ses diplômes en préfecture ainsi que s'acquitter d'un impôt sur le local occupé temporairement²⁸.

²⁵ LE BLEVEC D. et GRANIER T. (dir.), *L'Université de Médecine de Montpellier et son rayonnement (XIIIe-XVe siècles): Actes du colloque international de Montpellier organisé par le Centre historique de recherches et d'études médiévales sur la Méditerranée occidentale (Université Paul Valéry - Montpellier III), 17-19 mai 2001*, Turnhout, Brepols Publishers, vol.71, 2004.

²⁶ AUTEUR INCONNU, *Le scalpel: organe des intérêts scientifiques et professionnels de la médecine, de la pharmacie et de l'art vétérinaire*, Carmanne, 1864.

²⁷ AUTEUR INCONNU, « L'Union médicale : journal des intérêts scientifiques et pratiques, moraux et professionnels du corps médical. », in *Troisième série, n° 21*, p. 192p.

²⁸ AUTEUR INCONNU, « Projet d'imposition de la médecine ambulante. », in *Paris médical: la semaine du clinicien*, (1911), p. XXIII.

Ces différents exemples d'utilisation du mot *forain* nous laissent supposer que l'évolution du terme de sa racine latine vers un terme plus vulgarisé se reportant à la foire n'a donc pas épargné le domaine médical. En réalité, l'utilisation de ce terme pour désigner un exercice atypique de la médecine officielle est assez anecdotique. Elle prend une toute autre importance à la fin du XIXe siècle car elle va permettre la dénonciation d'une dérive charlatanesque.

3) Plutôt des charlatans

Des charlatans depuis toujours

Nous les avons déjà évoqués dans le paragraphe sur les acteurs forains. Un travail de thèse ne suffirait pas pour décrire ces individus.

Les médecins charlatans sont décrits depuis l'Antiquité par Galien lui-même. Quelle que soit l'époque, par charlatan on désignait toujours une pratique médicale en marge de la médecine rationnelle. Dans un article de Boudon Millot ²⁹ sont cités de nombreux synonymes en Grec dans le texte:

- *όχλαγωγός*: celui qui harangue les foules
- *γόης*: sorcier ou magicien
- *άλαζών*: charlatan, imposteur

La définition de charlatan par Galien apporte un argument supérieur à l'aspect itinérant de leur condition de marchands de médicaments. Dans l'Antiquité, il existait d'ailleurs un terme regroupant les professions itinérantes dont celles de guérisseurs. *Periodeute*, du grec : « voyager autour » est cité dans quelques ouvrages d'histoire de la médecine pour désigner les soins d'Hippocrate lors de ses différents voyages. Mais la proximité avec le mot charlatan n'est jamais loin comme en témoigne la définition qu'on trouve dans l'édition de 1870 de l'*Encyclopédie* ³⁰ : « ...ces marchands ambulants que les Romains appelèrent *circulatores* ou *circulatani*, et que nous nommons charlatans. »

Vicq d'Azyr (1748-1794), médecin anatomiste fondateur de la Société Royale de la Médecine, détaille deux types de charlatans dans un article de l'*Encyclopédie méthodique* en 1792: ceux

²⁹ BOUDON-MILLOT V., « Aux marges de la médecine rationnelle : médecins et charlatans à Rome au temps de Galien (IIe s. de notre ère) », in *Revue des Études Grecques*, vol. 116 (2003), n° 1, p. 109-131.

³⁰ AUTEUR INCONNU, *Encyclopédie du dix-neuvième siècle : répertoire universel des sciences des lettres et des arts, avec la biographie et de nombreuses gravures. Tome 18*, 1870.

ambulants (*circulatores, circuitores, circumforanei*) et ceux sédentaires en « boutique » (*cellularii medici*)³¹. Mais cette analyse étymologique fait débat. En effet, Cadet de Gassicourt (1769-1821) célèbre pharmacien sous l'Empire, évoque d'autres hypothèses : celle de *ceretano* (Coeretum, bourg proche de Spolete en Italie, haut lieu des charlatans) et celle de *ciarlare* (babiller en italien) mais aussi celles de *circulators, circolare* d'origine latine qui signifient bien l'itinérance de ces guérisseurs³².

Il existe enfin, un passage d'un livre datant de 1810 qui assimile directement les médecins forains aux charlatans justifiant la description de l'activité de ceux-ci :

« On conçoit que, dans un art aussi vaste et aussi compliqué, il dut y avoir en tout temps des spéculateurs rusés, des intrigants avides pour débiter des découvertes, des secrets, des remèdes, etc. ce qui fit naître les médecins forains nommés charlatans, que l'on a vus dans tous les pays et qui se sont propagés jusqu'aujourd'hui. »³³

Le plus haut lieu du charlatanisme en France fut sans doute le Pont Neuf à Paris. Dans son livre, *L'Orviétan, histoire d'une famille de charlatans du Pont-Neuf aux XVIIe et XVIIIe siècles*³⁴, le Dr Le Paulmier nous décrit l'activité de ceux-ci: charlatans, oculistes, dentistes botanistes et chimistes. Les charlatans étaient ceux qui se rapprochaient le plus de l'activité médicale même si ceux-ci n'étaient pas prompts à examiner le patient. Ils étaient surtout vendeurs de drogues dont l'Orviétan restera la plus célèbre. Devant son nom à la ville d'Orvieto en Italie, cette drogue était une sorte de Thériaque composée de nombreux ingrédients dont de l'opium et qui resta en circulation jusqu'au XIXe siècle³⁵. Vendeur d'Orviétan était tout simplement synonyme de charlatan.

³¹ VICQ D'AZYR F., « Définition Charlatan et Charlatanerie », in *Encyclopédie méthodique, médecine, par une société de médecins*, Paris, 1792, vol.4, p. 648 à 650.

³² CADET DE GASSICOURT S. de médecins et de C., « Définition de Charlatan », in *Dictionnaire des sciences médicales*, Panckoucke, 1812, vol.4, p. 543 à 555.

³³ PLAT V.A.C.L., *Virgile en France, ou la nouvelle Enéide: poème héroï-comique en style franco-gothique, pour servir d'esquisse à l'histoire de nos jours*, Brede, 1810.

³⁴ LE PAULMIER C.-S. (1828-1902) A. du texte, *L'Orviétan, histoire d'une famille de charlatans du Pont-Neuf aux XVIIe et XVIIIe siècles / Dr Le Paulmier*, 1893.

³⁵ CHOMEL N., « Orviétan », in *Dictionnaire oeconomique, contenant divers moyens d'augmenter et conserver son bien, et même sa santé ...*, 1709, vol. 2/ p.



Figure 5 Le marchand d'Orviétan

Bonnet L.-M., *Le marchand d'orviétan*, [gravure en couleur]
<http://www.artnet.fr/artistes/louis-marin-bonnet/le-marchand-dorvietan-after-careme-7EYaNtZMpG5KuQEsdw6BBw2>, consulté le 26 janvier 2019.

L'invasion des charlatans nous est relatée par Henri Bonnemain dans une communication résumant chronologiquement l'histoire des charlatans³⁶. Venant d'Italie, un afflux important de familles d'« empiriques » est noté au XVIe siècle. Les médecins officiels essaieront de se défendre malgré des armes légales trop peu importantes et d'après Bonnemain ce n'est qu'après la Révolution que l'Etat donnera de véritables moyens aux médecins pour lutter contre ceux-ci. Nous étudierons d'ailleurs dans le chapitre suivant la possibilité de défense des intérêts des médecins à travers les âges.

³⁶ BONNEMAIN H., « Charlatans... », in *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, vol. 51 (1963), n° 179, p. 233-236.

Des charlatans dénoncés



Figure 6 Portrait de Sonnet de Courval

Gaultier L. Thomas Sonnet, sieur de Courval, 1609 [gravure].
<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/images/index.php?refphot=07674>,
consulté le 1 mars 2019.

En ce qui concerne notre sujet, c'est en précisant les trois différentes "sectes" de charlatans que la lecture de cette satire a un intérêt. On trouve, en Ancien Français dans le texte:

- Les Theriacleurs, Charlatas, Coureurs, Estalons d'assemblées
- Les Alchimistes, Pagyriques et extracteurs de Quintessence
- Les Iatromages ou Médecins magiciens

La première catégorie est composée de ces charlatans qui vagabondent de bourgades en bourgades par les marchés et foires les plus célèbres. Le mot *Estalon* se rapporte à *Estal* qui dans le lexique du vieux Français signifie tréteaux. Sonnet de Courval note l'affluence des « imposteurs » lors des foires de Germanie. Ces caractéristiques prouvent le lien indissociable entre charlatans et médecine foraine.

³⁷ SONNET DE COURVAL T.A. du texte, *Satyre contre les charlatans, et pseudomedecins empyriques : en laquelle sont amplement descubertes les ruses & tromperies de tous les theriacleurs, alchimistes, chimistes, paracelcistes, distillateurs, extracteurs de quintessences, fondeurs d'or potable, maistres de l'elixir, & telle pernicieuse engeance d'imposteurs...* ([Reprod.]) / par M. Thomas Sonnet, sieur de Courval,..., 1610.

L'auteur décrit les nombreuses activités des charlatans. Parmi elles on retrouve la vente de drogues et l'arrachage de dents. Alors que les drogues sont décrites comme des poisons, la dénonciation porte surtout sur l'imposture des réussites des traitements avancées par les charlatans. Arrêtons notre réflexion sur la vente de drogues et la relation entre charlatans et apothicaires.

En effet, de la même manière que les médecins ont combattu les charlatans, les futurs pharmaciens ont su également se regrouper en corporation pour se distinguer de ces concurrents officieux. Les apothicaires se sont séparés des médecins au moment de la création des premières universités médicales au XIIIe siècle. Initialement, l'art de guérir, médecine et pharmacie confondus, était le monopole du clergé au début du Moyen-Age. Les charlatans augmentant leur nombre avec le développement des foires et marchés, les corporations et les universités permirent aux apothicaires et aux médecins d'être reconnus et de se distinguer de ceux-ci. Etymologiquement, le terme apothicaire vient d'*apothecarius* en latin et d'*apotheke* en grec signifiant "magasin". Dominique Kassel justifie cet emploi pour exprimer l'opposition qui existe entre l'apothicaire sédentaire et le charlatan itinérant ³⁸. En d'autres termes, le vendeur de drogue tenant boutique garantissait à sa clientèle sa légitimité d'apothicaire. L'itinérance est encore gage de tromperie.

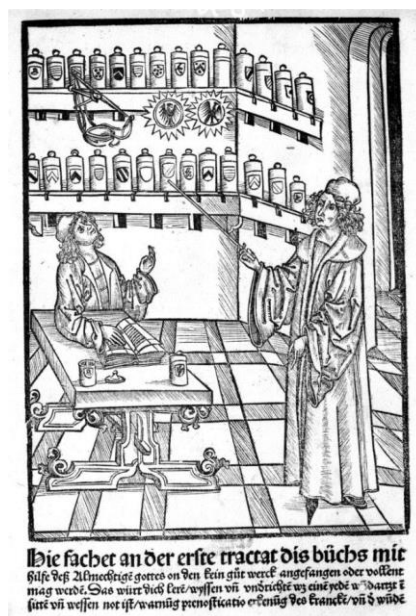


Figure 7 La Boutique d'apothicaire

Brunschwig H., *Boutique d'Apothicaire*, 1497. [gravure]
<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/images/indin.php?refphot=00491>, consulté le 12 mars 2019.

³⁸ KASSEL D., *De l'Apothicaire au pharmacien*, <http://artetpatrimoinepharmaceutique.fr/Publications/p61/De-l-Apothicaire-au-pharmacien>, consulté le 2 mars 2019.

Mais la charlatanerie n'est pas que le fait des temps anciens. Au XIXe siècle la quantité de guérisseurs dans le milieu rural reste très importante comme nous l'illustre un article de l'historien Jacques Léonard qui décrit les différents types de guérisseurs et insiste sur l'indignation des médecins envers les charlatans itinérants :

*« Il est une catégorie d'empiriques qui attire notoirement l'indignation des médecins et pharmaciens : ce sont les charlatans, bonimenteurs itinérants, marchands d'orviétan, prodiges de fioles mystérieuses, de conseils à la cantonade et de sarcasmes antimédicaux. Voyageant parfois en groupe, précédés assez souvent d'affiches prometteuses, ils installent leurs tréteaux sur la place du village, dans les carrefours des villes, au moment des foires et des marchés, venant à la rencontre d'une clientèle rassemblée qu'ils amusent par la séduction tapageuse d'une réclame. »*³⁹

Même si cette description du charlatan peut paraître claire, elle est néanmoins plus compliquée dans les faits comme nous le rappelle Nicole Edelman qui a étudié les charlatans au XIXe siècle : *« Certains docteurs en médecine peuvent être des charlatans et certains, considérés comme des charlatans, devenir à un moment de l'histoire des découvreurs de nouvelles thérapies scientifiques reconnues dans l'espace médical. »*⁴⁰

Il existe d'ailleurs un article du code de déontologie interdisant les charlatans (article 39) et dans les commentaires de l'Ordre on note que par charlatans c'est une conduite de tromperie du patient qui est visée par le manque *d'exactitude rigoureuse* du médecin. Certes l'article 39 est bien distinct de l'article 74 qui concerne la médecine foraine, mais il existe de toute évidence une proximité entre les termes de charlatans et médecins forains. Il était donc important de préciser le rôle des charlatans car la dénonciation de la médecine foraine qui naît au XIXe siècle est en parfaite continuité avec celle qui émanait des médecins officiels envers les charlatans.

³⁹ LEONARD J., « Les guérisseurs en France au XIXe siècle », in *Revue d'Histoire Moderne & Contemporaine*, vol. 27 (1980), n° 3, p. 501-516.

⁴⁰ EDELMAN N., « Médecins et charlatans au XIXe siècle en France », in *Les Tribunes de la sante*, n° 55 (5 juillet 2017), n° 2, p. 21-27.

Chapitre 4 : De la dénonciation à l'interdiction.

1) La défense des intérêts des médecins à travers les siècles

A travers les âges, la défense du corps médical a su s'organiser notamment pour se protéger des agissements des charlatans. Il convient d'en résumer les grandes étapes car la dénonciation de la médecine foraine semble bien en être une illustration. Un ouvrage intitulé *Histoire du droit de la santé* rédigé par trois spécialistes de droit de la santé (Antoine Leca, Alexandre Lunel et Samuel Sanchez) nous livre une explication pertinente de ces étapes ⁴¹.

L'héritage antique : une histoire de famille

Dans l'Antiquité, médecins et pharmaciens étaient confondus sous le terme *pharmacopolae*. On en relevait deux types : *sellula* (« la chaise ») tenant boutique et *circulator*, courant foires et marchés.

En Grèce, l'exercice médical est une histoire de famille, les Asclépiades. Hippocrate fait lui-même partie de cette dynastie vouée à l'art de guérir. L'ouverture à l'extérieur de la famille pour d'autres disciples est garantie par le Serment d'Hippocrate.

A Rome, la médecine était initialement exercée par des esclaves ou affranchis. On retrouve quelques écoles mais aussi des premiers textes traitant de l'autorisation d'exercer pour les médecins publics : approbation d'exercer rendue par un collège d'archiatres en 370. L'idée de responsabilité médico-légale naît également avec la *Lex Aquilia*.

Dans l'Antiquité gréco-romaine se dessine donc déjà une réglementation de l'exercice médical qui semble importante pour garantir une qualité de soins aux populations et permettre à ceux qui exercent l'art de guérir de défendre leur statut de médecins. Toutefois, dans l'Antiquité, malgré le développement de l'enseignement, l'exercice de la médecine n'était encadré par aucune licence⁴².

⁴¹ LECA A., LUNEL A. et SANCHEZ S., *Histoire du droit de la santé*, Édition 2014., Bordeaux, Les Etudes hospitalières, 2014.

⁴² HECKETSWEILER P., « La médecine dans le Monde romain », in *Histoire de la médecine: des malades, des médecins, des soins et de l'éthique biomédicale*, Paris, Ellipses, 2010, p. 87,88.

Moyen-Age et Ancien Régime : les facultés et les corporations

Après la chute de l'Empire romain, la médecine officielle se cantonne aux institutions monastiques. Au XIII^e siècle, naissent les facultés de médecine, ouvrant l'exercice médical à un plus grand nombre. La Religion reste cependant tutrice de l'art médical, la défense des intérêts de la faculté de médecine de Paris est notamment assurée par l'évêque. Mais cette protection ecclésiastique est inopérante malgré la juridiction de l'Official (juge ecclésiastique pouvant prononcer des sentences à l'égard des charlatans à partir de 1220).

A partir du XIII^e siècle, la corporation médicale se tourne progressivement vers le Roi pour ne dépendre que de lui à la fin du XV^e siècle. On retient une date clef à ce changement : 1352, ordonnance royale protégeant l'exercice médical des licenciés de l'Université de Paris ou d'autres universités. Un phénomène similaire se déroule pour la faculté rivale de Montpellier avec la protection par le Roi d'Aragon à la fin du XII^e siècle qui se substitue à celle de l'Eglise. La protection du corps médical est cependant faible voire absente dans les autres villes du Royaume. Les chirurgiens se sont eux séparés des barbiers (petite chirurgie) par l'intermédiaire de la confrérie de Saint-Côme et de Saint-Damien vers 1268 puis se sont organisés autour d'un collège (terme nouveau à l'époque) dirigé par un chirurgien juré du Châtelet au XIV^e siècle. Les barbiers et apothicaires s'organisent également sur un même modèle de corporations dirigé par un « garde du métier », interlocuteur direct du Roi.

Seuls les médecins de la faculté de Paris peuvent exercer *hic et ubique terrarum* c'est-à-dire à l'international. Les facultés provinciales hormis Montpellier ne peuvent délivrer un diplôme d'une telle valeur. Mais ces facultés se développent petit à petit et on dénombre 23 facultés différentes et 19 collèges (dans les villes moyennes) à la fin du XVII^e siècle en France. L'hétérogénéité de la qualité de leur enseignement constitue tout de même un frein à la mobilité des diplômés cantonnant leur exercice à la province de leur faculté d'origine. Naissent également des tensions entre médecins parisiens et médecins provinciaux. Les médecins parisiens s'efforcent de défendre leur monopole d'exercice dans la capitale et ses faubourgs et trouvent le soutien du Roi. A cette corporation s'ajoute la Maison médicale du Roi, composée de médecins, chirurgiens, barbiers, apothicaires ou encore oculistes. Les médecins de cette nouvelle corporation sont détenteurs d'un brevet royal et non d'un diplôme de faculté ou de

collège. Sous Louis XIV, le droit d'exercer en dehors de la Cour leur est donné du fait de leur nombre important et constitue alors une nouvelle menace au monopole de la faculté parisienne.

Plus tard, l'Edit de Marly (1707) vient à nouveau appuyer le rôle des facultés et collèges afin d' « ... empêcher que des personnes sans titre et sans capacité ne (continuent) d'exercer la médecine sans y apporter souvent d'autres dispositions que l'Art criminel d'abuser de la crédulité des Peuples » et a pour but d'uniformiser l'enseignement de la médecine entre les facultés.

Le siècle des Lumières voit jaillir une critique des facultés et de leur enseignement dépassé, trop théorique et encore trop respectueux de la médecine de Galien. Les chirurgiens (Académie royale de Chirurgie en 1731) et les apothicaires (Collège de Pharmacie en 1777), se libèrent de la tutelle imposée par la faculté de médecine.

La Révolution et l'Empire : les lois fondatrices

Du fait de la restriction corporative voulue par la Révolution, l'exercice de la médecine devient libre (décret d'Allarde et loi Le Chapelier en 1791). Mais le manque de protection du statut de médecin génère de l'empirisme et du charlatanisme. Trois Ecoles de Médecine sont donc choisies par Antoine-François de Fourcroy (1755-1809) et ses collègues à la Convention : Paris, Montpellier et Strasbourg⁴³. Peu nombreuses, elles sont épaulées par l'enseignement délivré dans les hôpitaux militaires. Mais la question de la nécessité de diplôme pour exercer est éludée laissant le champ libre à l'exercice parallèle. Les différentes assemblées successives de la 1^{ère} République vont créer le statut d'Officier de Santé pour prodiguer gratuitement des soins aux indigents notamment en province et répondre au besoin urgent des armées. Ces idées influencent alors la Réforme médicale du début du XIX^e siècle. La loi capitale du Consulat dans ce domaine est celle du 19 ventôse de l'an XI (10 mars 1803). Jean-François Lemaire nous le rappelle dans une communication auprès de l'Académie de médecine⁴⁴, cette loi reste pour beaucoup la clef de voûte de l'exercice professionnel. Antoine-François de Fourcroy après avoir réformé l'enseignement médical, en est l'artisan principal, ce qui fait de ce médecin et chimiste

⁴³ HECKETSWEILER P., « La médecine et la Révolution française », in *Histoire de la médecine : des malades, des médecins, des soins et de l'éthique biomédicale*, Paris, Ellipses, 2010, p. 285.

⁴⁴ LEMAIRE J.-F., *La Loi du 19 Ventôse an XI, texte fondateur et expédient provisoire*, <http://www.academie-medecine.fr/la-loi-du-19-ventose-an-xi-texte-fondateur-et-expedient-provisoire/>, consulté le 18 mars 2019.

un des fondateurs de la médecine moderne française⁴⁵. Les grands principes de cette loi sont résumés dans un article célébrant son bicentenaire :

- *Ne peuvent exercer la médecine que les docteurs en médecine ou en chirurgie et les officiers de santé.*
- *Cet exercice est soumis à un droit suivant formation et examens officiels, avec dispositions transitoires pour praticiens antérieurs et reconnaissance de praticiens étrangers par le gouvernement « s'il le juge convenable ».*
- *Ouverture de six écoles spéciales de médecine faisant « subir » quatre années d'études conclues par cinq examens publics, dont deux « nécessairement soutenus en latin ».*
- *Pour acquérir le titre de docteur, soutenance d'une thèse écrite en latin ou en français.*
- *Pour accéder à l'officiât de santé, quatre années de pratique en hôpital civil ou militaire ou cinq années d'attaché à des docteurs ; réception devant un jury départemental avec trois examens en français.*
- *Les docteurs peuvent exercer sur tout le territoire de la République, les officiers de santé seulement dans le département où ils ont été reçus.*
- *Enregistrement de tous ces praticiens sur une liste officielle transmise au ministre de l'Intérieur.*
- *Dispositions complémentaires pour les sages-femmes* ⁴⁶.

Du XIXe siècle à nos jours : les syndicats, les associations et l'Ordre

Au cours du XIXe siècle, le progrès scientifique médical contraste avec le peu d'évolution concernant la réglementation de l'exercice médical mais ce progrès va permettre de développer la légitimité des médecins face aux empiriques.

⁴⁵ FELTGEN K., « Hommage à Antoine-François de Fourcroy (1755-1809) à l'occasion du bicentenaire de sa mort », in *Revue de la Société française d'Histoire des Hôpitaux*, (janvier 2010), n° 136, p. 63-70.

⁴⁶ GUILLAUME P. et HOERNI B., « 1803: le Consulat organise la médecine Une célébration oubliée. », in *La Revue du Praticien*, (2003), n° 53, p. 1619-1621.

La loi du 30 novembre 1892 défendue par le médecin député puis sénateur de la Drôme, M. le Dr Chevandier, met fin aux Officiers de santé ⁴⁷. Ce statut, rendu célèbre par Flaubert avec le personnage de Charles Bovary, résonne avec notre actualité. Il avait été créé par la loi de Ventôse an XI pour combler la désertification médicale rurale. Son intérêt n'était qu'illusoire à la fin du XIXe siècle, les officiers désertant eux-mêmes les campagnes ou briguant le titre de docteur. Mais au sujet des conditions d'exercice, la loi de 1892 n'apporte que très peu de précision. Elle rappelle la nécessité de diplôme à présenter devant la préfecture, l'ouverture au remplacement des internes des hôpitaux, les règles de cession de clientèle, la liberté d'honoraire, l'interdiction de commerce, la possibilité de syndicats médicaux (en appliquant aux médecins la loi Waldeck-Rousseau de 1884), la législation de l'expertise médicale et l'importance du secret professionnel et ses dérogations.

Le Dr Paul Brouardel (1837-1906) est l'artisan principal de cette loi. Ce proche de Louis Pasteur dirigea le Comité d'hygiène publique sous la tutelle du ministère de l'Intérieur à partir de 1884. L'un de ses plus grands combats fut la lutte contre le charlatanisme. En 1906, année de sa mort, il inaugure un Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine ⁴⁸. En réponse à ce congrès, est créé l'Office pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, organe officiel du Syndicat des Médecins de la Seine mais qui est soutenu financièrement par les syndicats de l'ensemble du territoire. Son but était alors de créer un véritable recueil des différents types d'exercices illégaux de la médecine sur l'ensemble du territoire afin de mieux les combattre.

⁴⁷ ROLAND R. (avocat) A. du texte, *Les Médecins et la loi du 30 novembre 1892, étude historique et juridique sur l'organisation de la profession médicale et sur ses conditions d'exercice*, par R. Roland,... Avec une lettre-préface par M. le Dr Chevandier,..., 1893.

⁴⁸ BROUARDEL P., *Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.*, vol.Série 4, 1906.



Figure 8: Antoine-François Fourcroy

Belliard, Zéphyrin Félix Jean Marius. Antoine Marie de Fourcroy [gravure]. XIX^e siècle.

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/images/ind>, consulté le 14 mai 2019

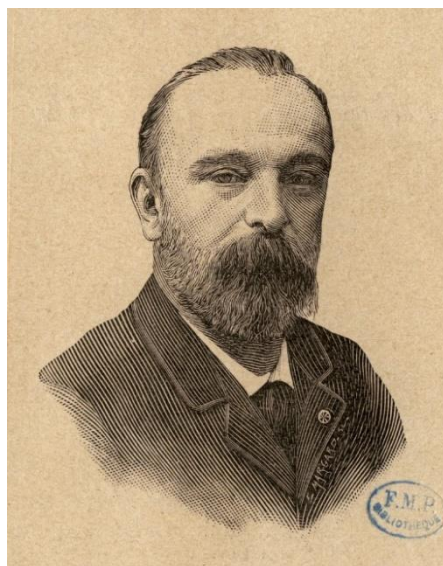


Figure 9 Paul Brouardel

Margard E. Paul Brouardel [gravure]. XIX^e siècle

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/image/index.php?mod=s&tout=brouardel>, consulté le 14 mai 2019

Le début du XX^e siècle voit donc l'avènement des syndicats médicaux qui sont à l'origine de la *Charte de médecine libérale* du 30 novembre 1927 décrivant les libertés médicales par sept grands principes: la liberté de choix du médecin par le malade, la liberté de prescription, le respect du secret médical, le droit à des honoraires pour tout malade soigné, le paiement direct par l'assuré, le contrôle des malades par les caisses d'assurance sociale (et des médecins par leur syndicat) et la représentation syndicale des médecins dans les commissions organisées par les Caisses⁴⁹.

Il convient de ne pas confondre les syndicats et les associations médicales. Celles-ci, dont un des plus anciens exemples est l'Association Médicale Mutuelle de la Seine fondée en 1887, seront présentes dans l'ensemble des départements. Elles ont pour rôle de protéger les médecins avec un système de prévoyance individuelle faisant appel à la solidarité confraternelle⁵⁰.

⁴⁹ HASSENTEUFEL P., « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », in *Les Tribunes de la sante*, n° 18 (26 mars 2008), n° 1, p. 21-28.

⁵⁰ TEXTE A. médicale mutuelle du département de la S.A. du, *Bulletin mensuel de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine: fondée en 1887 par le Docteur Gallet-Lagouey*, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5774109x>, consulté le 9 mai 2019.

Syndicats et associations de secours mutualistes préfiguraient ainsi la naissance de l'Ordre des médecins par la défense de leur droit et le développement de la confraternité.

La possibilité syndicale a donné lieu à une discussion sur l'intérêt d'un Ordre de médecins à l'instar de celui des avocats avec pour objectif de « *maintenir la dignité professionnelle, d'empêcher la concurrence déloyale et d'assurer le bon service du public* » selon la proposition de M. Halgan lors des discussions au Sénat en 1892 à la suite du vote par l'Assemblée nationale de la loi Chevandier⁵¹. Mais ces discussions n'ont pas donné lieu à un Ordre, les obligations morales restant par exemple les mêmes que pour n'importe quel citoyen. Pourtant l'idée d'une institution ordinaire était déjà née près de trente ans auparavant lors du Congrès médical de France en 1845 regroupant près de 2000 médecins à l'Hôtel de Ville de Paris et projetant de créer des conseils médicaux et des chambres disciplinaires départementales. D'après Jean Pouillard, historien de la médecine, la date charnière de création de l'Ordre se situe en 1929 lorsque syndicats et Académie de médecine portent le projet d'une organisation obligatoire « *fidèle gardienne de la moralité professionnelle* »⁵². Les rapports détaillés des discussions amenant à la proposition d'un Ordre à la commission d'Hygiène sont disponibles dans le journal officiel de la Confédération des syndicats médicaux, *Le Médecin de France*⁵³. On y trouve notamment le principe d'élection des conseillers et l'organisation à l'échelle départementale et nationale. Ernest Couteaux (1881-1947), homme politique et médecin, justifie dans ce journal la nécessité d'institution ordinaire par l'immoralité régnante dans le corps médical après la première guerre mondiale à cause de la concurrence rude entre les praticiens. Il décrit ce qu'il appelle les « *médecins d'urinoir* » exerçant la médecine comme un commerce à l'instar des charlatans.

Malgré cette proposition de loi clairement exposée et l'acceptation d'un tel projet par les gouvernements successifs, l'instabilité politique que connaît la France à cette époque ne permettra pas la création de l'Ordre des médecins. L'Ordre naît sous le régime de Vichy le 7 octobre 1940 c'est-à-dire près de cent ans après les premières propositions sérieuses d'une telle institution au Congrès Médical de France de 1845. Appelé Conseil Supérieur de Médecine

⁵¹ SIREY J.-B., *Recueil général des lois et des arrêts : en matière civile, criminelle, commerciale et de droit public.*, 1893.

⁵² POUILLARD J., « [History of the National Council of the Order of Doctors (1845-1945)] », in *Histoire Des Sciences Médicales*, vol. 39 (juin 2005), n° 2, p. 213-223.

⁵³ CONFEDERATION DES SYNDICATS MEDICAUX FRANÇAIS, *Le Médecin de France : journal officiel de la Confédération des syndicats médicaux français*, 1929.

initialement, il ne répond pas complètement aux conditions fixées antérieurement par les syndicats, les conseillers étant nommés par le ministre en charge de la santé et non élus. Dissout à la libération, un nouvel Ordre est créé en 1945 et défend encore aujourd'hui les intérêts moraux des médecins. L'idée de l'Ordre a donc germé bien avant sa concrétisation. La réflexion autour de cette institution est indissociable du concept de déontologie.

2) La naissance d'une déontologie

La dénonciation de la médecine foraine ne peut être évoquée sans rappeler les grandes lignes des origines de la déontologie médicale. La défense des intérêts des médecins à travers les âges nous a permis de comprendre comment les médecins pouvaient se protéger des pratiques déviantes de la médecine par leurs statuts. Au sujet de l'exercice professionnel, la déontologie va quant à elle décrire les devoirs des médecins envers les patients et entre eux, leur donnant ainsi une légitimité morale.

Depuis l'Antiquité, la profession médicale se dote d'une morale, l'exemple le plus parlant étant le serment d'Hippocrate. Pourtant le terme de déontologie n'est que très récent et daterait du début du XIXe siècle, période où naissent les premiers traités de déontologie français. Il est même établi que le terme a été créé par Jeremy Bentham, philosophe britannique (1748-1832). Le père de l'utilitarisme choisit ce terme comme un « nom plus expressif » pour désigner l'éthique. Il s'agirait d'être plus pragmatique et une thèse de sciences de l'éducation de 2007 nous en livre la définition aujourd'hui reprise dans les dictionnaires généraux :

*« L'objet de la déontologie n'est donc pas de fonder philosophiquement la notion d'obligation, ni de comprendre en quoi un devoir est un devoir, mais d'inventorier très concrètement les obligations qui incombent à un professionnel dans l'exercice de sa tâche. »*⁵⁴

Avant le XIXe siècle, la morale médicale est surtout liée à la morale chrétienne mais après la Révolution, les médecins sont dépourvus de morale officialisée par un code disciplinaire à l'inverse des avocats par exemple.

⁵⁴ PRAIRAT E., « L'orientation déontologique », in *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, Vol. 40 (2007), n° 2, p. 95-113.

Un traité capital du milieu du XIXe siècle pose les fondements de la déontologie médicale. Max Simon dans *Déontologie médicale, ou des devoirs et des droits des médecins, dans l'état actuel de la civilisation*⁵⁵ donne notamment des pistes pour l'organisation de la médecine. Une place importante est consacrée à la lutte contre le charlatanisme notamment par l'instauration d'un nombre limité de médecins et par des épreuves probatoires communes à tous avec la suppression des officiers de santé (assimilés à des « demi-médecins »).

Des propositions intéressent notre sujet à savoir la création de médecins :

- cantonaux, indemnisés par les collectivités locales pour assurer des soins à des populations de zones très étendues et peu denses en population.
- suppléants : médecins déclarés comme nomades car remplaçant les médecins installés en différents endroits.
- voyageurs dont le rôle serait d'observer dans différentes régions un rôle de médecine légale, de santé publique (prévention primaire) et de recherche scientifique notamment épidémiologique.

Ces différents rôles témoignent de l'intérêt porté à une médecine itinérante même à cette époque. Mais il n'est jamais question de la médecine foraine à proprement parler ni de la concurrence déloyale qu'un médecin ambulancier représenterait. La seule concurrence déloyale véritablement dénoncée est bien celle du charlatanisme.

Divers traités viendront apporter des pierres à l'édifice d'un code de déontologie. Ils émanent essentiellement de Sociétés médicales locales comme *Devoirs et droits des médecins vis-à-vis de l'autorité, de leurs confrères et du public* : déontologie médicale par le docteur Félix Delfau en 1868 (Comité médical des Bouches-du-Rhône) ou encore, le projet de code de déontologie par le Dr Chalamet, président de la Société locale des médecins de la Drôme et de l'Ardèche en 1895⁵⁶. Mais rien n'est officialisé. On trouve seulement le projet d'une Société Centrale de la Déontologie en 1885 mais sans qu'aucune suite ne lui soit donnée.

La décision de la rédaction d'un code est prise lors du Congrès international de Médecine professionnelle et de déontologie médicale en 1900. Le Pr Grasset de la faculté de Montpellier en sera le plus grand architecte et rédigera les *Principes fondamentaux de déontologie médicale*

⁵⁵ SIMON M., *Déontologie médicale, ou des devoirs et des droits des médecins, dans l'état actuel de la civilisation*, J. B. Baillière, 1845.

⁵⁶ CHALAMET, « Code de déontologie médicale », in *Le Concours Médical*, 17e année (1895), p. 302.

en 1901. 28 articles y résument les devoirs des médecins entre eux. Ces principes ne pouvaient représenter un Code car émanant des réflexions d'un seul individu. Le Pr Grasset accompagne ainsi son ouvrage par la proposition d'un « Conseil supérieur de la Médecine professionnelle »⁵⁷. Ce congrès permet la rédaction d'un avant-projet de code de déontologie en 1904. Composé alors de 112 articles, *Le Progrès médical*⁵⁸ loue l'intérêt de la première partie énumérant les principes de déontologie et cite notamment l'article 7 interdisant au médecin une pratique se rapportant aux charlatans c'est-à-dire l'exercice de la médecine comme un commerce. Mais ce code ne se résume qu'à une plaquette remise aux étudiants en médecine lors de leur soutenance de thèse.

Pourtant les institutions médicales d'époque sont volontaires. Les syndicats soutiennent le projet d'un code par la proposition d'un « règlement de déontologie » en 1929⁵⁹ concomitante à celle de la création d'un Ordre que nous avons déjà décrite. L'Académie nationale de médecine expose ces mêmes désirs dans une séance de la même année⁶⁰.

Les règles conditionnant l'exercice médical sont donc peu nombreuses jusqu'au XIXe siècle. L'absence d'un Ordre garant d'une discipline et le besoin d'une morale par une déontologie amèneront les médecins à défendre leurs intérêts par d'autres moyens. Ce sera par l'intermédiaire des syndicats ou des journaux médicaux. On y trouve la dénonciation d'exercice déviant dont celui de la médecine foraine.

3) La dénonciation de la médecine foraine

La dénonciation de la médecine foraine se retrouve dans les journaux médicaux les plus célèbres à partir de la fin du XIXe siècle. Ces derniers vont permettre une meilleure diffusion des messages individuels et syndicaux. Nous avons pu constater que par *foraine* était soulignée l'itinérance du médecin et que cette pratique était assimilée, le plus souvent à raison, à un exercice illégal de la médecine par des charlatans. Les articles de journaux du début du XXe siècle vont illustrer cette méfiance parfois véhémente des médecins officiels.

⁵⁷ GRASSET B., *Principes fondamentaux de déontologie médicale, d'après le professeur Grasset*, 1901.

⁵⁸ NOIR J., « Bulletin du Progrès médical: à propos de l'avant-projet d'un code de déontologie médicale. », in *Le Progrès médical*, Série 3 (1904), Tome 19, p. 432-433.

⁵⁹ FLEURY (DE) M., « Vers un Ordre des médecins », in *Figaro : journal non politique*, (10 avril 1929).

⁶⁰ BALTHAZARD M.V., « Communications », in *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, (9 avril 1929).

Un article très intéressant du *Concours médical* en 1905 en réponse à la plainte de l'Union des médecins des Syndicats médicaux du Sud- Est, relate la conduite à tenir en cas d'exercice de médecins ambulants ⁶¹. Il convient tout d'abord de vérifier l'identité des dits médecins et même des personnes accompagnant celui-ci. L'exercice illégal de la médecine par les charlatans ou son soutien est ainsi visé (application de la loi de 1892 déjà mentionnée). Il s'agit ensuite de dépister les manœuvres frauduleuses qui rappellent elles aussi la charlatanerie et qui sont interdites dans le code pénal (article 405) : « ...*prospectus mensongers et remplis d'exagération, fausses attestations de guérisons, prescriptions et remèdes qui se trouvent toujours préparés d'avancé* »⁶². Il faut ensuite s'assurer auprès des autorités de l'acquittement par le médecin de la patente (loi du 15 juin 1880). Le Pr Brouardel, déjà cité, dans un cours aux étudiants de médecine de la Faculté de Paris donne également ce conseil en 1906. La paie de la patente dans les différents lieux d'exercice a ainsi pour objectif de décourager les médecins ambulants et pour l'illustrer il reprend le cas déjà mentionné du Dr Bribosia qui dut abandonner son activité⁶³.

L'utilisation de la loi est aussi prescrite pour lutter contre la médecine ambulante dans un article de la *Chronique médicale* trois années plus tard. Alors que le premier alertait sur l'exercice illégal qui était souvent lié à l'itinérance du dit médecin, celui-ci différencie à peine le « médecin ambulante » du charlatan et s'indigne du fait que des médecins diplômés puissent exercer de cette façon : « *Il y a même, parmi ces charlatans, quelques médecins dévoyés pourvus d'un diplôme en règle.* » ⁶⁴

L'application de la loi ne permet donc pas l'interdiction de la médecine ambulante et les différents articles cités n'interdisent pas à un médecin diplômé s'acquittant de ses impôts de l'exercer.

⁶¹ JEANNE H., « A côté de la... "déontologie". -Les médecins ambulants », in *Le Concours Médical*, 27e année (1905), p. 837-838.

⁶² *Ibid.* p. 838

⁶³ BROUARDEL P., *Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.*, op. cit.

⁶⁴ A. C., « Les médecins empiriques, bandagistes, opticiens, "spécialistes" ambulants et la répression de leurs abus. », in *La Chronique médicale : revue bi-mensuelle de médecine historique, littéraire & anecdotique*, (1908), n° 15.

Pour dénoncer cette pratique, les médecins ont également recours aux syndicats. L'Association syndicale des médecins de Meurthe et Moselle nous en donne un exemple en saisissant la Chambre des députés en 1911⁶⁵ pour demander l'obligation de déposer son diplôme à la préfecture pour tout médecin ambulant avant d'exercer dans un lieu.

Un député aborde ce sujet lors des questions parlementaires aux ministres des finances en 1937⁶⁶ au sujet du paiement de la patente par le médecin ambulant illustrant aussi la gêne occasionnée par ce type d'exercice. En réalité, le Pr Brouardel lui-même aurait aimé plus de législation avec la loi de 1892 mais il fut confronté alors à une pauvre mobilisation des médecins : « *La loi de 1892 est incomplète ; mais permettez-moi de vous dire que c'est un peu votre faute. Les rapporteurs à la Chambre, au Sénat, les commissaires du Gouvernement ont sollicité leurs confrères de leur adresser des propositions pouvant entrer dans un texte de loi ; nous avons reçu nombre de lettres de lamentations dénonçant des faits déplorables sans doute, mais aucune proposition visant les mesures à prendre pour les faire cesser.* »⁶⁷

L'Office central pour la Répression de l'exercice illégal de la Médecine voulu par Brouardel va consacrer tout un rapport concernant les médecins ambulants. Le rapporteur, le Dr Paul Dubron, décrit bien que la médecine ambulante peut être pratiquée par des médecins diplômés mais avec un avis très tranché concernant leurs intentions : « *Ces tournées sont effectuées par des empiriques vulgaires ou par des docteurs diplômés que l'amour du lucre ou quelque accroc professionnel a dévoyés* »⁶⁸. On retrouve les deux réponses à donner pour lutter contre cet exercice : réclamation du diplôme par réquisition et acquittement de la patente. Sur ce second point, le rapporteur souligne toute la complexité de l'application de la loi car les médecins ambulants sont particulièrement mobiles et restent de façon temporaire dans un lieu, souvent logés gratuitement par un commerçant en échange de la clientèle appâtée. L'idée de demande d'une « patente spéciale » pour les médecins ambulants est ainsi suggérée aux syndicats médicaux.

L'exercice ambulant n'inquiète pas seulement à propos de la justice fiscale et de la concurrence déloyale. *Le Concours médical* en 1947 laisse un médecin de l'Aisne critiquer négativement

⁶⁵ AUTEUR INCONNU, « Projet d'imposition de la médecine ambulante. », *op. cit.*

⁶⁶ AUTEUR INCONNU, « Réponses des ministres aux questions des parlementaires. Patente d'un médecin ambulant. », in *Le Concours Médical*, 59^e année (1937), p. 1250.

⁶⁷ BROUARDEL P., *Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.*, *op. cit.*

⁶⁸ DUBRON B., « Les médecins empiriques, bandagistes, opticiens, "spécialistes" ambulants et la répression de leurs abus. Rapport à l'Office central de la répression de l'exercice illégal de la médecine. », in *Le Concours Médical*, 69^e année (1908), p. 12-17.

l'utilisation des camions de radiologie ⁶⁹. Même s'il ne s'agit pas de soins de médecine générale, il se plaint du manque de communication relative à la venue de ce camion mais également doute de la qualité des clichés rendus par ce genre de camion. Il illustre ainsi une justification supplémentaire à l'interdiction de la médecine foraine : le manque de qualité des soins.

Un autre article du *Concours médical* assimile directement la médecine ambulante à une pratique foraine. Un certain Dr Paul Durand dans un numéro de 1943 dénonce cette manière d'exercer par les piqueurs officiels :

« Autrefois, la roulotte opérait sur les champs de foire... mais signe des temps, faute de carburant sans doute, elle a atterri au coin de la grande place... là on n'y rasera pas gratis mais on n'y piquera pour rien !! Veuillez remarquer que, pas un seul instant, je ne mets en doute la valeur ni la conscience professionnelle des piqueurs officiels, pas plus que les bienfaits hautement reconnus du pneumo. Ce ne sont pas les soins dispensés qui me choquent, mais la manière de les dispenser. Cette médecine foraine ne me dit rien qui vaille. » ⁷⁰

Cet article illustre parfaitement la dénonciation de la médecine foraine à l'aube de la rédaction du code de déontologie. L'auteur ne dénonce pas des charlatans mais bien des médecins officiels, les piqueurs. Ces derniers soignaient la tuberculose par le seul traitement réellement efficace de l'époque : la collapsothérapie (ou pneumothérapie). Cette méthode n'est également pas un motif de condamnation pour l'auteur mais il s'agit bien de la condition d'exercice qui est visée par cet article. Les problèmes relatifs à un mode d'exercice itinérant sont soulevés : le manque d'hygiène pour un acte peu anodin, le manque de suivi (et notamment l'absence de cure au sanatorium dans les suites de la création du pneumothorax).

Les raisons d'une telle dénonciation sont également exposées dans les premiers traités de déontologie mais avec moins d'animosité et un lexique plus conventionnel remplaçant le terme forain par celui d'ambulante. C'est ainsi que dans *L'encyclopédie d'Ophtalmologie* de 1910, nous pouvons lire une partie consacrée aux oculistes ambulants dont l'activité n'est pas réellement dénoncée mais qui doit répondre à certaines exigences : *« La chose est entrée dans les mœurs, elle nous paraît parfaitement admissible à deux conditions formelles : la première c'est que, au moment où l'on installe un cabinet de consultation dans cette seconde localité, il*

⁶⁹ LEMOINE C., « Réflexions sur les installations ambulantes de radiographies », in *Le Concours Médical*, 69 e année (1947), p. 1429.

⁷⁰ DURAND P., « Les Piqueurs officiels », in *Le Concours Médical*, (11 juin 1943), p. 480.

*n'y ait pas d'oculiste déjà établi dans la même ville; la seconde, c'est que l'on respecte dans le second poste comme dans le premier toutes les règles de la dignité professionnelle, qu'on ne coure pas les foires et marchés. »*⁷¹

Sont déjà anticipés ici les risques principaux de la médecine foraine avec le manque de qualité des soins, la concurrence déloyale et l'absence de constance du lieu d'exercice. Ce passage ajoute un argument au caractère péjoratif de l'association du terme *foire* à l'exercice de la médecine.

C'est donc dans ce contexte de dénonciation du début du XX e siècle que va être rédigé le code de déontologie qui comprendra dès sa première parution au Journal Officiel l'interdiction de la médecine foraine.

4) Inscription dans le code de déontologie

Sous l'Occupation

La création de l'Ordre des médecins tant attendue a lieu sous le régime de Vichy le 7 octobre 1940. Pour la première fois, un code de déontologie commun à l'ensemble des médecins est officialisé. L'institution ordinaire va susciter une réflexion confraternelle pour l'exercice de la médecine ce qui n'était traité que partiellement par les syndicats. Concernant l'exercice de la médecine foraine, nous n'avons pas retrouvé de textes officiels s'en approchant. Ainsi la première version du code de déontologie non publiée au Journal Officiel mais retrouvée dans les lignes du *Concours médical*⁷² ne comportait pas d'article concernant la médecine foraine. Ce code de déontologie d'après les commentaires retrouvés aux Archives nationales serait grandement inspiré du livre du Dr Henri Grenet écrit en 1939⁷³. Ce dernier fit d'ailleurs partie du comité de rédaction.

Sous la présidence du Pr Leriche, l'Ordre des médecins pendant l'Occupation mène des réflexions pour proposer au Conseil d'Etat que le code de déontologie devienne un véritable

⁷¹ KALT E. (1861-1941) A. du texte, CHEVALLEREAU A.A. du texte et ROURE F. (Dr) A. du texte, *Encyclopédie française d'ophtalmologie. 9, Technique chirurgicale. Géographie ophtalmologique. Ophtalmologie vétérinaire et comparée. Hygiène oculaire. La simulation. Médecine légale. Déontologie. Examen de la vision au point de vue du service militaire / Par MM. E. Valude, Roure, Kalt, A. Chevallereau,...*, 1910.

⁷² MIGNON J., « Le Code de déontologie », in *Le Concours Médical*, 63e année (1941), p. 13 à 26.

⁷³ GRENET H., *Essais sur la profession médicale et sur quelques règles qu'elle impose.*, Vigot frères., Paris, 1939.

règlement d'administration publique. La consultation aux Archives nationales des correspondances entre le Conseil national de l'Ordre des médecins (surtout le Pr Aubertin, président de la commission rédactionnelle) et le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille Serge Huard puis R. Grasset, permet de repérer la réflexion intéressant notre sujet⁷⁴. Le projet adopté par le CNOM le 12 décembre 1943 comporte notamment trois articles :

- Art. 10 : interdiction de la médecine comme un commerce
- Art. 15 : interdiction d'exercice adjoint à un commerce
- Art. 70 : interdiction de cabinet secondaire mais possibilité de dérogation si « consultations périodiques dans des agglomérations où il n'existe pas de médecin traitant »

L'interdiction de la médecine foraine n'apparaît donc pas officiellement sous le régime de Vichy, nous n'en avons pas retrouvé de trace également dans les bulletins de l'Ordre de cette époque⁷⁵. Notons que la promulgation d'un code de déontologie au Journal Officiel n'aura pas lieu avant la Libération.

La seule réflexion intéressant notre sujet se trouve dans une édition du *Concours médical* en 1941, année de parution du tout nouveau code de déontologie. L'article traite des cabinets multiples⁷⁶ mais par ce thème évoque l'itinérance des médecins. Pour son auteur, la problématique des cabinets multiples est différente entre omnipraticiens et spécialistes. Pour les premiers, la suppression de l'exercice possible en plusieurs lieux semble être une bonne solution pour répondre à la surdensité médicale de l'époque et ainsi régler certains litiges entre médecins concernant la concurrence déloyale. L'auteur ajoute également qu'il existe un intérêt pour le crédit moral de la profession. En effet, d'après lui, chez les patients, « le discrédit qui frappe le cabinet ouvert à jour fixe ou certaines tournées médicales est peut-être une résonance lointaine des réactions qu'ont suscitées les procédés des anciens charlatans de foires et assemblées... Ne parle-t-on pas de Médecine foraine ? »⁷⁷. Concernant les spécialistes, il existe un intérêt non négligeable à l'exercice en différents lieux. L'auteur rappelle les difficultés de mobilité de l'époque malgré l'automobile et le train. Ainsi, le médecin spécialiste disposant d'un ou plusieurs cabinets secondaires, peut se rendre accessible à des patients n'ayant

⁷⁴ PETILLAT C., « Santé ; Direction générale de la santé ; Sous-direction des professions de santé (1922-1975) », in *Archives nationales de Pierrefitte*, p. 229.

⁷⁵ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Bulletin de l'Ordre des médecins*, Masson., vol.1941-1945, 1945.

⁷⁶ DOURIEZ P., « Sur l'interdiction des cabinets multiples », in *Le Concours Médical*, 65e année (1941), p. 605-607.

⁷⁷ *Ibid.* p.605

pas pu avoir recours à lui. L'auteur avance même l'argument économique pour le médecin qui augmentait ainsi sa clientèle. L'article se conclut par un appel à adapter la réglementation des cabinets multiples aux différentes situations.

L'interdiction présente en 1947

L'ordonnance du 24 septembre 1945 prévoit dans son article 66 la création d'un Code de déontologie soumis par le Conseil de l'Ordre au Conseil d'Etat. La consultation de l'archive *préparation du décret du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale en application de l'ordonnance du 24/09/1945* relative à l'organisation des professions médicales nous révèle que l'article interdisant la médecine foraine est présent dès le projet de décret du 25 juillet 1946 publié par l'Ordre. Malgré l'empressement de l'institution, la nécessité d'accord entre ministre du Travail et de la Sécurité sociale, ministre de la Santé publique et de la Population et garde des Sceaux retardera la promulgation du décret au 27 juin 1947.

Les correspondances lors de la préparation de ce décret ainsi que la lecture des rapports de session du Conseil national de l'Ordre des médecins publiées dans le *Bulletin de l'Ordre des médecins*⁷⁸ de 1946 à 1948 n'ont pas montré de réflexion concernant l'objet de notre étude. L'article 64 interdisant les cabinets multiples suscitait quant à lui de nombreuses discussions, les médecins exerçant dans des cabinets secondaires étant certainement plus nombreux que ceux pratiquant un exercice forain.

Après la publication du premier code déontologique officiel, un article de 1947⁷⁹ dénonce une injustice dans l'application de l'interdiction de la médecine foraine avec un camion équipé pour l'examen des nourrissons qui sillonnera la campagne. L'auteur remarque que l'interdiction valable en médecine individuelle ne l'est pas en médecine collective. En outre, la proximité entre cabinets multiples et médecine foraine dans l'intitulé de cet article illustre tout à fait les crispations générées par de tels exercices par les médecins installés.

⁷⁸ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Bulletin de l'Ordre des médecins*, Masson., vol.1946-1948, 1948.

⁷⁹ AUTEUR INCONNU, « Cabinets multiples, itinérants et forains », in *Le Concours Médical*, 69e année, p. 1672-1673.

Evolution de l'interdiction dans les codes de déontologie successifs

L'archive *Révision du code de déontologie : examen par le Conseil d'Etat (24/11/1955)*⁸⁰ comprend un courrier du CNOM du 5 mai 1955 annonçant au Ministre de la Santé et de la Population, sa volonté de modifier le code de déontologie. Les articles 64 et 66 (traitant respectivement des cabinets multiples et de la médecine foraine) sont déplacés dans le titre Devoirs généraux des médecins à la suite des articles concernant le charlatanisme, la publicité ou l'exercice de la médecine comme un commerce. Ces articles illustrent les exercices déviants que l'Ordre souhaite combattre. En ce qui concerne la médecine foraine, alors qu'elle était explicitée dans le code de 1947, on ne retrouve plus de définition dans l'article 18 de 1955. Le tableau ci-dessous énumère les articles relatifs à son interdiction et les principales modifications qu'on y trouve.

Tableau 1 Evolution de l'article interdisant la médecine foraine dans les différentes versions du code de déontologie médicale.

Année des codes de déontologie successifs	Article interdisant la médecine foraine	Nouveautés
1947 ⁸¹	66	Définie de façon précise par On entend par médecine foraine l'exercice habituel et organisé de la médecine hors d'une installation régulière. Partie Devoirs de Confraternité
1955 ⁸²	18	Titre Devoirs généraux des médecins
1979 ⁸³	64	Titre Règles particulières à certains modes d'exercice

⁸⁰ PETILLAT C., « Santé ; Direction générale de la santé ; Sous-direction des professions de santé (1922-1975) », *op. cit.*

⁸¹ *Journal officiel de la République française. Lois et décrets*, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1564482h>, consulté le 19 mars 2019.

⁸² *Décret n°55-1591 du 28 novembre 1955 abroge et remplace le D. 47-1169 du 27-06-1947, portant code de déontologie médicale*, 1955.

⁸³ *Décret n°79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale*, 1979.

1995 ⁸⁴	74	Introduction de la dérogation possible par le conseil départemental pour des « objectifs de santé publique »
2012 ⁸⁵	74	Dérogation afin de pallier les carences d'offre de soin : « Toutefois, quand les nécessités de la santé publique l'exigent, un médecin peut être autorisé à dispenser des consultations et des soins dans une unité mobile selon un programme établi à l'avance »

Les versions de 1979 et 1995 n'ont pas apporté de modification majeure hormis une place différente dans les parties du code. En 1995, la notion d'*objectifs de santé publique* apporte probablement une mobilité possible dans un contexte médicosocial et de prévention, la problématique de carence de soins étant peu prégnante à cette époque⁸⁶. Enfin, en 2012 le Journal Officiel énonce clairement l'objectif de pallier la carence d'offre de soins par décret modifiant le code de déontologie médicale avec entre autres la possibilité d'exercer la médecine foraine. Le chapitre suivant sera dédié à ce décret.

Exemples d'applications disciplinaires de l'interdiction

Les exemples de décisions disciplinaires du Conseil National de l'Ordre des médecins ont été retrouvés sur leur site internet concernant les années 1990 et sur des fiches qui nous ont été remises par la Section déontologique du CNOM à la suite de notre demande. L'ensemble de ces informations était anonymisé et ni les lieux ni les dates des décisions ne seront explicites afin de respecter les principes d'anonymisation préconisés par le groupe de travail G29 en 2014⁸⁷.

⁸⁴ Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, 1995.

⁸⁵ Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale, 2012.

⁸⁶ CAYLA J.-S., « La santé publique dans le nouveau code de déontologie médicale », in *Revue du droit sanitaire et social (RDSS)*, (15 mars 1996), n° 1, p. 19.

⁸⁷ CNIL: COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE ET LIBERTE, *Le G29 publie un avis sur les techniques d'anonymisation* | CNIL, <https://www.cnil.fr/fr/le-g29-publie-un-avis-sur-les-techniques-danonymisation>, consulté le 12 juin 2019.

La principale cause de condamnation ordinaire relevant de l'article 74 est l'exercice de la médecine dans un lieu inapproprié. Différents degrés de condamnation apparaissent. Un médecin a par exemple donné des consultations dans un département mais rédigé des ordonnances à en-tête d'un ancien cabinet domicilié dans un autre département. Plus gravement sanctionnés, on retrouve de nombreux exemples de consultations dans des chambres d'hôtel (sevrage tabagique, liposuction, intervention chirurgicale, consultation post-opératoire sur son lieu de vacances...). De même, un médecin a été condamné pour avoir exercé dans un centre d'esthétique, centre n'ayant pas un caractère simple de plateau technique mais fonctionnant comme un cabinet secondaire non déclaré. Remarquons que cette décision rappelle aussi l'application de l'article 85 concernant les sites distincts (anciennement cabinets secondaires).

D'autres décisions ont précisé ce que sous-entendait la médecine foraine. Ainsi, le grief « exercice de la médecine foraine » n'a pas été retenu contre un praticien de SOS Médecins qui se rendait aux domiciles des patients dans un contexte d'urgence régulée par standard téléphonique. A contrario, un autre médecin est condamné pour avoir accepté des rendez-vous depuis son cabinet déclaré mais pour visiter des patients quel que soit leur lieu de résidence en faisant valoir ses « compétences médico-juridiques ». Cet exercice de la médecine comme un commerce est assimilable selon l'Ordre des médecins à de la médecine foraine. Ce motif a également été retenu contre un anesthésiste-réanimateur propriétaire de plusieurs maisons de retraite par exemple.

La médecine foraine décrite dans ces décisions met donc en avant deux champs d'application permettant de mieux la définir :

- un exercice dans un lieu inapproprié c'est-à-dire non déclaré et/ou non conforme à la qualité des soins
- un exercice commercial de la médecine pouvant conduire à une concurrence déloyale, la mobilité du médecin lui servant à recruter des patients.

Il est par ailleurs intéressant de constater que la grande majorité des plaintes émane de médecins soulignant ainsi l'enjeu confraternel que suppose l'article 74.

Concernant les unités médicales mobiles, aucune décision disciplinaire ordinaire n'a été trouvée.

Chapitre 5 : La possibilité d'exercer la médecine foraine en 2012 ?

1) Contexte

L'année 2009 voit la promulgation de la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire⁸⁸. L'un des quatre titres de cette loi concerne l'amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire dans un contexte de « déserts médicaux » menaçant. L'Ordre des médecins veut également se montrer force de propositions. En 2010, Michel Legmann, alors président du CNOM, est rapporteur auprès du Président de la République d'une mission concernant les nouvelles aspirations des médecins pour répondre aux demandes de soins⁸⁹. L'Ordre met aussi en place un observatoire démographique⁹⁰. Ces préoccupations ordinaires vont prendre une place importante dans la réflexion concernant la modification du code de déontologie. Les délibérations du CNOM en prévision du décret modifiant le code de déontologie ont en effet lieu au même moment, le 14 mai 2009 puis les 7 et 8 octobre 2010. Michel Legmann y a pris part en s'inspirant peut-être de la proposition de permettre la médecine foraine en 2008⁹¹. L'idée d'un exercice mobile de la médecine lui est chère. Il introduit ainsi le premier bulletin de l'Ordre de l'année 2012, année du décret, par un appel à d'autres solutions que l'augmentation du numéros clausus pour régler le problème de démographie médicale. Il propose notamment des bus médicalisés pour certains territoires isolés⁹². L'Ordre des médecins est donc volontaire en cette période pour adapter ses principes aux nécessités de l'offre de soins.

2) Le décret de 2012

Règlements autonomes de la loi selon l'*article 37 de la Constitution*⁹³, les codes de déontologie des professions de la Santé font désormais partie intégrante du Code de la Santé publique depuis

⁸⁸ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009.

⁸⁹ LEGMANN M., *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale.*, CNOM, 2010.

⁹⁰ CNOM, « L'Ordre crée un Observatoire démographique », in *Médecins, bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*, (avril 2010), n° 10, p. 5.

⁹¹ CNOM, *La liberté d'installation des médecins. Propositions du Conseil national de l'Ordre des médecins, des syndicats d'étudiants en médecine, d'internes et de médecins.*, op. cit.

⁹² LEGMANN M., « Augmenter le numerus clausus, une fausse bonne idée ! », in *Médecins, bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*, (février 2012), n° 21, p. 3.

⁹³ *Constitution du 4 octobre 1958 - Article 37*, 1958.

2004. Cependant, toute modification du code de déontologie est à l'initiative de l'Ordre professionnel en question. Elle est proposée au pouvoir exécutif (premier ministre) et soumise au Conseil d'Etat et à l'Autorité de la concurrence⁹⁴ pour prendre ensuite la forme d'un décret en Conseil d'Etat. Mais selon la hiérarchisation des normes, la loi prévaut sur les codes de déontologie. Les modifications déontologiques sont ainsi devenues des décrets d'application de la loi⁹⁵.

Il en est ainsi pour le décret du 7 mai 2012 modifiant le code de déontologie médicale. Le CNOM a souhaité ajuster le code de déontologie aux principes de la loi relative aux droits des malades de 2002⁹⁶ et de la loi HPST de 2009 précédemment citée. Après délibérations du CNOM, quelques articles du code de déontologie sont modifiés. Parmi eux, on retrouve l'article 74 interdisant la médecine foraine. Désormais, les unités mobiles sont permises selon certaines conditions (article R.4127-74 du code de la santé publique) :

- *La demande d'autorisation est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée. Celui-ci vérifie que le médecin a pris toutes dispositions pour répondre aux urgences, garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins aux patients qu'il prend en charge.*
- *L'autorisation est personnelle et incessible. Il peut y être mis fin si les conditions fixées aux deux alinéas précédents ne sont plus réunies.*
- *Le conseil départemental au tableau duquel le médecin est inscrit est informé de la demande lorsque celle-ci concerne une localité située dans un autre département.*⁹⁷

Le CNOM commente également la dérogation de 2012 en ces termes : « ... les besoins de la population peuvent conduire à mobiliser des médecins pour donner des soins dans des conditions inhabituelles. Dans l'intérêt de la santé publique, le conseil départemental de

⁹⁴ APOLLIS B., « Les sources de la déontologie », in *Revue du droit sanitaire et social (RDSS)*, (30 août 2018), 30/08/2018, p. 23.

⁹⁵ MORET-BAILLY J., « La déontologie médicale de la résistance à la contre-offensive (à propos du décret du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale) », in *Revue du droit sanitaire et social (RDSS)*, p. 11.

⁹⁶ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002.

⁹⁷ Code de la santé publique - Article R4127-74, vol.R4127-74, 2012.

l'Ordre peut alors autoriser un médecin à exercer dans une unité mobile selon un programme défini à l'avance. »

Il redéfinit cependant la médecine foraine comme un exercice « *sans lieu d'exercice permanent, sans moyen technique adapté. Les consultations sont données dans des lieux divers.* »⁹⁸

Ainsi, l'interdiction de la médecine foraine n'a jamais été remise en cause depuis 1947. Mais son application s'est adaptée à des contextes différents. L'exercice déviant au temps de la pléthore médicale a été assimilé à une entrave à la confraternité par une sorte de concurrence déloyale ainsi qu'à la dignité professionnelle du fait d'un manque de qualité des soins. Cet exercice est devenu possible ensuite par dérogation pour permettre une mobilité plus importante des médecins jugée nécessaire par les pouvoirs publics dans le contexte de carence en offre de soins. L'Ordre des médecins insiste sur cette unique dimension mobile que le décret permet, préférant l'expression médecine mobile à celle de médecine foraine lors de l'annonce de cette modification déontologique⁹⁹. Il s'agit désormais de s'intéresser aux conséquences possibles de cette permission.

⁹⁸ CNOM, *Article 74 - Interdiction de la médecine foraine*, <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-4>, consulté le 25 juillet 2019.

⁹⁹ CNOM, « Le code de déontologie modifié », in *Médecins, bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*, (juillet 2012), n° 24, p. 6.

Deuxième partie : Devenir de la médecine foraine

Revue de littérature narrative

La première partie a permis d'expliquer le terme médecine foraine par un abord historique. La dérogation du décret de 2012 à l'interdiction de la médecine foraine permet un exercice plus mobile de la médecine. La médecine foraine est un terme certes pétri de connotations péjoratives mais il semble que l'exercice mobile qu'il revêt suscite un regain d'intérêt dans le contexte de carence d'offre de soins. Afin qu'une réflexion concernant un nouveau mode d'exercice de la médecine soit menée, il convient d'étudier la médecine mobile, terme plus explicite et reconnu au niveau international.

D'après la *loi Hôpital Patient Santé Territoire* de 2009¹⁰⁰, le médecin traitant est la clef de voûte des soins primaires (reprise de la notion anglaise *gate keeper*). Les médecins généralistes doivent ainsi « *contribuer à l'offre de soin ambulatoire* », première mission qui leur incombe dans cette loi. Il paraît ainsi judicieux d'étudier la possibilité d'exercice de la médecine mobile dans la pratique de la médecine générale.

L'objectif principal ici est de réaliser un état des lieux de l'exercice mobile en médecine générale dans un contexte de carence d'offre de soins. Celui-ci permettra ensuite d'évaluer les possibilités de ce nouveau mode d'exercice en France.

¹⁰⁰ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36 | Legifrance, https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_36, consulté le 9 juin 2019.

1) Méthode

La méthode choisie était celle d'une revue de littérature narrative. Le but était de recenser les différents types d'exercice mobile de la médecine et d'en sélectionner des exemples en soins primaires, les mots MeSH « mobile health unit » et « primary healthcare » étaient choisis et traduits sur les sites francophones par « unité itinérante de santé » et « soins primaires ». Le logiciel HeTOP permettait de donner un ensemble de synonymes utiles pour la recherche (Figure 10). Le terme « médecine foraine » était également utilisé dans la recherche médiatique.

centre médical mobile ■ équipe mobile ■ équipe mobile de soins ■
unité médicale mobile
■ unité mobile de soins ■ unité mobile santé ■ unité sanitaire mobile
unité itinérante santé
■ mobile health units
clinic, mobile ■ clinics, mobile ■ field hospital ■ health unit, mobile
■ health units, mobile ■ health van, mobile ■ health vans, mobile ■
hospital, field
■ hospital, mobile ■ hospitals, field ■ hospitals, mobile ■ mobile
clinic
■ mobile health unit ■ mobile health van ■ mobile hospital ■
mobile hospitals
■ unit, mobile health ■ units, mobile health ■ van, mobile health ■
vans, mobile health

Figure 10 Mots MeSH synonymes de "mobile health unit" obtenus grâce au logiciel HeTOP (Health Terminology Ontology Portal)

Les sites utilisés étaient PubMed, Lissa, ScienceDirect et SUDOC pour la littérature scientifique et EUROPRESSE pour les archives de presse francophone. Il n'existait pas de limite temporo-spatiale à cette recherche ni de sélection relative à la langue de rédaction.

Enfin, un premier exemple de projet français de médecine mobile en médecine générale repéré dans les archives de presse était détaillé à la suite d'un entretien téléphonique auprès du chargé de mission d'une société de camion médicalisé.

2) Analyse des résultats

La recherche internationale a permis de définir les différents types de médecine mobile résumés dans le tableau ci-dessous. Ceux-ci ont aidé à concentrer la recherche sur la médecine générale dans le contexte de carence d'offre de soins en excluant les articles qui n'en relevaient pas.

Tableau 2 Applications et justification des unités itinérantes de santé dans le monde. En gras, champ d'application intéressant notre revue.

Champs d'application	Intérêt et objectif
Médecine de spécialité : ophtalmologues, dentiste, psychiatre, chirurgie...	Rendre accessibles les soins pour une population peu consommatrice et à risque
Equipes mobiles de soins	Rendre accessibles les soins palliatifs, l'évaluation gériatrique, la médecine physique et de réadaptation...
Urgences	Eviter une perte de chance en cas de détresse vitale
Médecine humanitaire	Mettre en place temporairement des actions médicales menées en situation de catastrophe (climatique ou guerre), comprend également les articles relevant de la médecine coloniale et de la médecine militaire
Examens complémentaires	Rendre accessibles des techniques d'imagerie notamment de dépistage comme la mammographie mobile
Pharmacie	Délivrance des médicaments par le médecin lui-même
Médecine médico-sociale	Rendre accessibles les soins pour une population en situation de précarité
Prévention primaire	Agir pour la promotion de la santé dans différents cadres : médecine scolaire, éducation sexuelle, planification familiale,

	vaccinations, protection maternelle et infantile...
Prévention secondaire	Réaliser des campagnes de dépistage (utilisation de tests notamment chez les populations toxicomanes)
Télémédecine	Permettre la réalisation d'examens interprétés à distance (utilisation de cabines mobiles sans présence physique du médecin)
Médecine du travail	Service de santé au travail se rendant disponible dans les petites et moyennes entreprises
Soins paramédicaux	Souvent liés à la médecine collective (préventions primaire et secondaire)
Recherche	Utiliser les unités mobiles pour collecter des informations (matériel d'une étude)
Médecine générale	Suivre des patients dans des zones en carence d'offre de soins pour des raisons géographiques ou de démographie médicale

Le champ d'application concernant la médecine générale en zone de carence d'offre de soins a permis de sélectionner un faible nombre d'articles. Ainsi sur le site ScienceDirect, 129 articles traitant de Mobile Health Unit (unité itinérante de santé) relatifs aux soins primaires et 608 sur le site PubMed (recherche alliant « unité itinérante de santé » et « soins primaires ») ont été inclus mais seulement 24 ont été sélectionnés.

Sur le site EUROPRESSE, 91 résultats ont été obtenus avec le terme *médecine foraine* dont 11 articles sélectionnés. Sur le site français LISSA, aucun article n'a été retenu parmi les 18 obtenus et sur le site SUDOC, deux thèses ont été sélectionnées.

Ont été ajoutés un rapport et une revue de littérature d'une association américaine appelée Mobile Health Map dont l'existence a été révélée par un des articles obtenus sur PubMed.

3) Présentation des résultats

La sélection des articles retrouvés dans la revue de littérature doit permettre un état des lieux de la médecine mobile en médecine générale dans un contexte de carence d'offre de soins. Trois parties ont été choisies pour exposer les résultats.

Une première partie (I) illustrera différents exemples d'unités médicales mobiles (UMM) en médecine générale à travers le monde et leur utilisation pour répondre à l'objectif d'accessibilité des soins primaires.

Une deuxième partie (II) traitera des résistances françaises à une médecine mobile en médecine générale en reprenant différentes réactions relatives au concept de *médecine foraine* ou à certains projets d'UMM.

Une troisième partie (III) modélisera une UMM en médecine générale pour en donner une représentation concrète.

Cet état des lieux permettra d'envisager le devenir des UMM en médecine générale dans le contexte déontologique et sociétal français que l'on connaît aujourd'hui.

I) Une réponse à l'objectif d'accessibilité des soins primaires

Selon les pays, la médecine mobile a pu prendre différentes formes. En soins primaires, les UMM sont utilisées parfois depuis longtemps à l'étranger pour rendre accessibles les soins aux plus grands nombres.

1) Pays du Sud : un exercice répandu

Deux types de médecine mobile apparaissent dans les pays émergents. Le premier type est une transition en situation précaire. Des UMM étaient en fonctionnement en Erythrée dans les

années 1980¹⁰¹ ou plus récemment en Angola lors de la reconstruction du système de santé après la fin de la guerre civile en 2002¹⁰². Un second type semble être une solution plus pérenne et organisée se reportant davantage à notre sujet d'étude.

La nécessité d'organisation d'un tel système est évoquée depuis le début du XXe siècle. Un article datant de 1934 traitait des UMM comme faisant partie intégrante du système de soins à l'île Maurice¹⁰³. Dans ce système, le médecin chef (*Health Officer*) était à la tête d'une unité de santé (*Health unit system*) où exerçait sous sa responsabilité une équipe de soignants. L'unité de santé correspondait à un territoire vaste avec des zones reculées où la possibilité d'UMM était évoquée. L'auteur livrait cependant quelques réserves dont celle de la dispersion de la tâche du médecin chef et celle du manque de qualité de soins comparé à un dispensaire. La structure fixe restait ainsi décrite comme la meilleure offre de soins mais l'UMM comme une bonne alternative dans les zones reculées.

Au Kenya, la volonté du gouvernement étant de créer une organisation de soins par territoire, une composante mobile pour prodiguer des soins primaires a été en projet dans les années 1980 dans une région rurale¹⁰⁴. Un article, évaluant l'ensemble de cette organisation de soins sur une période de 10 ans, concluait par la nécessité de réaliser de tels projets dans d'autres provinces du pays vantant l'efficacité de celui qui a été mené.

Beaucoup de projets africains correspondaient à de la médecine humanitaire et même si celle-ci ne faisait pas partie des critères de sélection d'article, on peut citer l'Organisation Non Gouvernementale « Aimes Afrique » qui organise des campagnes dites de *médecine foraine* au Togo alliant dépistage, prévention, consultation ou encore chirurgie¹⁰⁵.

¹⁰¹ SABO L.E. et KIBIRIGE J.S., « Political violence and Eritrean health care », in *Social Science & Medicine*, vol. 28 (janvier 1989), n° 7, p. 677-684.

¹⁰² GREEN A., « Health in Angola in the wake of the presidential election », in *The Lancet*, vol. 390 (23 septembre 2017), n° 10101, p. 1477-1478.

¹⁰³ KIRK J.B., « The health unit system as a means of applying the principles of preventive medicine in rural areas in the tropics », in *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 27 (mai 1934), n° 6, p. 587-592.

¹⁰⁴ JOHNSON K.E., KISUBI W.K., KARANJA MBUGUA J., LACKEY D., STANFIELD P. et OSUGA B., « Community-based health care in Kibwezi, Kenya: 10 years in retrospect », in *Social Science & Medicine*, vol. 28 (janvier 1989), n° 10, p. 1039-1051.

¹⁰⁵ AUTEUR INCONNU, « Campagne de médecine foraine à Kpalimé », in *All Africa (site web)*, https://nouveaueurope.com.ezproxy.normandie-univ.fr/Link/normandieT_1/news.20171016.SALL.095 (16 octobre 2017).

Les pays d'Asie comprennent également des systèmes d'UMM dans leur organisation actuelle de soins. En Indonésie¹⁰⁶ mais également en Inde, une partie de l'offre de soins se fait par cette option. Les UMM sont ainsi devenues la principale source de soins dans les villages isolés et inaccessibles qu'elles desservent.

En Inde en 2015, l'Odisha est une province dont 80% des besoins en soins de santé étaient assurés par les UMM¹⁰⁷. Elles permettaient ainsi d'économiser des frais de déplacement vers le centre de soins de santé primaire ou l'hôpital de district le plus proche. Cependant, les limites d'une telle organisation étaient soulevées en 2018 dans certaines contrées comme dans les réserves de tigres¹⁰⁸. L'accès aux soins y était assuré par des unités itinérantes mais qui ne disposent pas des traitements même des plus basiques obligeant les habitants à utiliser un système d'ambulance coûteux pour se rendre dans un centre de soin.

En Arabie Saoudite, les soins primaires ont été développés en 1983 et pour les rendre accessibles dans les régions rurales, le gouvernement a mis en place des camions médicalisés¹⁰⁹. D'un point de vue matériel, l'accessibilité aux soins dans les zones les plus reculées des pays en voie de développement peut se faire par d'autres moyens que les véhicules routiers tels que les trains en Chine, en Inde, au Zimbabwe ou les bateaux fluviaux au Bangladesh¹¹⁰.

Les UMM sont donc présentes dans les pays émergents pour répondre au besoin d'accessibilité aux soins des populations isolées. Dans les pays du Nord, d'autres réalités ont amené à considérer cette possibilité.

¹⁰⁶ DJOHAN E., INDRAMASIH R., ADENAN M., YUDOMUSTOPO H. et TAN M.G., « The attitudes of health providers towards abortion in Indonesia », in *Reproductive Health Matters*, vol. 1 (1 novembre 1993), n° 2, p. 32-40.

¹⁰⁷ THOMAS D., SARANGI B.L., GARG A., AHUJA A., MEHERDA P., KARTHIKEYAN S.R., JODDAR P., KAR R., PATTNAIK J., DRUVASULA R. et DEMBO RATH A., « Closing the health and nutrition gap in Odisha, India: A case study of how transforming the health system is achieving greater equity », in *Social Science & Medicine*, vol. 145 (1 novembre 2015), p. 154-162.

¹⁰⁸ DASH M. et BEHERA B., « Biodiversity conservation, relocation and socio-economic consequences: A case study of Similipal Tiger Reserve, India », in *Land Use Policy*, vol. 78 (1 novembre 2018), p. 327-337.

¹⁰⁹ ALJASIR B. et ALGHAMDI M.S., « Patient satisfaction with mobile clinic services in a remote rural area of Saudi Arabia », in *Eastern Mediterranean Health Journal = La Revue De Sante De La Mediterranee Orientale = Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit*, vol. 16 (octobre 2010), n° 10, p. 1085-1090.

¹¹⁰ CHATTERJEE P., « Hospital train provides lifeline to rural India », in *Lancet (London, England)*, vol. 375 (29 mai 2010), n° 9729, p. 1860-1861.

2) Pays du Nord : une solution pour les déserts médicaux

Etats-Unis

a) Une solution connue depuis longtemps

La définition des soins primaires suggérant une accessibilité pour l'ensemble de la population, les Etats-Unis ont mis en place depuis longtemps des unités mobiles de soins dans les zones rurales éloignées des centres médicaux.



Figure 11 "Mobile Health Clinic" pour servir les populations rurales d'Oklahoma en 1971

In Carpenter RL. A mobile health clinic in rural Oklahoma. *HSMHA Health Rep.* déc 1971;86(12):1064-5.

Par exemple, depuis plus de trente ans une congrégation religieuse utilise des camions médicalisés pour rendre accessibles les soins dans les Appalaches¹¹¹. De tels soins existaient déjà dans l'Oklahoma rural en 1971¹¹² ou dans les réserves indiennes d'Arizona en 1979¹¹³. Les UMM sont donc considérées depuis longtemps aux Etats-Unis comme pouvant être une

¹¹¹ ISHIDA Y. et KENNEBECK I., « The mobile clinic of St. Mary's health center--a functional plan », in *Southern Medical Journal*, vol. 69 (avril 1976), n° 4, p. 396-400.

¹¹² CARPENTER R.L., « A mobile health clinic in rural Oklahoma », in *HSMHA health reports*, vol. 86 (décembre 1971), n° 12, p. 1064-1065.

¹¹³ FUCHS M., « Provider attitudes toward STARPAHC: a telemedicine project on the Papago reservation », in *Medical Care*, vol. 17 (janvier 1979), n° 1, p. 59-68.

solution pour les zones rurales¹¹⁴. La présence de zones à faible densité de population dans un pays aussi vaste explique ce phénomène.

b) Une médecine mobile désormais étudiée et soutenue

En 2006 aux Etats-Unis a été créée la Mobile Health Map¹¹⁵, projet porté par l'école de médecine de l'Université d'Harvard et une association de clinique mobile. Cette plateforme en ligne permet à la communauté des UMM de collecter l'ensemble de ses données afin de documenter l'implantation géographique et la qualité des services rendus. Un rapport remis par la Mobile Health Map au U.S. Department of Health and Human Services, équivalent au ministère de la santé, effectuait un état des lieux satisfaisant des UMM aux Etats-Unis¹¹⁶. 41% délivraient des soins primaires (les autres délivrant des soins de prévention, des soins dentaires ou encore proposant des mammographies). La population concernée provenait de zones urbaines, rurales et semi-rurales. La dimension médico-sociale était présente dans le rapport notamment dans les zones urbaines (comme on peut le voir Figure 13 avec une répartition inégale des UMM). Les UMM étaient ainsi utilisées pour apporter des soins à des populations marginalisées. Mais il existait également des exemples donnés de soins dans des zones géographiques reculées. Cela permettait par exemple le suivi de maladies chroniques pour éviter tout nouveau recours à l'hospitalisation chez des patients récemment hospitalisés.



Figure 12 Le Family Van à Boston, la première unité mobile de soins évaluée par la MHM,

The Family Van, Meet the Mobile Health Tour: Boston [photographie].

http://www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/15/ihl/community/blog/itemview.aspx?List, consulté le 27 juillet 2019

¹¹⁴ BODENHEIMER T.S., « Mobile units: a solution to the rural health problem? », in *Medical Care*, vol. 7 (avril 1969), n° 2, p. 144-154.

¹¹⁵ *Driving change in health care delivery | Mobile Health Map*, <https://www.mobilehealthmap.org/>, consulté le 27 juillet 2019.

¹¹⁶ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, OFFICE OF MINORITY HEALTH, *Mobile Health Clinics in the United States, reducing disparities. Report for the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health*, 2013.



Figure 13 UMM aux Etats-Unis en 2012

in U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. *Mobile Health Clinics in the United States, reducing disparities. Report for the U.S. Department of Health and Human Services.*

Russie

En Russie, un schéma original de clinique mobile existe afin de répondre aux zones peu denses en population. La revue de photographies *6 mois* dans son édition Printemps/été 2015¹¹⁷ décrivait le *Matvei Moudrov* qui n'est autre qu'un train médicalisé sillonnant la Sibérie sur la voie du Transsibérien. Les villages desservis étaient tellement nombreux qu'ils ne voyaient qu'une à deux fois par an la clinique ambulante. Y étaient prodigués des soins de médecine générale mais également des examens complémentaires et des soins de spécialités comme l'ophtalmologie ou la neurologie. La densité de population y étant la plus faible au monde, la Russie a développé des unités mobiles de soins depuis les années 1980 dans de nombreuses régions rurales¹¹⁸.

Australie

En Australie, une association inspirée du modèle américain a été créée dans le cadre plan de santé 2015-2025 du gouvernement¹¹⁹. L'Australian Mobile Health Clinics Association (AMHCA) compte ainsi développer les soins mobiles dans les domaines de prévention mais également de soins primaires à l'instar de la Mobile Health Map américaine.

¹¹⁷ DANIELS W., « Medical Express », in *6 mois*, Printemps/été 2015 (2015), n° 9, p. 220-249.

¹¹⁸ KALININSKAIA A.A., GUDANOVA E.M., MATVEEV E.N., SHLIAFER S.I., ZAÏTSEV R.M., SOROKIN I.G. et GRECHKO A.V., « [Organization of mobile medical care for the rural population] », in *Problemy Sotsial'noi Gigieny, Zdravookhraneniia I Istorii Meditsiny*, (août 2002), n° 4, p. 29-32.

¹¹⁹ AMHCA Supports Harvard Findings – Mobile Health Clinics Association, <http://www.mobilehealthclinics.com.au/news/amhca-supports-harvard-findings/>, consulté le 9 juin 2019.

Allemagne

La taille des pays précédemment cités et l'existence de zones de faible densité en population justifient la mise en place de tels projets. Cependant, dans les pays de plus petite taille, la désertification médicale peut créer également des zones de carence d'offre de soins. L'Allemagne connaît comme la France ce phénomène et souhaite y trouver des solutions.

En 2018 dans la région rurale de Hesse, la fédération locale de médecins a mis en route une UMM appelée *Médibus* qui dessert six villages concernés par la désertification médicale¹²⁰. Le médecin exerçant dans le bus défendait ce projet comme étant une solution temporaire visant à attirer les plus jeunes vers l'exercice rural en vue d'installations prochaines.



Figure 14 Le Médibus allemand

Parachini. Déserts médicaux : un bus itinérant dans la campagne allemande [photographie]. *Le Quotidien*. <https://www.lequotidien.lu/magazine/deserts-medicaux-un-bus-itinerant-dans-la-campagn-allemande/>, consulté le 9 mai 2019

Les UMM sont donc présentes et étudiées dans les Pays du Nord, elles sont désormais permises par le décret de 2012 en France. Cependant, peu de projets français actuels ont été trouvés, ce qui suggère la présence de résistances au développement de ce nouveau mode d'exercice en médecine générale.

¹²⁰ PARACHINI A., *Déserts médicaux : un bus itinérant dans la campagne allemande*, <https://www.lequotidien.lu/magazine/deserts-medicaux-un-bus-itinerant-dans-la-campagne-allemande/>, consulté le 9 juin 2019.

II) Résistances à l'exercice mobile en médecine générale

1) Des réserves émises par l'Ordre

Dans un article du *Figaro* en 2009¹²¹, une solution pour lutter contre les déserts médicaux ruraux a été présentée comme révolutionnaire. Le *bus santé* était un camion mis à disposition de plusieurs villages de la Picardie par la Mutualité française. S'arrêtant dans les villages, son but était de réaliser de la prévention primaire et du dépistage à l'aide d'une infirmière et d'une assistante sociale. Un second passage du bus dans les villages prévoyait la présence d'un médecin qui pouvait proposer un bilan sanguin ou d'autres examens complémentaires aux patients qui auraient pu être recrutés initialement. L'article relatait le peu d'affluence au début de la mise en place mais les principaux acteurs semblaient tous confiants. Cependant, le même journal relatait six mois plus tard dans son édition du 24 mai 2010¹²², l'opposition du Conseil départemental de l'Ordre de l'Oise à ce projet au nom de l'interdiction de la médecine foraine. La Mutualité française n'a pas compris cette réaction expliquant la seule dimension préventive du projet et a souhaité faire appel de cette décision auprès du CNOM. Un représentant de cette dernière institution interrogé par le journal, tempérait l'avis du Conseil départemental. Selon lui « la problématique de la médecine foraine est dépassée » et dans ce projet, les principales préoccupations étaient le suivi des patients, la confidentialité des informations recueillies et le devenir des dossiers médicaux. Cet exemple révèle aussi que tout exercice de médecine même préventif peut être concerné par l'article 74.

Un exemple similaire à Dreux a suscité une vive réaction de la présidente du CDOM d'Eure-et-Loire. Le contexte était présenté dans une émission radiophonique de mai 2019 : Dreux et ses 30000 habitants avaient perdu en 5 ans 14 médecins avec une population en proie à la précarisation et à l'isolement. L'hôpital de Dreux a donc mis en place un *bus santé* pour assurer des dépistages, de la prévention et à terme des consultations pour les patients n'ayant pas de médecin traitant. Apprenant dans la presse l'existence de ce *bus santé* sillonnant les marchés et

¹²¹ CABUT S., « Un "bus santé" pour pallier le manque de médecins ruraux », in *Le Figaro*, (9 novembre 2009), p. 16.

¹²² WETTSTEIN B., « Le "bus santé" interdit dans l'Oise », in *Le Figaro*, (24 mai 2010), p. 7.

la possibilité de consultations assurées par des médecins dans ceux-ci, la présidente du CDOM s'est indignée de l'absence de demande d'autorisation par son institution prévue par les porteurs du projet¹²³. N'interdisant cependant pas le projet, elle envisageait de demander l'avis de ses confrères généralistes de Dreux. Ecartant une arrière-pensée de concurrence déloyale, elle relayait plus une inquiétude de continuité des soins et de manque de collaboration de la part de ceux-ci.



Figure 16 Consultation à bord du bus santé de Dreux

Radio France, 15 mai 2019 [photographie]
<https://www.franceculture.fr/emissions/le-reportage-de-la-redaction/desert-medicaux-un-bus-sante-sillonne-dreux>, consulté le 27 juillet 2019

Un « bus santé » pour pallier le manque de médecins ruraux

Depuis la fin de l'été, ce cabinet médical mobile propose des consultations gratuites aux habitants des villages les plus isolés de Picardie.

SANDRINE CABUT
ENVOYÉE SPÉCIALE À HANNAPES (OISE)

SANTÉ PUBLIQUE La France rurale manque de médecins. Pour voir un généraliste, certains doivent faire des kilomètres ; d'autres attendent des mois une consultation spécialisée. Face à cette pénurie, une nouvelle médecine de campagne, dite « foraine », est en train de naître. C'est ainsi que, depuis la fin de l'été, un cabinet médical mobile, le « bus santé », sillonne les petites routes de Picardie, la région française la plus désertée en médecins : à peine 250 pour 100 000 habitants, quand la moyenne nationale est à 312. La crise démographique est d'autant plus préoccupante que, dans cette région, beaucoup d'indicateurs sanitaires sont à l'orange, voire au rouge. Le taux de surpoids des Picards est, en effet, bien supérieur à la moyenne nationale, tout comme le nombre de cas de diabètes de type 2. Sans compter la surmortalité par cancers du sein et de l'intestin, maladies cardiovasculaires, pathologies associées au tabac ou à l'alcool.

cholestérol. Surtout, il prend le temps de parler et d'écouter. Une demi-heure est prévue par personne, avec un interrogatoire complet portant sur l'état de santé, les vaccinations, les habitudes alimentaires, l'activité physique, la participation aux programmes de

jours plus tard dans le village avec un médecin à son bord, pour voir ceux qui nécessitent des examens complémentaires, prises de sang notamment.

Pour l'instant, le praticien est en cours de recrutement. Mais le tandem infirmier-assistante sociale peut déjà rendre de fiers services. Cela a été le cas pour

Le « bus santé » stationne devant la mairie d'Hannapes, dans l'Oise pour ses premières consultations gratuites.

MARLENE AUBARD / LE FIGARO

250 médecins pour 100 000 habitants en Picardie

Figure 15 Le bus santé dans l'Oise

Cabut S. Un « bus santé » pour pallier le manque de médecins ruraux. [capture d'écran] Le Figaro. 9 nov 2009;16.

Les réactions ordinales traduisent la nécessité d'encadrer des projets d'UMM. La nécessité de consulter les médecins de Dreux dans notre dernier exemple implique aussi une confiance des médecins dans ces projets. Pourtant, l'expression *médecine foraine* restant présente dans le code de déontologie, son utilisation dans un sens péjoratif par les médecins d'aujourd'hui risque d'ajouter de la méfiance envers ces projets.

¹²³ SCHLEGEL T., *Désert médicaux : un bus santé sillonne Dreux*, <https://www.franceculture.fr/emissions/le-reportage-de-la-redaction/desert-medicaux-un-bus-sante-sillonne-dreux>, consulté le 27 juillet 2019.

2) La médecine foraine encore perçue comme un exercice déviant

La médecine foraine a parfois été un exercice déviant que les médecins se défendaient de pratiquer. Un conflit entre le Ministère de la jeunesse et des sports et les médecins des équipes cyclistes du tour de France a eu lieu en 2001. La délivrance de médicaments par les médecins, tâche réservée aux pharmaciens, était assimilable à de la médecine foraine par les instances alors que les médecins réclamaient une autorisation dans le contexte de mobilité que connaît cet évènement¹²⁴. Une autre manière foraine d'exercer la médecine a également eu lieu la même année. Des médecins ont dispensé des consultations gratuites sur une aire d'autoroute pendant un week-end de vacances d'été afin de sensibiliser les automobilistes aux difficultés administratives qu'ils rencontrent pour faire vivre les cliniques privées. Un médecin interrogé par le journaliste traitant de cette « opération stop-santé »¹²⁵ décrivait des consultations de dépistage sans examen approfondi ni prescription de toute sorte respectant ainsi, pour lui, le principe d'interdiction de la médecine foraine.

L'exercice forain de la médecine a été parfois attribué aux médecins intérimaires, ceux-ci étant perçus comme des « mercenaires ». Cet exercice intérimaire lucratif de la médecine a fait réagir de nombreux médecins notamment les anesthésistes dont la spécialité est particulièrement touchée par ce phénomène. Michel Levy alors président du Syndicat national des anesthésistes-réanimateurs dans un article de *Libération*¹²⁶ de 2009 qualifiait ces médecins de « voyous » car pratiquant ce qu'il nommait de la « médecine foraine ». Jean Garric, un autre anesthésiste interrogé par *L'Est Républicain*¹²⁷ au sujet de l'exercice intérimaire à outrance de sa spécialité déclarait : « *Le mercenariat, on le dénonce car c'est l'équivalent de la médecine foraine. C'est interdit par le code de déontologie et par le code de la Santé publique, il faut le savoir. Théoriquement on n'a pas le droit de travailler comme ça. Mais la demande est là...* ». Effectivement, ce type d'exercice fait écho aux décisions ordinales assimilant l'exercice forain à une dérive commerciale de la médecine.

¹²⁴ AUTEUR INCONNU, « Les médecins menacent le Tour de boycott », in *Le Progrès - Lyon*, (17 juin 2001).

¹²⁵ AUTEUR INCONNU, « Un conflit à la loupe », in *l'Humanité*, (30 juillet 2001).

¹²⁶ FAVEREAU E., « Le butin des médecins volants. », in *Libération*, (31 mars 2009), p. 14.

¹²⁷ VERNIER M.-H., « Dr Jean Garric, anesthésiste », in *L'Est Républicain*, (8 décembre 2014).

Dans une toute autre situation, ont été dénoncés des prélèvements sanguins effectués par des « Street medics » lors des manifestations des « Gilets jaunes » pour dépister la présence de cyanure¹²⁸. Ces prélèvements n'étaient pas compris dans les missions octroyées à la coordination de premier secours qui agit dans un cadre déclaré aux autorités. Le porte-parole de l'Amuf (Association des médecins urgentistes de France) dénonçait alors une pratique foraine de la médecine définie par un exercice non déclaré et dans un lieu inapproprié.

Enfin, en 2009 les co-présidents du syndicat Union généraliste (FMF : Fédération des médecins de France) ont manifesté leur mécontentement de la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) par l'utilisation d'une camionnette décorée d'un écriteau « médecine foraine ». Baptisée la « Vallancienne », elle reprenait le nom d'un urologue ayant proposé l'utilisation « *de camions équipés pour des examens légers et reliés par connexion wifi à une maison de santé ou un établissement de santé* »¹²⁹. Cette proposition tournée ainsi en dérision a été pourtant prise très au sérieux trois années plus tard.



Figure 17 La médecine foraine tournée en dérision, Hamon J.-P. Le show de Jean-Paul Hamon contre la médecine foraine. Fédération des Médecins de France. 2009 [photographie]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/le-show-de-jean-paul-hamon>, consulté le 16 juin 2019

La dénonciation actuelle de la médecine foraine par les médecins concerne surtout des exercices déviants rappelant les sanctions disciplinaires ordinaires relevées dans la première partie. Au-delà d'une concurrence déloyale, il s'agit surtout du manque de dignité professionnelle qui est condamné. Dans un cadre défini, les UMM pourraient tout de même être acceptées par le corps médical. Mais les patients peuvent eux aussi montrer des réticences à de tels projets.

¹²⁸ SIMON C., *Mais qui prélève le sang des Gilets jaunes à même le trottoir lors des manifs?*, <http://www.leparisien.fr/faits-divers/mais-qui-preleve-le-sang-des-gilets-jaunes-a-meme-le-trottoir-lors-des-manifs-11-05-2019-8069772.php>, consulté le 25 juillet 2019.

¹²⁹ HAMON J.-P., *Le show de Jean-Paul Hamon contre la médecine foraine*, <https://www.fmfpro.org/le-show-de-jean-paul-hamon-contre-la-medecine-foraine.html>, consulté le 16 juin 2019.

3) Une population parfois peu demandeuse

Les possibilités de mise en place de projets de médecine mobile suggèrent une adhésion à la fois des patients, des médecins mais également des instances régissant le système de soins.

En ce qui concerne les patients, l'exemple allemand du *Médibus* a montré que leur ressenti était souvent partagé entre le sentiment de réassurance quant à une présence médicale de proximité et celui de déception de ne pas bénéficier d'une installation pérenne et fixe d'un médecin. Les inquiétudes concernant ce type de médecine étaient prégnantes : la faible fréquence de passage du camion mal vécue par les habitants (le camion ne s'arrêtant qu'un à deux jours par village) ou encore le risque de concurrence déloyale ressentie par les autres médecins. Ce projet a d'ailleurs nécessité une autorisation exceptionnelle de l'Ordre des médecins allemand pour pratiquer cette médecine itinérante. En effet, l'article 17 du code de déontologie allemand interdit aussi la médecine en dehors d'un siège médical défini¹³⁰ sans que l'expression *médecine foraine* y soit inscrite.

En France, il semble que cette appréciation soit la même. La seule thèse retrouvée traitant de la médecine foraine a été réalisée en 2016¹³¹. Elle consistait à évaluer justement les représentations d'une médecine mobile itinérante auprès d'un échantillon de personnes vivant dans une zone sous-médicalisée. Cette étude souffrait de nombreux biais notamment de sélection car les patients interrogés disposaient tous d'un médecin à moins de 15 minutes de leur domicile. Les auteurs concluaient à une pertinence plus importante de la médecine itinérante selon le modèle des cabinets secondaires que selon celui des unités sanitaires mobiles.

La littérature allemande nous offre quelques articles évaluant des projets de médecine mobile montrant l'intérêt porté à ce nouveau modèle d'offre de soins. Un projet dans six villes rurales à faible densité de population nommé le *Rollende Arztpraxis* (Cabinet médical roulant) a été évalué par questionnaire destinés aux patients et aux médecins¹³². Les patients ont trouvé ce

¹³⁰ RATZEL R., LIPPERT H.-D. et PRÜTTING J., « (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – », in *Kommentar zur (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 2018, p. 7-22.

¹³¹ LANGLASSE E., *Représentations d'un modèle de médecine générale itinérante par un échantillon de population en zone sous-médicalisée*, Université de Nantes, France, 2016.

¹³² JONAS S., KLAUS-HENDRIK W., SEBASTIAN S., MAIKE R., MARKUS W., UWE B., MARKUS D., THOMAS F., TORBEN H., STEFAN H., PETRA H.-B., RALF J., STEFAN L., RUTH N., MAIK P., JÖML;RG R., CONSTANZE R.,

mode de consultation de proximité agréable s'y rendant à pied ou à vélo. Les médecins itinérants ont validé la possibilité matérielle de consulter dans ce véhicule. Les médecins installés portaient majoritairement un regard positif sur le projet mais certains le critiquaient y voyant des manœuvres politiques à des fins électoralistes.

Une autre étude qualitative allemande¹³³ a interrogé les élus locaux d'une région rurale concernée par la problématique d'accès aux soins. Son objectif était d'évaluer quatre nouveaux modèles d'accès aux soins primaires : la consultation d'assistants médicaux de pratiques avancées au domicile, l'acheminement des patients par bus vers le cabinet, les consultations en télémédecine et l'utilisation d'UMM (Figure 18). Parmi eux, les UMM ont principalement été refusées. La majorité des participants a estimé que l'acceptation des patients pourrait être faible et que l'effort financier nécessaire serait trop important. En outre, le temps de conduite requis des médecins, au détriment du temps de traitement, a été critiqué négativement.

Toutefois la zone d'étude disposait d'une répartition convenable de médecins et les auteurs ont précisé que cette option restait sérieuse notamment grâce à la plus grande mobilité des jeunes générations. A remarquer, l'étude révélait un scepticisme à l'égard de la télémédecine, modèle de traitement qualifié d'impersonnel par les interrogés et d'inadapté pour la population âgée.

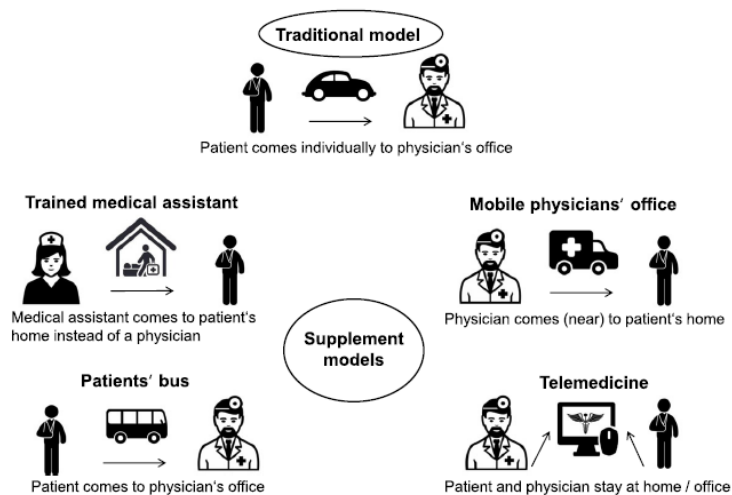


Figure 18 Quatre nouveaux modèles d'offre de soins évalués en Allemagne. Mobile physicians' office: cabinet médical mobile in KUHN B., KLEIJ K.-S., LIERSCH S., STEINHÄUSER J. et AMELUNG V., « Which strategies might improve local primary healthcare in Germany? An explorative study from a local government point of view », in *BMC Family Practice*, vol. 18 (décembre 2017), n° 1, p. 105.

CHRISTIANA S., ANJA Z., JULIUS von I. et REINHOLD H., « Rolling Medical Practice: Ambulant Mobile Medical Care for Rural Areas », in *Studies in Health Technology and Informatics*, (2015), p. 909–909.

¹³³ KUHN B., KLEIJ K.-S., LIERSCH S., STEINHÄUSER J. et AMELUNG V., « Which strategies might improve local primary healthcare in Germany? An explorative study from a local government point of view », in *BMC Family Practice*, vol. 18 (décembre 2017), n° 1, p. 105.

Si ces résistances peuvent présenter une limite à l'exercice mobile en France, le décret de 2012 a néanmoins permis de susciter des initiatives. Un projet est sur le point d'être concrétisé aidant ainsi à la modélisation des UMM en médecine générale.

III) Modélisation d'une unité mobile en médecine générale

1) Exemple de modélisation d'UMM

Un article allemand de 2017 dont l'intitulé est traduit comme suit : « *Des unités de soins mobiles pour renforcer le service de soins dans les milieux ruraux ? Une analyse des concepts et des exigences de mise en œuvre* »¹³⁴ se proposait d'analyser les différents modèles d'UMM existant à l'étranger, ainsi que leur fonctionnement, dans le but de pouvoir adapter ce procédé en Allemagne. Il s'agissait ainsi de trouver une solution à l'urgent problème de désertification médicale des régions rurales du pays. Les auteurs rappelaient l'inefficacité des aides financières à l'installation des médecins généralistes puis donnaient des exemples d'unités mobiles déjà opérantes en Allemagne (mammographie, prévention primaire...). Ils donnaient ensuite des exemples de médecine mobile internationaux et proposaient enfin un schéma d'UMM en médecine générale que nous résumons dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 Modélisation d'un projet de médecine mobile allemand.

Format matériel	Bus médicalisés, camping-cars ou containers mobiles
Professions concernées	Médecins, psychologues, kinésithérapeutes, soignants, pharmaciens, sages-femmes, personnel technique (notamment dans la mise en place de logiciel pour le suivi du patient malgré l'itinérance du cabinet), futurs médecins

¹³⁴ HÄMEL K., KUTZNER J. et VORDERWÜLBECKE J., « Mobile Versorgungseinrichtungen zur Stärkung der Versorgungssicherheit im ländlichen Raum? Eine Analyse von Konzepten und Implementationsanforderungen », in *Das Gesundheitswesen*, vol. 79 (décembre 2017), n° 12, p. 1012-1018.

Populations concernées	Mères / enfants ; vétérans ; personnes âgées ; migrants
Activités	Prévention, détection précoce, diagnostique, thérapie, urgences, soins dentaires, prise en charge sociale et psychologique, rééducation. Prise en charge de maladies chroniques : diabète, cancer, ostéoporose
Objectifs	Informier, expliquer, conseiller, établir un plan de besoins, pour ensuite trouver des solutions à plus long terme (implantation de cabinets définitifs etc.)
Financement	Régions, fonds privés, fondations – question autour du salaire des professionnels de santé

L'article insistait aussi sur la nécessaire mise en confiance, la continuité des rapports, l'interaction sociale et l'atmosphère de sécurité qui devaient être pris en compte dans la réalisation de tels projets. Le *Médibus* allemand est une concrétisation d'une telle modélisation. En France, un premier projet a été relevé. Il convient de le décrire.

2) Un premier projet français

Au-delà d'interroger la perception par les patients d'un projet de médecine itinérante, la thèse française de 2016¹³⁵ propose également une modélisation du projet d'unité mobile de soins primaires. Les patients interrogés imaginent une camionnette en stationnement près d'une salle d'attente fixe, proposant des consultations régulières (un jour par semaine par village au minimum) et dépendant d'un centre de soins fixe. Cette modélisation semble correspondre à celle qui va être expérimentée dans un premier projet français.

¹³⁵ LANGLASSE E., *Représentations d'un modèle de médecine générale itinérante par un échantillon de population en zone sous-médicalisée*, op. cit.

Le journal *La Croix* en septembre 2018 a décrit un projet de cabinet médical mobile dans une région française afin de lutter contre les « déserts médicaux ». Portée par un député et médecin en partenariat avec un entrepreneur de l'économie sociale et solidaire, cette initiative n'est pas encore mise en application même si un premier camion médicalisé est prêt.

Nous avons pu contacter le chargé de projet de cette initiative qui nous a livré quelques détails. L'entrepreneur en question n'est pas à son premier essai de solution mobile. Il s'était illustré notamment dans des habitats mobiles pour personnes SDF (Sans Domicile Fixe). Il a contacté un médecin député de sa région pour envisager une solution mobile en soins primaires. Son entreprise gère l'aspect matériel en s'occupant des UMM et les médecins partenaires, regroupés en association, portent le projet au niveau professionnel. Des zones en carence d'offre de soins ont été identifiées dans leur région. Au nombre de quatre, il s'agissait à la fois de milieux ruraux et de zones urbaines dites sensibles. La plupart sont classées Zones d'Action Prioritaire par l'ARS (Agence Régionale de Santé). L'initiative a été très rapidement confrontée à l'article 74 du code de déontologie médical. Il a fallu justifier la nécessité de santé publique afin d'obtenir l'accord des conseils départementaux de l'Ordre des médecins, rassurer certaines suspicions de concurrence déloyale et défendre la complémentarité de tels cabinets aux installations fixes. Le projet nous a été présenté comme temporaire afin de répondre à une situation critique d'offre de soins mais en attente d'installation médicale plus définitive. Cela n'est pas sans rappeler le projet allemand de *Médibus*. Cette solution serait donc plus flexible et économique que des cabinets secondaires nécessitant un entretien immobilier non négligeable et une multiplicité de matériels. Cependant, les contraintes juridiques liées aux cabinets secondaires et aux cabinets mobiles seraient les mêmes (les deux nécessitant une dérogation). L'adaptation aux besoins a été l'argument principal de la mobilité du cabinet, celui-ci pouvant servir en soins primaires comme en médecine préventive. Concrètement, le médecin conduit l'UMM et parcourt les zones déficitaires selon un programme établi à l'avance. De plus, l'unité mobile dépend d'un centre de santé fixe et central géographiquement offrant une plateforme technique et une sécurisation des données médicales. Enfin, il ne s'agit pas de téléconsultation, la présence physique du médecin auprès du patient étant assurée sur place afin de sauvegarder l'authenticité de la relation médecin-malade. A l'heure de la rédaction de cette thèse, la première UMM n'est pas encore sur les routes, le centre de santé devant l'accueillir n'étant pas entré en fonction.

Mais l'accord des différents conseils départementaux et l'avancée des projets laissent supposer une concrétisation prochaine.



Figure 19 Un premier exemple d'UMM française en médecine générale

AFP. [photographie] <https://www.la-croix.com/France/Contre-deserts-medicaux-tournees-medecins-camionnettes-2018-09-28-1300972324>. consulté le 15 nov 2018

Discussion et perspectives

1) Forces et limites de l'étude

La méthode utilisée était celle d'une revue de littérature narrative c'est-à-dire non systématique et donc non exhaustive. Ce choix a permis d'obtenir un éventail large d'articles sur le plan spatio-temporel pour redéfinir les applications de la médecine mobile et trouver le peu d'articles concernant la médecine générale dans le contexte de carence d'offre de soins. L'absence de critères d'inclusion et d'exclusion bien définis et d'analyse qualitative de l'ensemble des articles contribuent à un faible niveau de preuve sur le plan scientifique. Certains articles n'ont pas été retenus car redondants par exemple. Néanmoins, l'absence de travail de recherche sur ce sujet en France ne permettait pas d'affiner nos critères de recherche.

Concernant les bases de données, elles étaient peu nombreuses. Des recherches sur des bases de données en sciences humaines et sociales auraient pu compléter ce sujet touchant aux politiques de santé. D'autres sites d'archives de presse que le site européen EUROPRESSE auraient pu permettre de donner plus d'exemples, la seule langue française des articles de ce

site étant une limite. Il existe donc certainement des exemples d'UMM en soins primaires dans le monde qui ont été omis par cette recherche.

Il n'existait pas de biais cognitifs importants. Notre regard était dénué de tout jugement quoique intéressé par le sujet et sans conflit d'intérêt.

2) Une interdiction encore pertinente ?

Rôle de l'Ordre

La médecine foraine semble revêtir plusieurs applications. Ce terme est donc né d'une dénonciation des médecins envers un exercice déviant et irrespectueux des « règles de l'art » rappelant les charlatans. La dérive charlatanesque est certes déjà dénoncée par l'article 39 du code de déontologie médicale mais il s'agit des soins proposés qui sont condamnés comme illusoires ou insuffisamment éprouvés. Dans l'article 74, la cible se trouve dans le mode de proposition de ces soins c'est-à-dire la manière d'exercer qui rappelle celle des charlatans courant foires et marchés. L'exercice mercantile supposé dans l'expression *médecine foraine* correspond à un cumul d'activités médicales en différents lieux pour tirer profit de son statut de médecin et recruter des patients. Ces différents écueils ont pour conséquence un manque de qualité des soins et donc une atteinte à la dignité professionnelle dont le code de déontologie est garant. La condamnation de cette application de la médecine foraine ne semble donc pas contestable. La question posée relève de l'intention du médecin exerçant ainsi. En d'autres termes, l'exercice mobile est-il dans l'objectif d'augmenter une patientèle ou de répondre à un besoin dans une zone carencée en offre de soins ? L'Ordre conserve donc un rôle primordial dans le jugement moral de ces projets.

Vers un nouvel article ?

Il reste donc à s'interroger sur la nécessité de conserver l'article 74 dans le code de déontologie médical. L'expression *médecine foraine* revêtant plusieurs dimensions, elle pourrait être qualifiée de vague et imprécise. Alors qu'une médecine itinérante semblait déviante auparavant, elle est désormais réfléchie comme une solution. Il serait peut-être intéressant de décliner toutes les dimensions que sous-tend le terme *médecine foraine* dans le code de déontologie. Cela

permettrait non seulement de préciser les exercices mercantiles et condamnables mais également de rassurer toute entreprise de médecine mobile vertueuse visant à apporter une solution à la problématique de carence en offre de soins. Cela suggère une réactivité et un accord de l'Ordre ce qui pourrait constituer une limite à ce nouveau mode d'exercice.

Le contexte de carence en offre de soins notamment en soins primaires a amené les pouvoirs publics mais également certains syndicats et l'Ordre à reconsidérer l'article 74. Un article similaire concernant les cabinets secondaires a connu une même évolution historique dans le code de déontologie (article 85). En effet, l'existence d'un cabinet secondaire était possible en 1995 mais son nombre n'était que d'un seul au maximum. Or, en 2012, le code a élargi le nombre de sites distincts d'exercice pour répondre à la problématique de carence d'offre de soins. Que ce soit en 1995 ou en 2012, les modifications des articles 74 et 85 ont pour but de faciliter les soins de proximité. Nous pouvons d'ailleurs rassembler sous le concept *d'itinérance médicale* la médecine mobile et l'exercice en sites distincts (cabinets secondaires). L'Académie de médecine les rapproche d'ailleurs dans sa définition actuelle de la médecine foraine :

*« Exercice libéral de sa profession par un médecin qui donne des consultations en plusieurs endroits autres que son cabinet habituel (tel qu'il a été déclaré à la préfecture et au conseil départemental de l'Ordre des médecins) et en dehors d'établissements de soins ou des domiciles de ses malades. L'exercice de la médecine foraine est interdit par le code de déontologie. La création ou le maintien d'un cabinet secondaire est soumis à des formalités administratives fixées par ce code. »*¹³⁶

D'ailleurs les articles concernant la médecine foraine et les cabinets secondaires n'ont-ils pas été changés de place en même temps dans le code de déontologie de 1955¹³⁷? Il y aurait peut-être un avantage à joindre ces deux types d'exercice dans un même article déontologique, leur autorisation relevant de la même réflexion quant à la problématique de carence en offre de soins. En 2019, l'exercice en plusieurs lieux est simplifié sous la demande de l'Ordre, l'autorisation n'étant plus nécessaire, une simple déclaration préalable suffisant. Une telle simplification pourrait peut-être libérer plus d'initiatives si elle concernait également la médecine mobile.

¹³⁶ *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*, <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=m%C3%A9decine+foraine>, consulté le 16 juin 2019.

¹³⁷ PETILLAT C., « Santé ; Direction générale de la santé ; Sous-direction des professions de santé (1922-1975) », *op. cit.*

La notion de médecine foraine déclinée en exercice en lieu inadéquat et/ou non déclaré et en dérive mercantile de la médecine pourrait faire l'objet d'un article différent. Cependant, il existe déjà l'article 19 interdisant la pratique de la médecine comme un commerce et l'article 71 obligeant l'exercice dans un lieu convenable. Ces deux articles pourraient ainsi permettre de condamner les exercices déviants dont on a donné des exemples.

Ainsi, l'expression médecine foraine perdrait peut-être sa place dans le code de déontologie. C'était en tout cas l'avis d'Anne Laude, spécialiste du droit de la santé, lors du décret de 2012 : « *On regrettera l'occasion manquée de faire disparaître du code de la santé publique cette appellation désuète pouvant conduire à certains contresens regrettables.* »¹³⁸

3) Avantages et inconvénients de la médecine mobile

Penchansky et Thomas ont défini cinq domaines d'accès aux soins de santé en 1981¹³⁹: disponibilité, accessibilité, commodité matérielle, viabilité économique et acceptabilité en termes de qualité des soins. Il convient de les reprendre pour vérifier si les unités mobiles y répondent.

Disponibilité

La réticence des populations à l'itinérance médicale concerne surtout ce domaine. Les patients semblent souffrir de l'absence de continuité des soins au plus près de chez eux. L'obligation d'un plan de passages réguliers et le rattachement à un centre de santé fixe visent cependant à les rassurer sur ce point.

Accessibilité

L'exercice en groupe et le manque de médecins éloignent certaines populations des centres de soins primaires. La médecine mobile est une bonne alternative créant une proximité de l'offre de soins tout en permettant au médecin d'éviter un isolement par le rattachement de son unité

¹³⁸ LAUDE A., « Le code de déontologie médicale enfin modifié ! », in *Revue du droit sanitaire et social (RDSS)*, (5 juillet 2012), n° 26, p. 1694.

¹³⁹ PENCHANSKY R. et THOMAS J.W., « The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction », in *Medical Care*, vol. 19 (février 1981), n° 2, p. 127-140.

à un établissement de santé. La Mobile Health Map dans une revue de littérature¹⁴⁰ énumère les barrières à l'accès aux soins que souhaitent lever les unités mobiles. Les obstacles identifiés sont : les difficultés de transport, la géographie, le statut administratif, les coûts financiers, les obstacles linguistiques et culturels, les obstacles psychologiques, l'absence perçue de soins centrés sur le patient, l'intimidation par les établissements de santé, le manque de prestataires de soins de santé, les heures d'ouverture et le problème d'anonymat. Au-delà de la proximité géographique, la médecine mobile permet donc de lever de nombreuses barrières qui font de l'accessibilité un de ses atouts majeurs.

Commodité matérielle

Les exemples d'UMM rassurent sur la possibilité matérielle d'une activité mobile, les possibilités de véhicules aménagés étant nombreuses et la miniaturisation du matériel médical le permettant. Une thèse française concernant un cabinet dentaire mobile détaille de façon très précise l'aménagement d'un camion à cette fin donnant même le prix total du véhicule (moins de 80 000 euros TTC)¹⁴¹. Il semble cependant qu'il y ait des différences entre une camionnette n'offrant pas de salle d'attente et le projet plus abouti mais aussi plus coûteux (600 000 euros sur deux ans) du *Medibus* allemand. Le confort du patient peut être ainsi mis à mal dans des structures aux contraintes spatiales trop importantes. Au Nigéria, le manque de confidentialité ressenti par les patients lors de leur examen clinique dans une UMM¹⁴² suggérait une limite matérielle par rapport aux structures fixes permettant des espaces plus importants et mieux insonorisés. Enfin, la mobilité peut être une entrave à la connexion internet, la pratique de la médecine générale pouvant difficilement s'en passer aujourd'hui.

Viabilité économique

Ce sujet reste en suspens pour le cas français. Le premier projet français décrit envisage une cotation de visite à domicile pour les consultations délivrées dans l'unité mobile suggérant un coût plus important qu'un cabinet fixe (maintenance du véhicule). Cependant, la société pourrait subventionner les programmes mobiles, ceux-ci diminuant les réhospitalisations et le

¹⁴⁰ YU S.W.Y., HILL C., RICKS M.L., BENNET J. et ORIOL N.E., « The scope and impact of mobile health clinics in the United States: a literature review », in *International Journal for Equity in Health*, vol. 16 (5 octobre 2017), n° 1, p. 178.

¹⁴¹ DEGAND V., *Le cabinet dentaire mobile, une solution pour les déserts médicaux*, Université de Lille 2, 2013.

¹⁴² PETERS G., DOCTOR H., AFENYADU G., FINDLEY S. et AGER A., « Mobile clinic services to serve rural populations in Katsina State, Nigeria: perceptions of services and patterns of utilization », in *Health Policy and Planning*, vol. 29 (août 2014), n° 5, p. 642-649.

recours aux services d'urgences comme par exemple aux Etats-Unis¹⁴³. En ce qui concerne la rentabilité, le médecin du *Medibus* allemand déclare recevoir 35 patients par jour, nombre similaire à un cabinet fixe. Néanmoins, le temps de déplacement pour se rendre dans les lieux de consultation risque de diminuer le temps médical auprès des patients.

Qualité des soins

Les études nord-américaines dans le cadre du programme Mobile Health Map mais également dans le contexte d'une loi sur l'accessibilité aux soins (*Affordable Care Act* en 2010) permettent de dégager l'apport des structures mobiles de soins. Une étude de 2014¹⁴⁴ évaluant les facteurs de consultation au *Community Health Care Van* (CHCV) dans le Connecticut établit qu'au-delà des facteurs géographiques et économiques, la présence d'une unité mobile avec accès gratuit et sans rendez-vous amènent les consultations des populations les plus vulnérables et marginalisées. La visibilité et la proximité des UMM permettent ainsi de susciter des consultations. La prévention et le suivi de maladie chronique sont autant de missions du médecin généraliste qui peuvent être facilitées par ce moyen. Cette solution ne crée cependant pas de temps médical supplémentaire. Elle peut ainsi répondre au besoin de proximité des soins mais pas à la problématique de démographie médicale.

4) Un intérêt dans la réflexion actuelle sur l'offre de soins en France ?

La logique de territorialisation de l'offre de soins évoquée en 2008 par le Conseil national de l'Ordre et différents syndicats avec laquelle nous avons introduit ce travail reste très actuelle. En 2016, la création de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) soutenues par les Agences Régionales de Santé (ARS) mais à l'initiative des professionnels en ambulatoire a pour objectif de sauvegarder une proximité des soins primaires organisés et coordonnés dans les territoires. La loi « Ma Santé 2022 » portée par le gouvernement actuel et que le Conseil de l'Ordre des médecins soutient, place l'offre de soins dans les territoires dans ses premières priorités tout comme la loi HPST de 2009. Au niveau hospitalier, cela passerait par le développement de Groupements Hospitaliers Territoriaux (GHT) et des hôpitaux de

¹⁴³ YU S.W.Y., HILL C., RICKS M.L., BENNET J. et ORIOL N.E., « The scope and impact of mobile health clinics in the United States », *op. cit.*

¹⁴⁴ GIBSON B., GHOSH D., MORANO J.P. et ALTICE F.L., « Accessibility and utilization patterns of a mobile medical clinic among vulnerable populations », in *Health & place*, vol. 28 (juillet 2014), p. 153-166.

proximité et au niveau ambulatoire, par celui des CPTS. Cependant, la médecine mobile n'y est pas proposée comme un outil sérieux. Le développement de la télémédecine lui est préféré par exemple.

La médecine mobile semble cependant intéressante à envisager dans la logique de proximité de l'offre de soins avec l'avantage de rendre physiquement accessible la personne du médecin, préservant la relation humaine à l'inverse de la télémédecine. A ce sujet, le ministère allemand a proposé une loi sur l'accès aux soins pour développer la télémédecine mais également les cabinets itinérants (*mobile Versorgung*). Une enquête franco-allemande entre 2015 et 2018 comparant quatre pays européens (Suède, Angleterre, Allemagne et France) cite l'offre de service de soins mobiles parmi d'autres instruments innovants et actuels pour répondre à l'inégalité territoriale de l'offre de soins¹⁴⁵.

Pour répondre à la logique gouvernementale actuelle et aux besoins organisationnels des UMM d'un point de vue pratique et déontologique, un schéma « en étoile » d'une CPTS comprenant un établissement de santé central suppléé par des cabinets secondaires ou des UMM satellites semble tout à fait envisageable dans la logique de territorialisation française. Le projet français naissant correspond à ce schéma et il conviendra de l'évaluer. Pour cela une association française regroupant et évaluant l'ensemble des unités mobiles de santé serait souhaitable.

¹⁴⁵ HASSENTEUFEL P., « Les Politiques de lutte contre les inégalités territoriales d'offre de soins primaires. Une comparaison européenne (France, Allemagne, Angleterre, Suède). », 2019.

Conclusion

Cette thèse a souhaité préciser un article du code de déontologie médicale français interdisant la médecine foraine. Le terme *forain* par lui-même a différentes significations selon les époques, passant d'un synonyme d'étranger à un adjectif relatif à la foire. En médecine, son utilisation remonte au XIXe siècle probablement liée à une erreur de traduction du terme anglais *forensic medicine* (médecine légale). Evoluant au fil de ce siècle dans le langage médical, il a surtout servi à dénoncer un exercice déviant renvoyant aux charlatans courant de foire en foire. Au temps de la pléthore médicale, cette dérivation ne pouvait être acceptée par la plupart des médecins officiels en pleine réflexion déontologique. On trouve ainsi l'interdiction de la médecine foraine dans le premier code de déontologie publié au Journal Officiel en 1947. Défini comme un exercice hors d'une installation professionnelle régulière, il a perduré dans les différentes versions du code de déontologie. Son application disciplinaire a surtout révélé une condamnation de l'exercice en différents lieux à des fins lucratives et compromettant la qualité des soins. Cependant, l'inégalité territoriale de l'offre de soins primaires en France au début de notre siècle a suscité une modification de l'article 74 interdisant la médecine foraine pour permettre un exercice d'unités mobiles dans un cadre défini et accepté par le CDOM. Malgré cette dérogation, peu de projets d'unités médicales mobiles (UMM) en médecine générale ont été trouvés en France. Il existe encore des résistances : autorisation à demander au CDOM, médecins craignant une concurrence déloyale ou une atteinte à la dignité professionnelle et populations inquiètes d'un manque de continuité des soins. Pourtant, de nombreux exemples de réussites d'UMM en soins primaires existent dans le monde avec une évaluation rigoureuse pour certaines. L'Allemagne en particulier met en place ce procédé pour répondre au besoin d'accès aux soins dans un contexte démographique et déontologique similaire à la France. Le sérieux des projets d'UMM contraste avec l'utilisation péjorative du terme *forain*, qualificatif arrivé de façon hasardeuse dans le langage médical. Une nouvelle rédaction de cet article autorisant l'itinérance des médecins pour répondre aux besoins d'accès aux soins serait souhaitable. Les unités mobiles au côté des lieux d'exercice secondaires pourraient ainsi prendre une place dans la logique actuelle de territorialisation de la santé. L'itinérance encadrée du médecin généraliste serait alors une manière de répondre aux objectifs d'accessibilité des soins primaires dont il est le pivot.

Table des illustrations

Figure 1 Baraque foraine.....	10
Figure 2 Marchand ambulant.	10
Figure 3 Tabarin au Pont-Neuf.....	11
Figure 4 Carte des docteurs-régentés installés en Anjou en 1786	14
Figure 5 Le marchand d'Orviétan.....	18
Figure 6 Portrait de Sonnet de Courval	19
Figure 7 La Boutique d'apothicaire	20
Figure 8 Antoine-François Fourcroy.....	27
Figure 9 Paul Brouardel	27
Figure 10 Mots MeSH synonymes de "mobile health unit" obtenus grâce au logiciel HeTOP (Health Terminology Ontology Portal)	45
Figure 11 "Mobile Health Clinic" pour servir les populations rurales d'Oklahoma en 1971...	51
Figure 12 Le Family Van à Boston, la première unité mobile de soins évaluée par la MHM,	52
Figure 13 UMM aux Etats-Unis en 2012	53
Figure 14 Le Médibus allemand.....	54
Figure 15 Consultation à bord du bus santé de Dreux	56
Figure 16 Le bus santé dans l'Oise	56
Figure 17 La médecine foraine tournée en dérision.....	58
Figure 18 Quatre nouveaux modèles d'offre de soins évalués en Allemagne.....	60
Figure 19 Un premier exemple d'UMM française en médecine générale.....	64

Bibliographie

A. C., « Les médecins empiriques, bandagistes, opticiens, “spécialistes” ambulants et la répression de leurs abus. », in *La Chronique médicale : revue bi-mensuelle de médecine historique, littéraire & anecdotique*, (1908), n° 15.

ALJASIR B. et ALGHAMDI M.S., « Patient satisfaction with mobile clinic services in a remote rural area of Saudi Arabia », in *Eastern Mediterranean Health Journal = La Revue De Sante De La Mediterranee Orientale = Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit*, vol. 16 [octobre 2010], n° 10, p. 1085-1090.

APOLLIS B., « Les sources de la déontologie », in *Revue du droit sanitaire et social (RDSS)*, (30 août 2018), 30/08/2018, p. 23.

AUTEUR INCONNU, *Campagne de médecine foraine à Kpalimé*, https://nouveau-europresse-com.ezproxy.normandie-univ.fr/Link/normandieT_1/news.20171016.SALL.095, consulté le 13 décembre 2018.

AUTEUR INCONNU, *L'Ordre des médecins préconise la « médecine foraine »*, https://www.challenges.fr/entreprise/l-ordre-des-medecins-preconise-la-medecine-foraine_377111, consulté le 30 juin 2019.

AUTEUR INCONNU, « Un conflit à la loupe », in *l'Humanité*, [30 juillet 2001).

AUTEUR INCONNU, « Les médecins menacent le Tour de boycott », in *Le Progrès - Lyon*, (17 juin 2001).

AUTEUR INCONNU, « Réponses des ministres aux questions des parlementaires. Patente d'un médecin ambulante. », in *Le Concours Médical*, 59e année [1937), p. 1250.

AUTEUR INCONNU, « Projet d'imposition de la médecine ambulante. », in *Paris médical: la semaine du clinicien*, (1911), p. XXIII.

AUTEUR INCONNU, « L'Union médicale : journal des intérêts scientifiques et pratiques, moraux et professionnels du corps médical. », in *Troisième série*, n° 21, p. 192.

AUTEUR INCONNU, *Encyclopédie du dix-neuvième siècle : répertoire universel des sciences des lettres et des arts, avec la biographie et de nombreuses gravures. Tome 18*, 1870.

AUTEUR INCONNU, *Le scalpel: organe des intérêts scientifiques et professionnels de la médecine, de la pharmacie et de l'art vétérinaire*, Carmanne, 1864.

AUTEUR INCONNU, *Nouvelle bibliothèque médicale*, Paris, Méquignon-Marvis, 1824.

AUTEUR INCONNU, « Cabinets multiples, itinérants et forains », in *Le Concours Médical*, 69e année, p. 1672-1673.

BALTHAZARD M.V., « Communications », in *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, [9 avril 1929).

- BARON P., « Dentistes et Théâtre », in *Actes de la Société française d'histoire de l'art dentaire*, (2006), n° 11, p. 16-20.
- BARTLEY O.W., *A treatise on forensic medicine; or, Medical jurisprudence*, Barry, 1815.
- BIELFELD J.F. von, *L'érudition universelle, ou analyse abr. de toutes les sc., des beaux-arts et des belles lettres*, 1768.
- BODENHEIMER T.S., « Mobile units: a solution to the rural health problem? », in *Medical Care*, vol. 7 [avril 1969], n° 2, p. 144-154.
- BONNEMAIN H., « Charlatans... », in *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, vol. 51 (1963), n° 179, p. 233-236.
- BOUDON-MILLOT V., « Aux marges de la médecine rationnelle : médecins et charlatans à Rome au temps de Galien (IIe s. de notre ère) », in *Revue des Études Grecques*, vol. 116 [2003], n° 1, p. 109-131.
- BRACHET A. (1845-1898) A. du texte, *Dictionnaire étymologique de la langue française : par Auguste Brachet,...* (Huitième édition) / préface par Emile Egger,...
- BROUARDEL P., *Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.*, vol.Série 4, 1906.
- CABUT S., « Un "bus santé" pour pallier le manque de médecins ruraux », in *Le Figaro*, (9 novembre 2009), p. 16.
- CADET DE GASSICOURT S. de médecins et de C., « Définition de Charlatan », in *Dictionnaire des sciences médicales*, Panckoucke, 1812, vol.4, p. 543 à 555.
- CARPENTER R.L., « A mobile health clinic in rural Oklahoma », in *HSMHA health reports*, vol. 86 [décembre 1971], n° 12, p. 1064-1065.
- CAYLA J.-S., « La santé publique dans le nouveau code de déontologie médicale », in *Revue du droit sanitaire et social (RDSS)*, (15 mars 1996), n° 1, p. 19.
- CHALAMET, « Code de déontologie médicale », in *Le Concours Médical*, 17e année [1895], p. 302.
- CHATTERJEE P., « Hospital train provides lifeline to rural India », in *Lancet (London, England)*, vol. 375 (29 mai 2010), n° 9729, p. 1860-1861.
- CHOMEL N., « Orviétan », in *Dictionnaire oeconomique, contenant divers moyens d'augmenter et conserver son bien, et même sa santé ...*, 1709, vol. 2/.
- CNIL: COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE ET LIBERTE, *Le G29 publie un avis sur les techniques d'anonymisation | CNIL*, <https://www.cnil.fr/fr/le-g29-publie-un-avis-sur-les-techniques-danonymisation>, consulté le 12 juin 2019.
- CNOM, *Article 74 - Interdiction de la médecine foraine*, <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-4>, consulté le 25 juillet 2019.

CNOM, « Le code de déontologie modifié », in *Médecins, bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*, [juillet 2012), n° 24, p. 6.

CNOM, « L'Ordre crée un Observatoire démographique », in *Médecins, bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*, (avril 2010), n° 10, p. 5.

CNOM, *La liberté d'installation des médecins. Propositions du Conseil national de l'Ordre des médecins, des syndicats d'étudiants en médecine, d'internes et de médecins.*, 2008.

CONFEDERATION DES SYNDICATS MEDICAUX FRANÇAIS, *Le Médecin de France : journal officiel de la Confédération des syndicats médicaux français*, 1929.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Bulletin de l'Ordre des médecins*, Masson., vol.1946-1948, 1948.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Bulletin de l'Ordre des médecins*, Masson., vol.1941-1945, 1945.

DANIELS W., « Medical Express », in *6 mois*, Printemps/été 2015 [2015), n° 9, p. 220-249.

DASH M. et BEHERA B., « Biodiversity conservation, relocation and socio-economic consequences: A case study of Similipal Tiger Reserve, India », in *Land Use Policy*, vol. 78 (1 novembre 2018), p. 327-337.

DEGAND V., *Le cabinet dentaire mobile, une solution pour les déserts médicaux*, Université de Lille 2, 2013.

DELCLITTE C., « La catégorie juridique «nomade» dans la loi de 1912 », in *Hommes & Migrations*, vol. 1188 [1995), n° 1, p. 23-30.

DENISART J.-B. (1713-1765) A. du texte, *Collection de décisions nouvelles, et de notions relatives à la jurisprudence actuelle. T. 2, Part. 1-2 / ; par Me J.-B. Denisart, ... Sixième édition corrigée et augmentée*, 1768.

DJOHAN E., INDRAWASIH R., ADENAN M., YUDOMUSTOPO H. et TAN M.G., « The attitudes of health providers towards abortion in Indonesia », in *Reproductive Health Matters*, vol. 1 (1 novembre 1993), n° 2, p. 32-40.

DOINEAU E., MESNIER T. et AUGROS S., *Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins*, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018.

DOURIEZ P., « Sur l'interdiction des cabinets multiples », in *Le Concours Médical*, 65e année [1941), p. 605-607.

DUBRON B., « Les médecins empiriques, bandagistes, opticiens, "spécialistes" ambulants et la répression de leurs abus. Rapport à l'Office central de la répression de l'exercice illégal de la médecine. », in *Le Concours Médical*, 69 e année (1908), p. 12-17.

DURAND P., « Les Piqueurs officiels », in *Le Concours Médical*, [11 juin 1943), p. 480.

ECHEVERRIA L. de (dir.), *Code de droit canonique annoté: traduction et adaptation française des commentaires de l'Université Pontificale de Salamanque*, Paris, Éd. du Cerf [u.a.], 1989.

EDELMAN N., « Médecins et charlatans au XIXe siècle en France », in *Les Tribunes de la sante*, n° 55 (5 juillet 2017), n° 2, p. 21-27.

FAVEREAU E., « Le butin des médecins volants. », in *Libération*, [31 mars 2009], p. 14.

FELTGEN K., « Hommage à Antoine-François de Fourcroy (1755-1809) à l'occasion du bicentenaire de sa mort », in *Revue de la Société française d'Histoire des Hôpitaux*, (janvier 2010), n° 136, p. 63-70.

FERUSSAC A.-É.-J.-P.-J.-F.D. "de", *Bulletin général et universel des annonces et des nouvelles scientifiques, publié sous la direction du baron de Ferussac*, Fain, vol. Bulletin des Sciences Médicales, Tome 1, 1824.

FLEURY (DE) M., « Vers un Ordre des médecins », in *Figaro : journal non politique*, [10 avril 1929).

FUCHS M., « Provider attitudes toward STARPAHC: a telemedicine project on the Papago reservation », in *Medical Care*, vol. 17 (janvier 1979), n° 1, p. 59-68.

GIBSON B., GHOSH D., MORANO J.P. et ALTICE F.L., « Accessibility and utilization patterns of a mobile medical clinic among vulnerable populations », in *Health & place*, vol. 28 [juillet 2014), p. 153-166.

GODEFROY F. (1826-1897) A. du texte, *Dictionnaire de l'ancienne langue française et de tous ses dialectes du IXe au XVe siècle : composé d'après le dépouillement de tous les plus importants documents manuscrits ou imprimés qui se trouvent dans les grandes bibliothèques de la France et de l'Europe.... Tome quatrième, Filé-Listage / par Frédéric Godefroy...*, 1881.

GRASSET B., *Principes fondamentaux de déontologie médicale, d'après le professeur Grasset*, 1901.

GREEN A., « Health in Angola in the wake of the presidential election », in *The Lancet*, vol. 390 (23 septembre 2017), n° 10101, p. 1477-1478.

GRENET H., *Essais sur la profession médical et sur quelques règles qu'elle impose.*, Vigot frères., Paris, 1939.

GUILLAUME P. et HOERNI B., « 1803: le Consulat organise la médecine Une célébration oubliée. », in *La Revue du Praticien*, [2003), n° 53, p. 1619-1621.

HÄMEL K., KUTZNER J. et VORDERWÜLBECKE J., « Mobile Versorgungseinrichtungen zur Stärkung der Versorgungssicherheit im ländlichen Raum? Eine Analyse von Konzepten und Implementationsanforderungen », in *Das Gesundheitswesen*, vol. 79 (décembre 2017), n° 12, p. 1012-1018.

HAMON J.-P., *Le show de Jean-Paul Hamon contre la médecine foraine*, <https://www.fmfpro.org/le-show-de-jean-paul-hamon-contre-la-medecine-foraine.html>, consulté le 16 juin 2019.

HASSENTEUFEL P., « Les Politiques de lutte contre les inégalités territoriales d'offre de soins primaires. Une comparaison européenne (France, Allemagne, Angleterre, Suède). », 2019.

- HASSENTEUFEL P., « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », in *Les Tribunes de la sante*, n° 18 [26 mars 2008], n° 1, p. 21-28.
- HECKETSWEILER P., *Histoire de la médecine: des malades, des médecins, des soins et de l'éthique biomédicale*, Paris, Ellipses, 2010.
- HEULHARD A., *La foire Saint-Laurent: son histoire & ses spectacles*, A. Lemerre, 1878.
- ISHIDA Y. et KENNEBECK I., « The mobile clinic of St. Mary's health center--a functional plan », in *Southern Medical Journal*, vol. 69 (avril 1976), n° 4, p. 396-400.
- JEANNE H., « A côté de la... "déontologie". -Les médecins ambulants », in *Le Concours Médical*, 27e année [1905], p. 837-838.
- JOHNSON K.E., KISUBI W.K., KARANJA MBUGUA J., LACKEY D., STANFIELD P. et OSUGA B., « Community-based health care in Kibwezi, Kenya: 10 years in retrospect », in *Social Science & Medicine*, vol. 28 (janvier 1989), n° 10, p. 1039-1051.
- JONAS S., KLAUS-HENDRIK W., SEBASTIAN S., MAIKE R., MARKUS W., UWE B., MARKUS D., THOMAS F., TORBEN H., STEFAN H., PETRA H.-B., RALF J., STEFAN L., RUTH N., MAIK P., JÖRG R., CONSTANZE R., CHRISTIANA S., ANJA Z., JULIUS von I. et REINHOLD H., « Rolling Medical Practice: Ambulant Mobile Medical Care for Rural Areas », in *Studies in Health Technology and Informatics*, [2015], p. 909-909.
- KALININSKAIA A.A., GUDANOVA E.M., MATVEEV E.N., SHLIAFER S.I., ZAITSEV R.M., SOROKIN I.G. et GRECHKO A.V., « [Organization of mobile medical care for the rural population] », in *Problemy Sotsial'noi Gigieny, Zdravookhraneniia I Istorii Meditsiny*, (août 2002), n° 4, p. 29-32.
- KALT E. (1861-1941) A. du texte, CHEVALLEREAU A.A. du texte et ROURE F. (Dr) A. du texte, *Encyclopédie française d'ophtalmologie. 9, Technique chirurgicale. Géographie ophtalmologique. Ophtalmologie vétérinaire et comparée. Hygiène oculaire. La simulation. Médecine légale. Déontologie. Examen de la vision au point de vue du service militaire / Par MM. E. Valude, Roure, Kalt, A. Chevallereau,...*, 1910.
- KASSEL D., *De l'Apothicaire au pharmacien*, <http://artetpatrimoinepharmaceutique.fr/Publications/p61/De-l-Apothicaire-au-pharmacien>, consulté le 2 mars 2019.
- KIRK J.B., « The health unit system as a means of applying the principles of preventive medicine in rural areas in the tropics », in *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 27 [mai 1934], n° 6, p. 587-592.
- KUHN B., KLEIJ K.-S., LIERSCH S., STEINHÄUSER J. et AMELUNG V., « Which strategies might improve local primary healthcare in Germany? An explorative study from a local government point of view », in *BMC Family Practice*, vol. 18 (décembre 2017), n° 1, p. 105.
- LANGLASSE E., *Représentations d'un modèle de médecine générale itinérante par un échantillon de population en zone sous-médicalisée*, Université de Nantes, France, 2016.
- LAUDE A., « Le code de déontologie médicale enfin modifié ! », in *Revue du droit sanitaire et social (RDSS)*, [5 juillet 2012], n° 26, p. 1694.

LE BLEVEC D. et GRANIER T. (dir.), *L'Université de Médecine de Montpellier et son rayonnement (XIIIe-XVe siècles): Actes du colloque international de Montpellier organisé par le Centre historique de recherches et d'études médiévales sur la Méditerranée occidentale (Université Paul Valéry - Montpellier III), 17-19 mai 2001*, Turnhout, Brepols Publishers, vol.71, 2004.

LE PAULMIER C.-S. (1828-1902) A. du texte, *L'Orviétan, histoire d'une famille de charlatans du Pont-Neuf aux XVIIe et XVIIIe siècles / Dr Le Paulmier*, 1893.

LEBRUN F., *Les hommes et la mort en Anjou aux XVIIe et XVIIIe siècles: essai de démographie et de psychologie historiques*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2005.

LECA A., LUNEL A. et SANCHEZ S., *Histoire du droit de la santé*, Édition 2014., Bordeaux, Les Etudes hospitalières, 2014.

LEGMANN M., « Augmenter le numerus clausus, une fausse bonne idée ! », in *Médecins, bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*, (février 2012), n° 21, p. 3.

LEGMANN M., *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale.*, CNOM, 2010.

LEMAIRE J.-F., *La Loi du 19 Ventôse an XI, texte fondateur et expédient provisoire*, <http://www.academie-medecine.fr/la-loi-du-19-ventose-an-xi-texte-fondateur-et-expedient-provisoire/>, consulté le 18 mars 2019.

LEMOINE C., « Réflexions sur les installations ambulantes de radiographies », in *Le Concours Médical*, 69 e année [1947], p. 1429.

LEONARD J., « Les guérisseurs en France au XIXe siècle », in *Revue d'Histoire Moderne & Contemporaine*, vol. 27 (1980), n° 3, p. 501-516.

LEVY J.-P., *Le Pouvoir de guérir: Une histoire de l'idée de maladie*, Odile Jacob, 1991.

LITRE É. (1801-1881) A. du texte, *Dictionnaire de la langue française.... Tome 2 / par É. Littré...*, 1873.

MIGNON J., « Le Code de déontologie », in *Le Concours Médical*, 63e année [1941], p. 13 à 26.

MITTERAUER M., « La continuité des foires et la naissance des villes », in *Annales*, vol. 28 (1973), n° 3, p. 711-734.

MORET-BAILLY J., « La déontologie médicale de la résistance à la contre-offensive (à propos du décret du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale) », in *Revue du droit sanitaire et social (RDSS)*, p. 11.

NOIR J., « Bulletin du Progrès médical: à propos de l'avant-projet d'un code de déontologie médicale. », in *Le Progrès médical*, Série 3 [1904], Tome 19, p. 432-433.

PARACHINI A., *Déserts médicaux : un bus itinérant dans la campagne allemande*, <https://www.lequotidien.lu/magazine/deserts-medicaux-un-bus-itinerant-dans-la-campagne-allemande/>, consulté le 9 juin 2019.

- PENCHANSKY R. et THOMAS J.W., « The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction », in *Medical Care*, vol. 19 (février 1981), n° 2, p. 127-140.
- PETERS G., DOCTOR H., AFENYADU G., FINDLEY S. et AGER A., « Mobile clinic services to serve rural populations in Katsina State, Nigeria: perceptions of services and patterns of utilization », in *Health Policy and Planning*, vol. 29 [août 2014), n° 5, p. 642-649.
- PETILLAT C., « Santé ; Direction générale de la santé ; Sous-direction des professions de santé (1922-1975) », in *Archives nationales de Pierrefitte*, p. 229.
- PLAT V.A.C.L., *Virgile en France, ou la nouvelle Enéide: poëme héroï-comique en style franco-gothique, pour servir d'esquisse à l'histoire de nos jours*, Brede, 1810.
- POUILLARD J., « [History of the National Council of the Order of Doctors (1845-1945)] », in *Histoire Des Sciences Medicales*, vol. 39 (juin 2005), n° 2, p. 213-223.
- PRAIRAT E., « L'orientation déontologique », in *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, Vol. 40 [2007), n° 2, p. 95-113.
- RATZEL R., LIPPERT H.-D. et PRÜTTING J., « (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – », in *Kommentar zur (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 2018, p. 7-22.
- ROLAND R. (avocat) A. du texte, *Les Médecins et la loi du 30 novembre 1892, étude historique et juridique sur l'organisation de la profession médicale et sur ses conditions d'exercice, par R. Roland,... Avec une lettre-préface par M. le Dr Chevandier,...*, 1893.
- SABO L.E. et KIBIRIGE J.S., « Political violence and Eritrean health care », in *Social Science & Medicine*, vol. 28 (janvier 1989), n° 7, p. 677-684.
- (SAINT) DE SALES F., *Les Oeuvres de messire François de Sales,... recueillies dans un corps de volume... Édition nouvelle...*, 1637.
- SCHLEGEL T., *Désert médicaux : un bus santé sillonne Dreux*, <https://www.franceculture.fr/emissions/le-reportage-de-la-redaction/desert-medicaux-un-bus-sante-sillonne-dreux>, consulté le 27 juillet 2019.
- SIMON C., *Mais qui prélève le sang des Gilets jaunes à même le trottoir lors des manifs ?*, <http://www.leparisien.fr/faits-divers/mais-qui-preleve-le-sang-des-gilets-jaunes-a-meme-le-trottoir-lors-des-manifs-11-05-2019-8069772.php>, consulté le 25 juillet 2019.
- SIMON M., *Déontologie médicale, ou des devoirs et des droits des médecins, dans l'état actuel de la civilisation*, J. B. Baillière, 1845.
- SIREY J.-B., *Recueil général des lois et des arrêts : en matière civile, criminelle, commerciale et de droit public.*, 1893.
- SONNET DE COURVAL T.A. du texte, *Satyre contre les charlatans, et pseudomedecins empyriques : en laquelle sont amplement découvertes les ruses & tromperies de tous les theriacleurs, alchimistes, chimistes, paracelcistes, distillateurs, extracteurs de quintescences*,

fondeurs d'or potable, maistres de l'elixir, & telle pernicieuse engeance d'imposteurs...
([Reprod.]) / par M. Thomas Sonnet, sieur de Courval,...., 1610.

SOULE-LIMENDOUX H. (Jean-B.-P.-H.A. du texte, *Ambulants, forains et nomades : thèse... / par Henri Soulé-Limendoux ; Université de Toulouse, Faculté de droit*, 1935.

TEXTE A. médicale mutuelle du département de la S.A. du, *Bulletin mensuel de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine : fondée en 1887 par le Docteur Gallet-Lagouey*, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5774109x>, consulté le 9 mai 2019.

THOMAS D., SARANGI B.L., GARG A., AHUJA A., MEHERDA P., KARTHIKEYAN S.R., JODDAR P., KAR R., PATNAIK J., DRUVASULA R. et DEMBO RATH A., « Closing the health and nutrition gap in Odisha, India: A case study of how transforming the health system is achieving greater equity », in *Social Science & Medicine*, vol. 145 [1 novembre 2015], p. 154-162.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, OFFICE OF MINORITY HEALTH, *Mobile Health Clinics in the United States, reducing disparities. Report for the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health*, 2013.

VERNIER M.-H., « Dr Jean Garric, anesthésiste », in *L'Est Républicain*, (8 décembre 2014).

VICQ D'AZYR F., « Définition Charlatan et Charlatanerie », in *Encyclopédie méthodique, médecine, par une société de médecins*, Paris, 1792, vol.4, p. 648 à 650.

WETTSTEIN B., « Le "bus santé" interdit dans l'Oise », in *Le Figaro*, [24 mai 2010], p. 7.

YU S.W.Y., HILL C., RICKS M.L., BENNET J. et ORIOL N.E., « The scope and impact of mobile health clinics in the United States: a literature review », in *International Journal for Equity in Health*, vol. 16 (5 octobre 2017), n° 1, p. 178.

Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale, 2012.

Code de la santé publique - Article R4127-74, vol.R4127-74, 2012.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009.

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002.

Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, 1995.

Décret n°79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale, 1979.

Constitution du 4 octobre 1958 - Article 37, 1958.

Décret n°55-1591 du 28 novembre 1955 abroge et remplace le D. 47-1169 du 27-06-1947, portant code de déontologie médicale, 1955.

Journal officiel de la République française. Lois et décrets,
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1564482h>, consulté le 19 mars 2019.

Version électronique authentifiée publiée au JO n° 0108 du 08/05/2012 | Legifrance,
https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000025823844, consulté le 7 février 2019.

Code pénal (ancien) - Article 270, vol.270.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36 | Legifrance,
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_36, consulté le 9 juin 2019.

Driving change in health care delivery | Mobile Health Map,
<https://www.mobilehealthmap.org/>, consulté le 27 juillet 2019.

AMHCA Supports Harvard Findings – Mobile Health Clinics Association,
<http://www.mobilehealthclinics.com.au/news/amhca-supports-harvard-findings/>, consulté le 9 juin 2019.

Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=m%C3%A9decine+foraine>, consulté le 16 juin 2019.

MARTIN Théophile

Histoire et devenir de l'interdiction de la médecine foraine en médecine générale.

Médecine humaine et pathologie, Rouen, 2019, 82 p.

RESUME

Depuis le début du XXI^e siècle, la France est concernée par la carence en offre de soins liée à une problématique de démographie médicale. La médecine générale fait partie des spécialités les plus concernées par ce phénomène. En 2012, la nouvelle rédaction du code de déontologie médicale a permis une dérogation à l'interdiction de la médecine foraine (art. 74) dans l'objectif de pallier le manque de médecins. Le terme « médecine foraine » suscite une recherche historique concernant son origine qui semble renvoyer à un exercice déviant digne des charlatans courant de foire en foire. Désignant ainsi un exercice mobile, une revue de littérature narrative internationale permet d'établir un état des lieux de la médecine mobile en médecine générale pour en esquisser les possibilités en France. Ce nouveau mode d'exercice pourrait être une solution pratique par la proximité, l'efficacité et l'adaptabilité qu'il suggère. Une clarification déontologique serait souhaitable en permettant une itinérance plus importante des médecins dans l'objectif d'exercer dans les zones carencées en offre de soins.

MOTS CLES : médecine foraine - médecine itinérante - unité mobile de soins - unité médicale mobile - désertification médicale - carence d'offre de soins - soins primaires - médecine générale - code de déontologie médicale - Ordre des médecins

JURY

Président : Professeur Pierre Déchelotte

Membres :

- Professeur Jean-Loup Hermil
 - Professeur Philippe Hecketsweiler
 - Docteur Jean-Luc Maupas
 - Docteur Matthieu Schuers
 - Docteur Karl Feltgen
-

DATE DE SOUTENANCE : 5 septembre 2019