HAL
open science

La médecine générale mobile : une réponse à la désertification médicale ? Enquête auprès des médecins généralistes des Alpes-de-Haute-Provence

Simon Bottero

▶ **To cite this version:**

Simon Bottero. La médecine générale mobile : une réponse à la désertification médicale ? Enquête auprès des médecins généralistes des Alpes-de-Haute-Provence. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03279309

HAL Id: dumas-03279309

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03279309v1

Submitted on 6 Jul 2021

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

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

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

La médecine générale mobile : une réponse à la désertification médicale ?
Enquête auprès des médecins généralistes des Alpes-de-Haute-Provence

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 30 Juin 2021

Par Monsieur Simon BOTTERO

Né le 9 mai 1987 à Gap (05)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal	**Président**
Madame le Professeur BERBIS Julie	**Assesseur**
Monsieur le Docteur SARRADON Alain	**Assesseur**
Monsieur le Docteur DE LA FOURNIERE Thibaud	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	**:**	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➢ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	**:**	**Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Jean-Paul
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOTTA-FRIDLUND Danielle
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel

MM DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie)
	CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
	T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.)
	Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique)
	Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
	C.GIBBS (U.S.A.)
	J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.)
	R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.)
	M. SCHOU (Danemark)
	M. AMENT (U.S.A.)
	Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
	S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.)
	KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.)
	T. MUNSAT (U.S.A.)
	LIANA BOLIS (Suisse)
	L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique)
	S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.)
	C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.)
	G. HUGUES (Grande Bretagne)
	J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada)
	K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur	T. MARRIE (Canada)
Sir	G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel Surnombre
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiqu
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier Surnombre
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke détachement
VIVIER Eric
XERRI Luc

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DARIEL Anne
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGARDE Stanislas
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MEGE Diane
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROBERT Thomas
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique (disponibilité)
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
CALVET-MONTREDON Céline
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITA
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) Surnombre

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAP*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402CHIRURGIE INFANTILE 5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE E*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)

TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *460*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2(

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DAVID Thierry (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

'CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

'HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *480*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Au Pr Pascal AUQUIER pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance et mon respect.

Au Dr Thibaud DE LA FOURNIERE pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci de m'avoir transmis ton intérêt pour l'univers de la médecine mobile, et de m'avoir fait découvrir la Lozère à travers la formidable aventure AVICENNE. Un immense merci pour ton soutien, ta confiance, et ta réassurance à chaque étape de ce travail.

Au Pr Julie BERBIS pour avoir accepté aussi spontanément de faire partie de mon jury. Merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail, à travers votre regard de spécialiste en santé publique. Soyez assurée de ma respectueuse considération.

Au Dr Alain SARRADON pour m'avoir transmis le goût de la médecine rurale. Merci pour ta grande humanité, ton humilité et la générosité avec laquelle tu transmets aux jeunes générations ta passion pour la médecine générale. Je suis très honoré que tu aies accepté de juger mon travail, ta présence dans ce jury revêt pour moi un caractère symbolique.

A Caroline LIONS, merci infiniment pour ton aide précieuse en tant que statisticienne et amie soutenante. Merci pour ta pédagogie, ton regard affûté, tes réflexions pertinentes et ton soutien indéfectible. Tu seras une formidable soignante, j'en suis certain.

Je dédie cette thèse à Soline, mon amie, ma sœur. Petit soleil parti trop vite. Tu continues à vivre en moi, à chaque instant, avec tant de douceur. Merci pour ces petites graines semées qui colorent ma vision du monde.

A toi Lucas, pour ton amour inconditionnel, ta passion, ta folie, ta profonde générosité, ta subtilité. Merci d'être là pour moi, d'accompagner mes réflexions, de me pousser dans mes retranchements, de me faire grandir sans vieillir. Merci d'être aussi génial ! Я тебя люблю !

A ma famille, ma mère, mon père, Clara, Antoine. Merci pour votre soutien sans faille, votre confiance en moi et en mes choix, malgré tous les rebondissements sur mon chemin de vie. Je vous aime très fort.

A mes amis de tous horizons, sans exception. Les ami.es d'enfance, les p'tites moules, les pipoteur.ses, les carabins, les colocs', les co-internes, les baroudeur.ses, les potes d'apéro, les sportif.ves, les rêveur.ses, les intellectuel.les, les spirituel.les, les torturé.es… Merci pour tout cet amour, tous ces moments où le temps s'arrête. Merci de me faire vivre l'instant présent, et de croquer la vie avec moi, à pleines dents, entre fous-rires, danses, escapades, et longues discussions à refaire le monde. Je vous aime très fort.

A Mina, à Maya, à Charly, à Noah, à Thalie, à Naëlle, à Félix, à Léonce… merci à ces p'tits bouts qui nous défient, nous questionnent, nous recentrent, et nous enrichissent. Je vous aime très fort.

SOMMAIRE

INTRODUCTION **3**

PARTIE I - LA DESERTIFICATION MEDICALE **6**

1- INEGALITES D'ACCES AUX SOINS ET « DESERTS MEDICAUX » 6

a- La notion de « désert médical » 6

b- Etat des lieux de l'offre médicale en France 8

c- Le zonage territorial 11

2- POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA DESERTIFICATION MEDICALE 13

a- Les incitations financières 13

b- Les mesures organisationnelles : exercice coordonné et délégation de tâches 16

c- La télémédecine 17

d- Les mesures contraignantes 18

3- SITUATION DU DEPARTEMENT DES ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE (AHP). 19

a- Principales caractéristiques du territoire 19

b- L'offre de soin 21

c- Les besoins de santé de la population 24

PARTIE II - LA MEDECINE GENERALE MOBILE **26**

1- DEFINITION ET HISTORIQUE 26

a- Définition 26

b- La médecine foraine et son interdiction 26

c- Le cadre législatif actuel 27

d- La démarche d' « *aller-vers* » 29

2- EXPERIENCES EXISTANTES D'UNITES MEDICALES MOBILES 30

a- Dans les pays du Sud 30

b- Dans les pays du Nord 30

c- Expériences françaises 33

PARTIE III - ETUDE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DES ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE **38**

1- MATERIEL ET METHODE 38

a- Type d'étude 38

b- Population étudiée 38

c- Objectifs 38

d- Hypothèses 39

e- Elaboration du questionnaire 39

f- Structure du questionnaire 45
g- Recueil des données 47
h- Analyse statistique 47
2- RESULTATS 49
a- Description de la population 49
b- Connaissances de la médecine générale mobile (MGM) 52
c- Acceptabilité de la MGM dans le département 53
Adhésion à la MGM (variable à expliquer n°1) 53
Les leviers 55
Les freins 57
d- Implication potentielle des médecins *(variable à expliquer n°2)* 58
e- Esquisse d'un modèle de MGM dans les AHP 60
3- DISCUSSION 63
a- Discussion sur la méthode 63
b- Discussion sur les résultats 64

CONCLUSION : Vers une transformation des soins de premiers recours ? 69
BIBLIOGRAPHIE 70
ABREVIATIONS 74
ANNEXES 75

INTRODUCTION

Genèse du sujet

Ce projet de thèse est né d'un questionnement sur l'offre de soins primaires dans les territoires ruraux les plus isolés, et son accessibilité. La réflexion a été enrichie par une expérience d'internat de six mois au sein d'un dispositif mobile basé à Florac (Lozère), proposant des permanences médico-sociales itinérantes dans les Cévennes. Créé en 2016 par le Dr T. de La Fournière, qui dirige ce travail, et portée par l'association locale « Quoi de 9 », AVICENNE (Accueil Véhiculé Itinérant en Cévennes) sillonne le territoire à la rencontre de personnes en situation d'isolement (1). L'objectif est de leur proposer un premier contact médical et social, et de les accompagner petit à petit vers le système de droit commun.

Une question s'est alors posée : dans quelle mesure ce type de dispositif innovant pourrait se dupliquer dans des territoires aux caractéristiques similaires, pour répondre localement à des enjeux de santé publique ? De là est née l'idée de ce travail universitaire, qui vient adjoindre à ma réflexion sur les enjeux de la désertification médicale des perspectives pratiques pour y remédier.

Justification

En France, le contexte de démographie médicale actuel génère des situations de carence d'offre de soins dans un grand nombre de territoires (2). Les zones rurales sont particulièrement touchées par ce phénomène, devenant des lieux où les inégalités d'accès aux soins se creusent, avec pour conséquence directe des phénomènes d'exclusion, d'isolement et de renoncement aux soins (3).

Plusieurs mécanismes expliquent cette évolution de la démographie médicale des dernières décennies. Le *numérus clausus* instauré en 1971 pour réguler le nombre de médecins formés ne permet actuellement pas de compenser les départs à la retraite (2,3). La répartition des médecins en exercice est très inégale d'un territoire à l'autre, les zones rurales étant généralement les plus impactées (3). Par ailleurs, la profession médicale connait des changements sociologiques majeurs avec une génération de jeunes médecins revendiquant davantage de flexibilité, de liberté et de travail en équipe (3,4). L'exercice isolé du « médecin

de campagne » semble de moins en moins attractif, et de nombreux cabinets ruraux ferment sans trouver de successeur.

Pour répondre à ces problématiques d'offre et de répartition médicale en zone rurale, les pouvoirs publics ont déployé plusieurs stratégies : réforme des études médicales, incitations financières, organisation territoriale des soins, innovations technologiques telles que la télémédecine, etc. (5). Des mesures plus contraignantes obligeant les jeunes médecins à exercer en zone fragile ont même été envisagées (6).

L'idée de rendre la médecine générale plus « mobile » a été évoquée à plusieurs reprises ces dernières années (7–9), dans le but d'aller vers des populations isolées du système de soin. Cependant, jusqu'en 2012 les projets de médecine générale mobile ne pouvaient voir le jour, s'opposant directement à l'article 74 du Code de Déontologie médicale. Cet article interdit en effet l'exercice de la « médecine foraine », définie comme « *une médecine sans lieu d'exercice permanent, sans moyen technique adapté. Les consultations sont données dans des lieux divers* » (10).

La révision du Code de Déontologie médicale de 2012 a permis d'assouplir cette interdiction dans le but de rendre possible des projets innovants dans l'intérêt de la santé publique. La médecine « foraine » reste interdite, mais des dérogations peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre des médecins : « *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* » (11).

Désormais rendu possible et légal sous certaines conditions, l'exercice de la médecine générale mobile pourrait s'avérer intéressant pour délivrer des soins de premier recours dans des territoires fragiles, auprès de populations vulnérables. Des dispositifs d'unités mobiles de médecine générale ont récemment été modélisés (12), et un premier exemple de « Médicobus » a vu le jour en Octobre 2020 dans le département sous-doté de l'Orne (13,14).

Ce travail universitaire cherche à questionner la problématique des inégalités de répartition médicale en zone rurale et de ses solutions potentielles à travers l'étude d'un territoire particulier : le département des Alpes-de-Haute-Provence (AHP). A prédominance rurale, morcelé par des reliefs de moyenne et de haute montagne, les temps d'accès aux services y sont plus longs que dans le reste de la région. La moyenne d'âge des habitants comme des médecins est vieillissante, ce qui fait de ce département un des plus fragiles de la région PACA (15).

Une première partie sera consacrée à une réflexion critique sur la notion de « désertification médicale ». Les problématiques d'offre de soins primaires et d'inégalités d'accès seront abordées, d'abord de façon générale puis en se focalisant sur le département des AHP. Les stratégies politiques de lutte contre la désertification médicale, mises en place depuis une dizaine d'années, seront présentées.

Celles-ci n'ont, jusque-là, pas fait le pari du développement des soins primaires « mobiles », contrairement à d'autres pays (16). Une deuxième partie sera donc consacrée à l'exploration de cette possibilité, sous-tendue par la démarche de « l'aller vers ». Des exemples étrangers de médecine générale mobile seront brièvement présentés, ainsi que le premier cabinet médical mobile français récemment inauguré dans l'Orne (14).

De tels dispositifs pourraient-ils essaimer sur le territoire français et permettre de répondre, au moins en partie, aux défis posés par les « déserts médicaux » ? La question a été posée en 2020 dans une thèse de santé publique à l'ensemble des médecins et internes de France, toutes spécialités confondues. 57% des répondants se disait prêt à être médecin itinérant, à temps partiel ou à temps plein (17). Nous avons voulu compléter ces résultats par une étude à l'échelle d'un département rural et ciblant uniquement les médecins généralistes installés, qui partagent une certaine vision commune des enjeux de leur territoire d'exercice et des réponses à apporter. L'objectif était d'étudier l'opinion de ces médecins et de quantifier leur niveau d'adhésion potentielle au développement de la médecine générale mobile dans leur département. La méthodologie et les résultats de l'étude seront présentés dans la troisième partie.

PARTIE I - LA DESERTIFICATION MEDICALE

1- INEGALITES D'ACCES AUX SOINS ET « DESERTS MEDICAUX »

a- La notion de « désert médical »

Bien que largement employée dans le langage courant, y compris par les acteurs institutionnels, l'expression « désert médical » est un concept flou et mal défini, qui revêt une certaine charge symbolique et émotionnelle.

Elle fait référence à l'inadéquation, sur certains territoires, entre l'offre de santé présente et la demande en soins des habitants (18). Selon les indicateurs utilisés, un désert médical peut correspondre à une multitude de situations différentes, englobant des territoires ruraux ou péri-urbains, voire certains quartiers des centres-villes qui verraient leur population s'expandre rapidement. Il existe également une composante temporelle importante, un territoire bien doté pouvant se retrouver rapidement en situation de « désert », suite par exemple au départ à la retraite d'une génération de ses professionnels de santé.

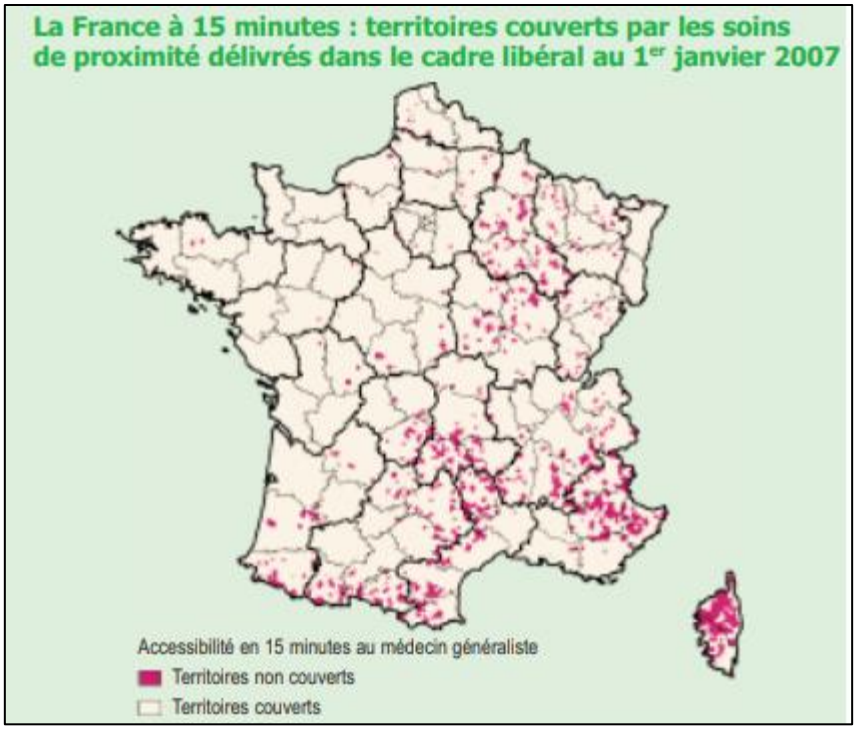
Dans sa thèse, Mélissa Martin préfère parler de « problématiques d'offre de soin » plutôt que de « désert médical », afin de s'affranchir des connotations émotionnelles (17). Dans ce travail, nous choisissons d'assumer l'emploi de ce terme répandu et renvoyant à des réalités multiples. Nous en donnerons la définition suivante (18) :

« **Un désert médical désigne un espace fragile en termes d'offre médicale disponible, couplée à l'enclavement du territoire et à l'importance des besoins de santé** ». Nous traiterons ici principalement des déserts médicaux situés en zone rurale.

Plusieurs indicateurs peuvent être invoqués pour rendre compte de cette « fragilité » :

- La ***densité médicale*** est, historiquement, le plus utilisé. Selon l'INSEE, il s'agit du ratio qui rapporte les effectifs des médecins à la population d'un territoire donné. Elle s'exprime en nombre de médecins pour 100 000 habitants, et permet de mettre en évidence les écarts de dotation entre territoires.

- Un autre indicateur classiquement utilisé est ***l'accessibilité spatiale***, qui désigne la distance et le temps par la route pour accéder aux soins les plus proches, estimé pour chaque commune. L'IRDES évaluait dans une étude de 2011 que les temps d'accès aux soins étaient globalement satisfaisants, avec 95% de la population française qui avait alors accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes (19). A supposer que l'on dispose d'un véhicule, on peut s'interroger sur la pertinence d'un tel indicateur si le médecin, croulant sous les demandes, se trouve dans l'impossibilité de recevoir le patient. (5)



Carte *La France en 15 minutes. Source : IRDES, SNIRAM*

Nous n'avons pas retrouvé d'actualisation récente de l'accessibilité spatiale, qui a été supplantée par un nouvel indicateur : l'APL.

- ***L'accessibilité potentielle localisée (APL)*** a été développée plus récemment par la DRESS et l'IRDES pour mesurer l'adéquation entre offre et demande de soins de premier recours à une échelle plus fine (20). L'APL permet de croiser les notions de densité et d'accessibilité et ainsi de prendre en compte à la fois la dotation et l'éloignement. L'échelle retenue est celle du « territoire de vie-santé » (TVS), constitué d'un ensemble de communes. L'APL est exprimée en nombre de consultations accessibles par habitant et par an, et recouvre trois dimensions (21) :

– L'activité de chaque praticien (nombre d'actes par an), qui peut être très variable d'un médecin à l'autre.

– Le temps d'accès au praticien.

– La consommation de soins par classe d'âge, pour tenir compte des besoins différenciés en santé.

L'APL moyenne en France est de **3,8 consultations par an et par habitant**. C'est l'indicateur utilisé depuis 2017 par les Agences Régionales de Santé (ARS) pour établir les zonages territoriaux.

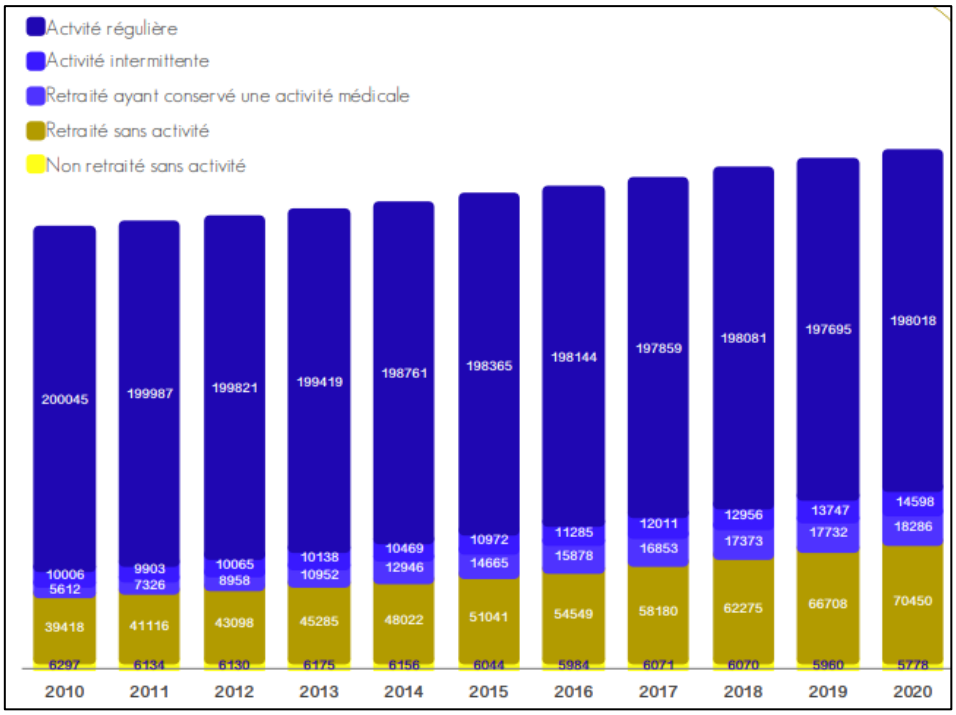
- L'URPS propose, dans son étude Géosanté en 2018, un autre indicateur intéressant ***: le risque démographique*** pour un bassin de population (22). Prenant en compte l'âge des praticiens en exercice, il permet de révéler la fragilité de certains territoires face au risque de cessation d'activité non remplacée, à dix ans.

b- Etat des lieux de l'offre médicale en France

- **<u>Médecins toutes spécialités confondues</u>**

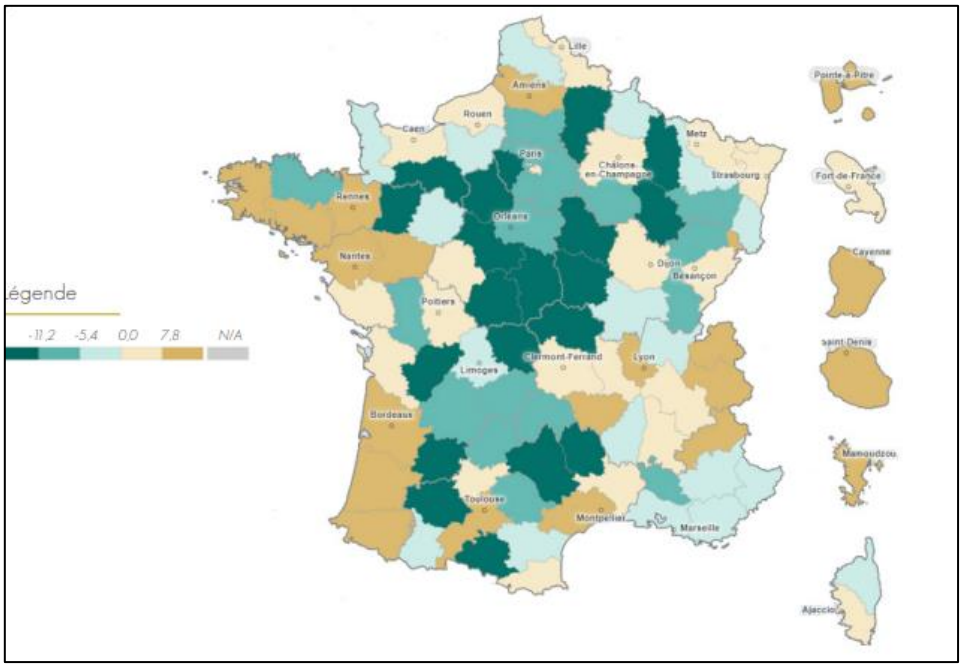
D'après les chiffres du dernier recensement du CNOM, la France n'a paradoxalement jamais connu un taux aussi élevé de médecins inscrits au tableau, tous statuts confondus. Au 1er janvier 2020, on y recensait 307 130 médecins (2), soit 1.75% de plus qu'en 2019 (+ 5 288 médecins) et 14.9% de plus qu'en 2010 (+ 45 752). Comment expliquer ce paradoxe ?

L'explication réside premièrement dans le fait que les médecins retraités ont la possibilité de renouveler leur inscription à l'ordre afin notamment de conserver leur droit de prescription pour eux et leur famille, et sont donc inclus dans le recensement. Ainsi, si l'on regarde spécifiquement le nombre de médecins réellement en activité régulière, on s'aperçoit qu'il baisse continuellement depuis 2010 (-2000 médecins), alors que le nombre de retraités inscrits ne cesse d'augmenter (+43800) (2).



Graphique 1 *Répartition de l'activité générale depuis 2010 (total d'inscrits valeurs absolues). CNOM*

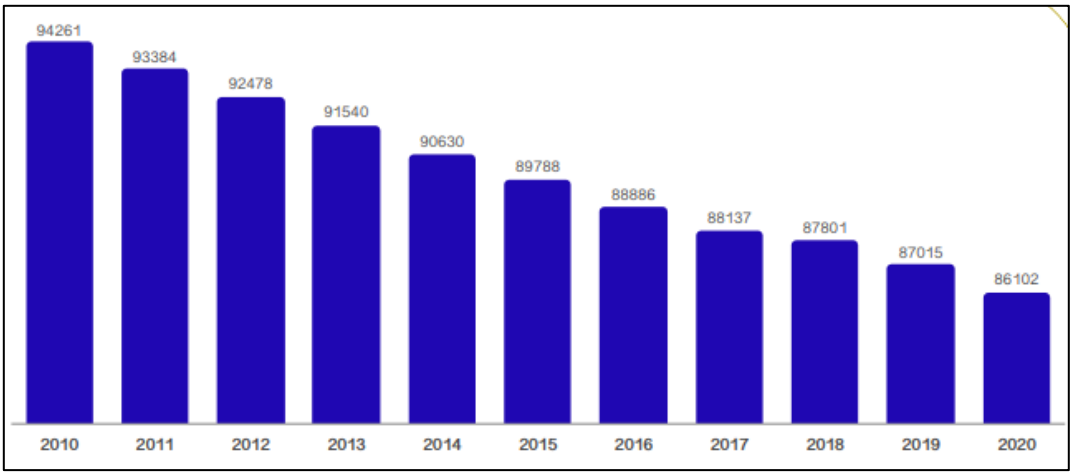
Un autre élément d'explication réside dans l'inégale répartition des praticiens sur le territoire. La carte ci-dessous révèle ces disparités, certains départements gagnant des médecins actifs sur la dernière décennie (toute la façade Atlantique notamment), et d'autres en perdant (ladite « diagonale du vide »). La Région PACA a globalement perdu des médecins, exception faite du département des Hautes-Alpes.



Carte 1 *Variation 2010-2020 des effectifs en activité totale (%). CNOM*

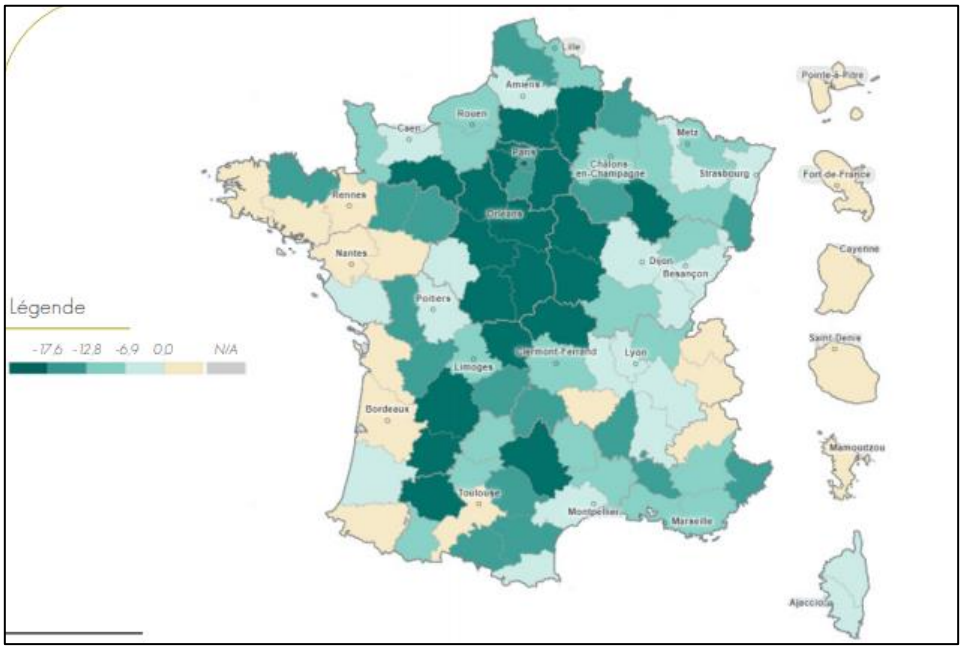
- **<u>Les médecins généralistes</u>**

En ce qui concerne l'offre de médecins généralistes en activité régulière, on s'aperçoit qu'elle est en constante diminution sur les dix dernières années (-9%), et les projections jusqu'en 2030 laissent entendre une poursuite de cette tendance.



<u>Graphique 2</u> *Evolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues). CNOM*

D'après la DRESS, l'effet de l'augmentation du numérus clausus à l'entrée des études médicales ne devrait être perceptible qu'à partir de 2030 (20). En attendant, la décennie actuelle devrait être celle des départs à la retraite non remplacés, avec de fortes disparités d'un territoire à l'autre (5,18).



<u>Carte 2</u> *Gain ou perte de médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2020 (%). CNOM*

- **Changements sociologiques de la pratique médicale**

A la baisse des effectifs de médecins généralistes se surajoutent des changements sociologiques dans l'exercice médical. D'après une enquête du CNOM conduite en 2019 sur les déterminants à l'installation, il ressortait que les jeunes générations de médecins aspiraient à des conditions d'exercice plus flexibles, moins engageantes, avec des volumes horaires moins lourds. Le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé était largement préféré à un exercice isolé. L'installation libérale présentait un moindre attrait par rapport à l'exercice salarié, mixte ou faits de remplacements. (4)

Ces changements sociologiques participent aux problématiques d'offre de soin d'une part (réduction relative du volume horaire), et de répartition de cette offre d'autre part. Le cadre de vie, la dynamique du territoire (avec la présence ou non de services et de possibilités d'emploi pour le conjoint), la proximité du réseau professionnel, rendent certains territoires plus attractifs que d'autres, au détriment actuel des zones rurales isolées (3).

c- Le zonage territorial

Le Code de la Santé Publique prévoit un zonage des territoires sous-denses en médecins généralistes, réalisé par les ARS et actualisé au maximum tous les trois ans par arrêté (21). Depuis 2017, la détermination de ces zones déficitaires s'effectue à l'aide de l'APL (Accessibilité Potentielle Localisée), le nouvel indicateur socle. D'autres indicateurs complémentaires de fragilité peuvent néanmoins être pris en compte (critères sociaux, pourcentage d'ALD, proportion des médecins en secteur 1, etc.).

Pour rappel, l'APL moyenne en France est de **3,8 consultations/an/hab**. Le Code de Santé Publique estime que l'offre médicale est « insuffisante » dès lors qu'elle est inférieure d'au moins un tiers à cette valeur (soit inférieure à 2,5 C/an/hab.).

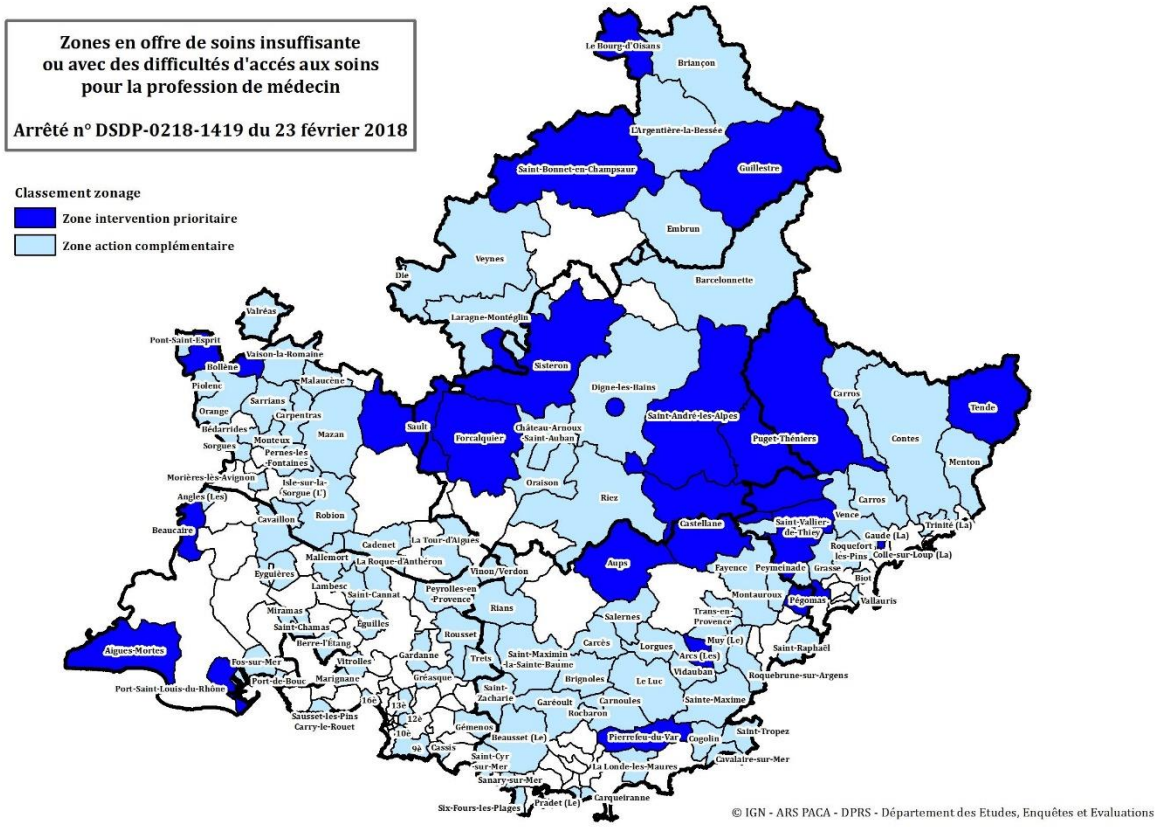
De là résultent trois types de zones en tension :

Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP)	**A**	TVS où l'APL < 2,5 C/an/hab.
	B	TVS avec APL comprise entre 2,5 et 4 C/an/hab. **<u>et</u>** indicateurs complémentaires de fragilité (déterminés par le directeur de chaque ARS)
Zones d'Action Complémentaire (ZAC)		TVS avec une APL entre 2,5 et 4 sans indicateur complémentaire

Les trois types de zone en tension. TVS = Territoire Vie Santé

Les ZIP sont éligibles à toutes les mesures et aides à l'installation des médecins prévues par la réglementation. Les ZAC sont quant à elles éligibles à certaines de ces aides uniquement.

Ci-dessous est représenté le dernier zonage en vigueur (2018) de la région PACA (23). Nous remarquons à première lecture que la plupart des ZIP se situe dans le département des Alpes-de-Haute-Provence.



2- POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA DESERTIFICATION MEDICALE

Le *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine a, depuis 1971, été l'outil-clé de régulation de l'offre médicale par les pouvoirs publics, répondant à une logique quelque peu panglossienne[1]. Son verrouillage drastique des années 80 et 90 a eu des effets décalés dans le temps dont nous mesurons aujourd'hui les conséquences. Malgré sa ré-augmentation à partir des années 2000, les problèmes de pénurie et d'inégalités territoriales persistent. D'une part les nouveaux formés ne compensent pas les départs à la retraite, et d'autre part leur liberté d'installation ne permet pas une régulation géographique fine de l'offre en médecins (18,24).

Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics ont dû mettre en œuvre diverses politiques pour tenter de corriger les inégalités d'accès sur le territoire.

a- Les incitations financières

Les dispositifs d'incitation financière ont été multipliés, de la part des ARS, de l'assurance-maladie, des collectivités territoriales et des services fiscaux. En 2017, les rapporteurs de la Commission d'enquête sur l'égal accès aux soins regrettaient que ces dispositifs n'aient pas fait l'objet de véritables évaluations, et ils estimaient le coût annuel de ces mesures à… 225 millions d'euros, pour une efficacité qu'ils jugeaient « toute relative » (5).

Les aides fiscales ont été les premières à être déployées, avec la création en 2005 des ZRR (Zones de Revitalisation Rurale) dans lesquelles la fiscalité entend favoriser la création de nouvelles entreprises, incluant les cabinets médicaux (25). Un médecin s'installant dans l'une de ces zones bénéficiera ainsi d'une exonération de cotisations sociales pour l'embauche de salariés, ainsi que d'une exonération fiscale totale pendant 5 ans (puis de façon dégressive les années suivantes). Cependant, malgré son coût exorbitant (55 millions d'euros en 2017), ce dispositif serait, d'après la Direction générale des finances publiques, d'une efficacité limitée et fortement pourvoyeur d'effet d'aubaine (5), sans garantir pour autant le maintien de l'offre à long terme.

[1] Tel le Pangloss de Voltaire qui remarquait que les nez avaient été faits pour porter des lunettes, les pouvoirs publics de l'époque espéraient qu'en réduisant le nombre de médecins on réduirait le nombre de malades et ainsi les dépenses de santé…

Les aides des collectivités territoriales sont très variées (26–28), pouvant concerner à la fois des aides financières directes pour l'installation ou le maintien des médecins, le financement de maisons médicales, des investissements immobiliers, ou encore l'octroi d'indemnités de logement et de déplacement pour les internes de médecine générale. Cependant, il n'existe aucun recensement de ces initiatives prises par les collectivités pour attirer les jeunes médecins : « *on ne sait même plus à quel point c'est financé* », déplore la vice-présidente de l'Association des maires de France, qui regrette la concurrence que se livrent certains territoires (5).

L'Assurance Maladie a également mis en place dès 2007 des aides conventionnelles à l'installation, pour lutter contre les déserts médicaux. Celles-ci ont été critiquées pour leur « effet d'aubaine flagrant » (29) et pour leur balance coût-bénéfice défavorable (30). La nouvelle convention médicale de 2016 a permis de réformer ces aides et de créer quatre nouveaux contrats tripartites liant le médecin, l'Assurance Maladie et l'ARS, pour un coût annuel de 30 millions d'euros. Ces dispositifs n'ont, à notre connaissance, pas encore fait l'objet d'évaluation précise.

Contrats	Avantages	Conditions
CAIM Contrat d'aide à l'installation des médecins Objectif = favoriser l'installation	- Aide forfaitaire allant jusqu'à 50 000€ (temps plein), majoré de 2500€ en cas d'exercice partiel dans un hôpital - Versée à l'installation	- Convention Secteur 1 - Être installé depuis moins d'1 an - Engagement de 5 ans en zone fragile - Au moins 2,5 jours/semaine - Participer à la PDSA*
COSCOM Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins Objectif = valoriser l'exercice coordonné	- 5000 €/an + 300€/mois si maitrise de stage et accueil de stagiaires	- Exercer en groupe : MSP, CPTS ou ESP - Exercer en secteur 1 en zone fragile - Contrat de 3 ans renouvelable
COTRAM Contrat de transition pour les médecins Objectif = préparer la cessation d'exercice	- valorisation de +10% des honoraires conventionnés (plafonné à 20 000€/an)	- Être installé en zone fragile - Accueillir au sein du cabinet, un médecin libéral conventionné âgé de moins de 50 ans, et accompagner l'installation libérale de ce confrère - Contrat de 3 ans renouvelable une fois
CSTM Contrat de solidarité territoriale médecin Objectif = favoriser l'intervention ponctuelle de médecins dans les zones fragiles	- valorisation de +25% des honoraires conventionnés (plafonné à 50 000€/an) - prise en charge des frais de déplacement	- Être installé hors d'une zone fragile - Exercer au minimum 10 jours par an en zone fragile - 3 ans renouvelable

* PDSA : Permanence des soins ambulatoires

Les ARS proposent de leur côté également des contrats d'aide à l'installation sous forme de garantie de revenu. : les dispositifs PTMG, PTMA et PTMR.

PTMG Praticien Territorial de Médecine Générale	Ce contrat propose, en cas d'installation en zone fragile, un complément de rémunération pour **garantir un revenu mensuel brut de 6900€ brut /mois** pour un minimum de 165 consultations par mois (le montant maximal de l'aide s'élève donc à 3105€ brut /mois si seules 165C sont réalisées). De plus, il propose des **avantages en matière de protection sociale** (arrêt maladie, congés maternité)
PTMA Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire	Ce contrat offre des **avantages en termes de protection sociale** pour tout médecin libéral (toutes spécialités confondues) s'installant en zone fragile.
PTMR Praticien Territorial Médical de Remplacement	Entend faciliter l'intervention de jeunes généralistes remplaçants (thésés depuis moins de 3 ans) dans les zones fragiles, en leur offrant un **complément de rémunération forfaitaire**, leur permettant de couvrir les périodes de disponibilité entre deux contrats, ainsi que des avantages sociaux (maladie, maternité).

En réalité, seuls 40% des contrats PTMG donnent lieu à un versement effectif de complément de rémunération, et ce uniquement les premiers mois d'installation : « *En zone fragile, ce n'est pas tant le manque d'activité qui pose question que son trop-plein* » (27).

Enfin, le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), créé par la loi HPST de 2009, entend inciter les étudiants en médecine à se diriger vers les zones identifiées comme prioritaires (ZIP). Il s'agit d'une bourse de 1200€ brut versée mensuellement, en contrepartie de laquelle l'étudiant s'engage à exercer en secteur 1 dans une ZIP pendant une durée au moins égale à celle du versement de l'allocation. On commence à observer les premiers effets bénéfiques du CESP sur l'offre médicale dans les ZIP (28). Un syndicat d'internes a réalisé en 2019 une première évaluation du dispositif auprès de ses signataires. La principale difficulté était le défaut de visibilité sur l'évolution de la cartographie des zones éligibles. Entre le moment de la signature et celui de l'installation, le territoire initialement souhaité par l'étudiant peut en effet ne plus être éligible. Une autre critique largement partagée était le défaut d'accompagnement personnalisé pour les étudiants signataires (31).

Dans l'étude de 2019 sur les déterminants à l'installation des jeunes médecins (4), il apparaissait que les aides financières étaient nécessaires mais non déterminantes. A la question « les aides financières vont-elles déterminer votre installation ? », les internes interrogés répondaient à 48% « un peu/partiellement », et 10% « pas du tout ». En revanche, les deux principaux facteurs influençant le lieu d'installation étaient la proximité familiale et l'existence de services publics. Ainsi, les dynamiques territoriales semblent avoir une influence majeure, un pouvoir d'attraction ou de répulsion sur les jeunes médecins (tout comme sur la population en général), que les appâts pécuniaires - aussi importants soient-ils - ne peuvent déjouer.

b- Les mesures organisationnelles : exercice coordonné et délégation de tâches

La lutte contre la désertification médicale passe également par des stratégies de réorganisation du système de soin, à l'échelle territoriale. La notion de « soins de proximité » apparait pour la première fois dans la loi HPST de 2009, à côté de celle de « soins de premier recours » (ou « soins primaires ») définissant le premier contact des patients avec le système de santé (3).

- ***La promotion de l'exercice coordonné***

Une succession de réformes (Pactes Territoires Santé de 2012 et 2015, Loi Touraine de 2016, Programme « Ma Santé 2022 » et dernièrement le Ségur de la santé) visent à réorganiser les soins de premier recours vers une plus grande coordination entre professionnels de santé sur un même territoire. De cette logique sont nés les concepts d'Equipe de Soins Primaires (ESP), de Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) puis de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). Ces formes d'organisation dites « coordonnées » ont pour objectif de mieux structurer les parcours de soin en renforçant les réseaux entre professionnels d'un même territoire, qui s'organisent alors autour d'un « projet de santé ». Ce dernier peut inclure plusieurs types d'action de santé publique, telle que des actions de prévention, d'éducation à la santé, des actions sociales, etc. Il doit être validé par l'ARS .

Une première évaluation des MSP publiée en 2014 montrait que ces formes de regroupement avaient permis de stabiliser l'offre territoriale de soin, d'en améliorer la qualité, pour un coût jugé raisonnable (32). Le nombre de MSP a fortement augmenté, passant de 174 en 2012 à 1617 en 2020 (33).

Quant aux CPTS, elles peuvent accueillir également des professionnels de second recours (spécialistes), des acteurs du secteur social et du médico-social exerçant sur un même territoire. Début 2021, on dénombrait 123 CPTS opérationnelles, pour un objectif de 1000 CPTS d'ici 2022 (« Stratégie ma santé 2022 »).

D'après Claude Leicher, ces nouveaux modes d'exercice coordonné confèrent aux professionnels de santé une *« responsabilité populationnelle partagée »* (34). Jusqu'alors l'apanage des pouvoirs publics, il serait désormais possible de s'investir collectivement pour répondre aux besoins d'une population entière et non plus uniquement de sa seule patientèle. L'enjeu est donc une transformation des représentations et des comportements des professionnels de santé (35).

- ***La délégation de compétences***

Mesure phare du programme « Ma Santé 2022 », le métier « d'assistant médical » a été inscrit dans la loi du 24 juillet 2019 avec un objectif de 4000 postes d'ici 2022. Le but est de « *libérer du temps médical afin notamment de pouvoir suivre un plus grand nombre de patients, mieux les prendre en charge, coordonner leurs parcours et s'engager plus fortement dans des démarches de prévention* » (36). L'assistant médical pourra entre autres réaliser des tâches administratives, des préconsultations, ou encore des missions de coordination. Une étude qualitative de 2019 révélait un certain nombre d'inquiétudes de la part de médecins et de patients sur ce nouveau métier, et sur les transformations dans la relation de soins qu'il pourrait occasionner (37).

c- La télémédecine

Inscrite dans la loi HPST de 2009, la télémédecine a depuis connu un développement exponentiel, en particulier avec la pandémie de Covid-19. Elle est présentée par les pouvoirs publics comme une alléchante solution aux problématiques de désertification médicale (38). Depuis 2018, les actes de téléconsultation sont inscrits dans le droit commun et remboursés par l'Assurance Maladie. La télé-expertise est également remboursée depuis 2019. Le projet de loi « Ma Santé 2022 » prévoit de développer les « télé-soins » entre patients et pharmaciens ou auxiliaires médicaux (IDE, orthophoniste, etc.) (36).

Cependant, plusieurs travaux de recherche ont fait émerger des avis mitigés quant à ce virage technologique, au premier rang desquels la perte du contact humain et la disparition de l'examen somatique (39,40). Certains alertent sur le risque « d'ubérisation de la santé », sans garantie d'égal accès aux soins et sans dimension de santé publique populationnelle (34). Une enquête de 2020 mettait en lumière la perception des usagers sur la télémédecine : si 68% se déclarait favorable à la téléconsultation, il s'agissait principalement des moins de 35 ans (78%), des plus aisés (73%) et des habitants de la région parisienne (75%). Les plus âgés étaient beaucoup plus réticents (41).

d- Les mesures contraignantes

Le déséquilibre de répartition des médecins libéraux sur le territoire s'explique aussi par le principe de libre choix de leur installation, qui est régulièrement remis en cause. En 2012, le CNOM préconisait une obligation d'exercer pendant cinq ans à la sortie de l'internat dans une zone déficitaire de sa région de formation (42). La Cour des Comptes avait également proposé en 2017 un « conventionnement sélectif » dans les zones sur-dotées en médecins (43). Plus récemment, le Trésor Public a recommandé *« une adaptation temporaire et ciblée du principe de libre installation dans les zones particulièrement sur-dotées* » (6). Par exemple, l'installation d'un nouveau médecin serait conditionnée à la cessation d'activité d'un confrère ou d'une consœur, comme c'est déjà le cas pour les sages-femmes, les infirmières ou les kinésithérapeutes. Des places fléchées pourraient également être ouvertes à l'internat dans certaines spécialités, et offertes aux étudiants en médecine en contrepartie d'une installation en zone prioritaire.

Ces mesures contraignantes sont néanmoins impopulaires et déclenchent généralement une levée de bouclier de la part des syndicats d'internes et de médecins, attachés à cette tradition libérale de la médecine française.

3- SITUATION DU DEPARTEMENT DES ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE (AHP)

a- Principales caractéristiques du territoire

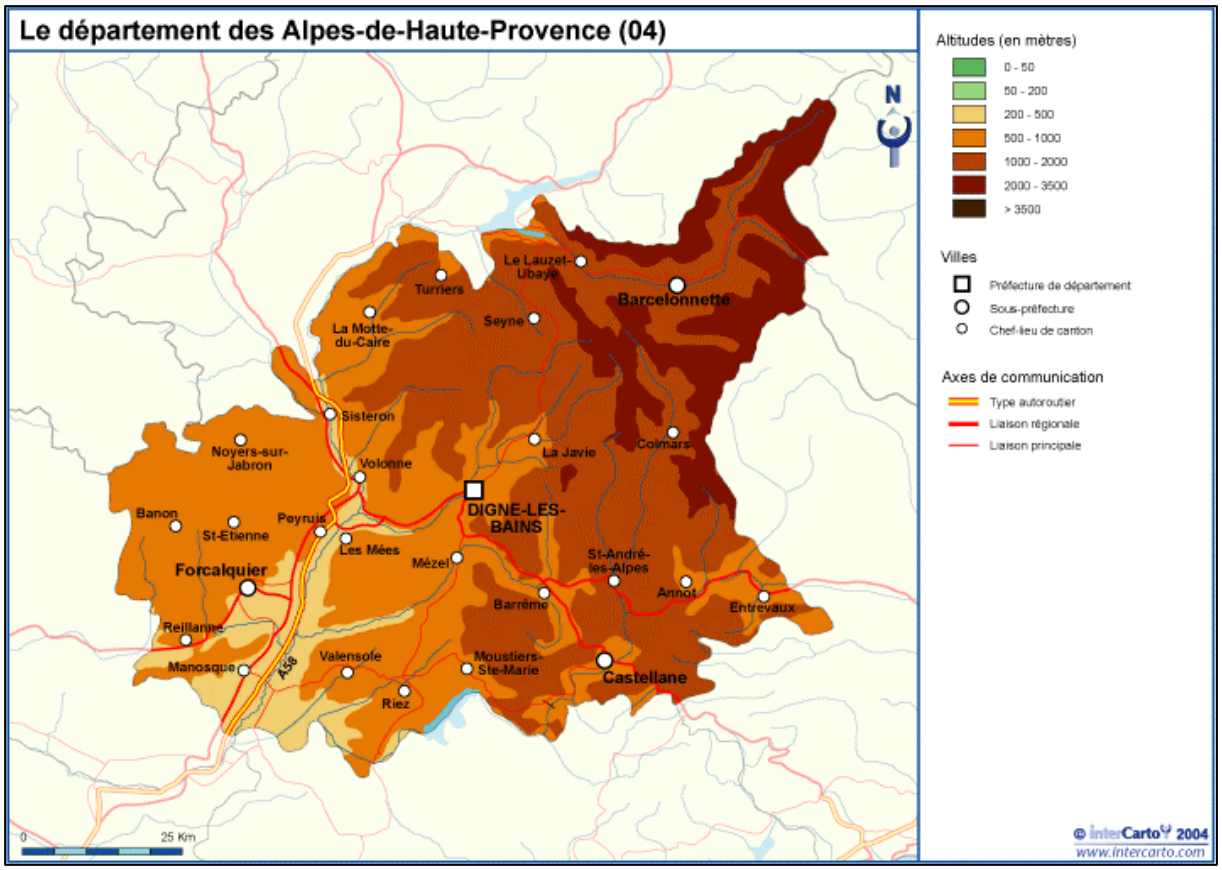
- ***Un territoire enclavé, peu densément peuplé, à dominance rurale***

D'une superficie de 6900 km^2, le département des AHP est le plus vaste de la région PACA. Occupé en majeure partie par des espaces naturels et agricoles, c'est aussi le moins urbanisé et le moins peuplé. Avec ses 164 000 habitants - soit 3,2% de la population de PACA- c'est l'un des départements les moins densément peuplés de France métropolitaine (23 habitants au km^2) (44). Le relief le divise en trois zones (*carte 3*) (15) :

- La « ***Haute-Provence*** » à l'Ouest, autour de la vallée de la Durance, est constituée de plateaux, de collines et de vallées. Elle concentre les 2/3 de la population, les principales villes (Manosque, Sisteron, Digne), et la quasi-totalité de l'activité économique grâce notamment à l'autoroute A51, au réseau ferroviaire et au CEA de Cadarache.

- Les « ***Pré-Alpes*** », au centre, sont une zone de moyenne montagne aux vallées encaissées et aux villages enclavés. Elle jouit d'un fort attrait touristique saisonnier (le tourisme étant le premier employeur du département).

- Les « ***Grandes Alpes*** », à l'Est, regroupent les vallées de L'Ubaye, de la Blanche et du Haut Verdon. Les cols avoisinant les 2000 mètres d'altitude sont fermés en hiver, isolant certaines zones pendant plusieurs mois de l'année.

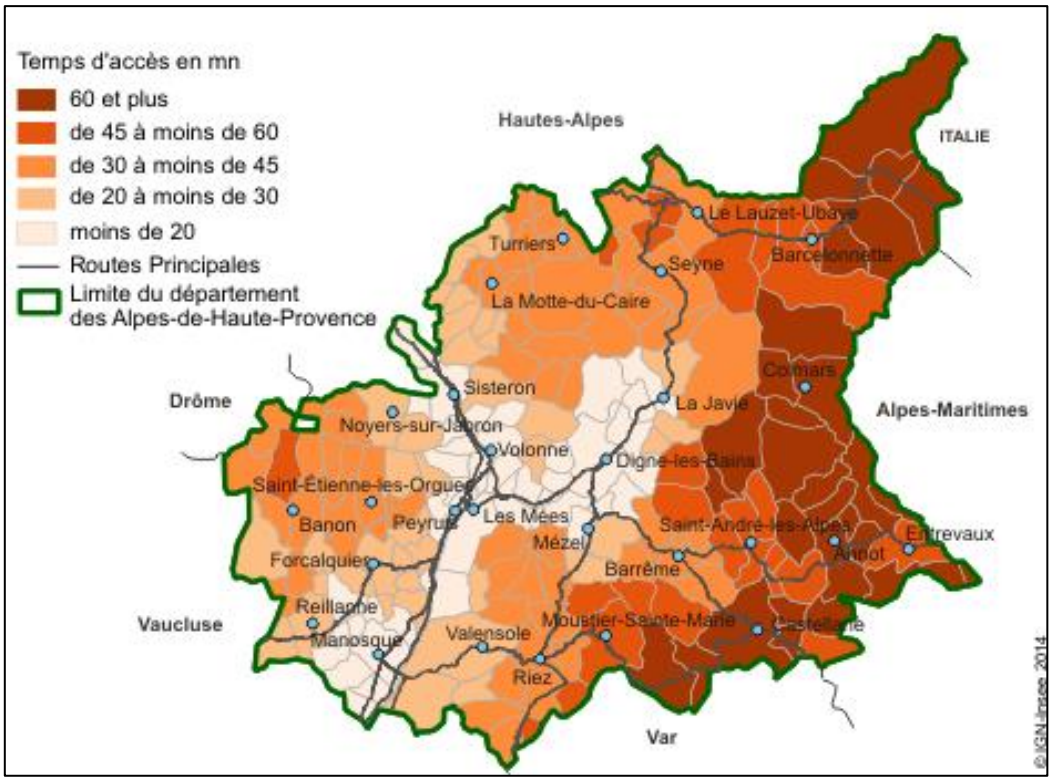


Carte 3 *Département des AHP (04). Source : Intercarto 2004*

Le quart de la population se concentre dans les deux plus grandes villes : Manosque et Digne. 95% des autres communes comptent moins de 2000 habitants. (15)

- ***Des problématiques de mobilité***

Du fait de ces reliefs, du faible réseau routier et de transports en commun très limités, le territoire connait d'importantes problématiques de mobilité. Plus d'un tiers de la population se situe à plus d'une demi-heure d'une gare ferroviaire (contre 5% en PACA), et plus de la moitié des communes est situé à plus de 30 minutes d'un service d'urgence (45). La population vieillissante (31% ont plus de 60 ans, contre 27% en PACA) connaît ainsi un risque accru d'isolement social et de perte d'autonomie.

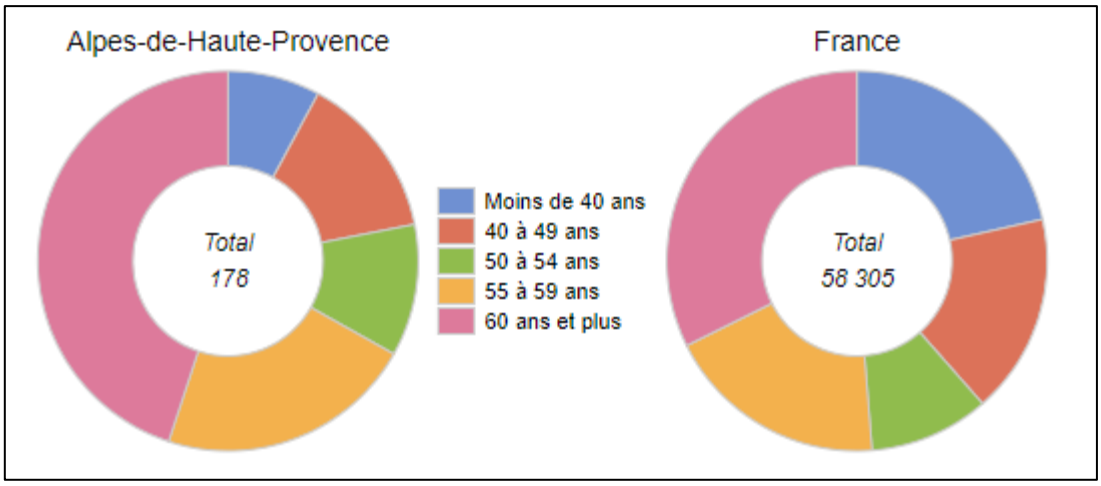


Carte 4 *Temps d'accès moyens aux services de la gamme supérieure. Source : IGN, INSEE 2014*

Les indicateurs de précarité sociale révèlent une précarité concentrée dans les grandes villes du département (Manosque essentiellement) ainsi que dans les zones les plus reculées (15). Le taux de chômage (9,3% au 1er trimestre 2020) est le deuxième plus élevé de la région après le Vaucluse, avec des conséquences en termes de précarité financière, sanitaire, et d'isolement social (44). Les bénéficiaires de la CSS représentent 9% des assurés, soit un nombre moins élevé que dans la région (11%), mais en augmentation constante depuis 2009 (15).

b- L'offre de soin

D'après les données de l'Assurance Maladie de 2020, il y a 179 médecins généralistes en exercice régulier dans les AHP (incluant les « médecins à exercice particulier », dits MEP, au nombre de 23), soit une densité de 109 généralistes pour 100 000 habitants. Ce chiffre, voisin de la moyenne régionale (108/100 000 hab), doit cependant être nuancé. Deux généralistes sur trois sont âgés de 55 ans et plus (chiffre le plus élevé de PACA), laissant présager une diminution de l'effectif dans les prochaines années (45) (*graphique 3*).

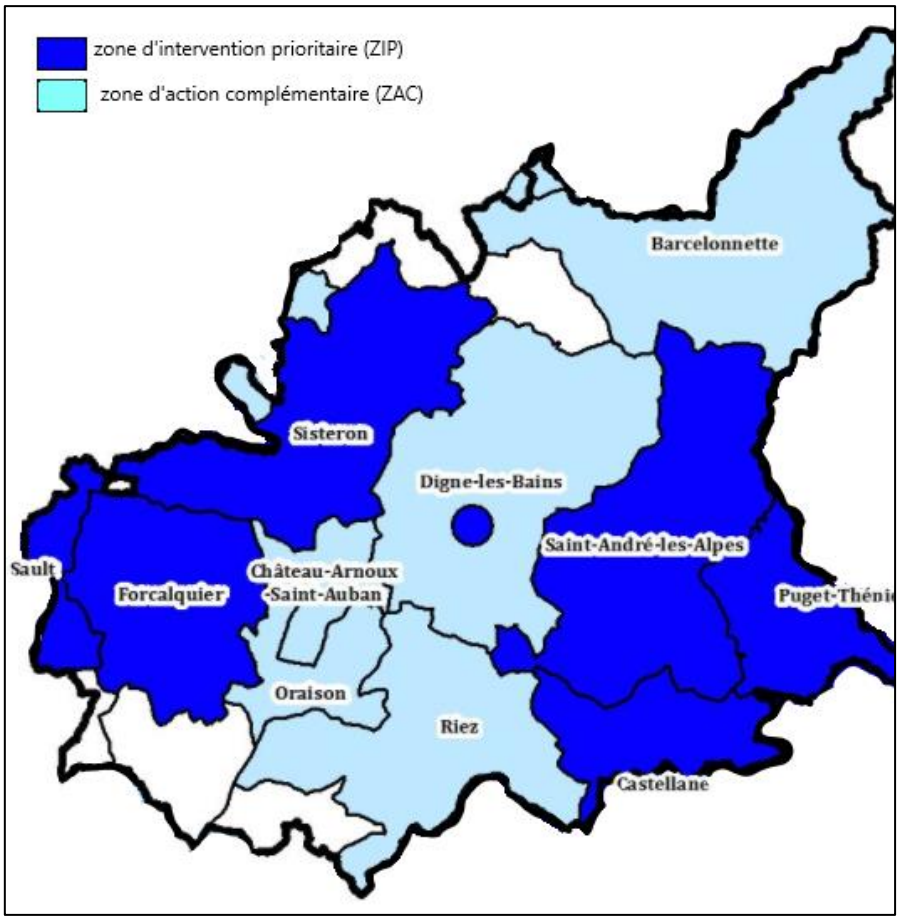


Graphique 3 *: Répartition des omnipraticiens par tranche d'âge en 2020. Source : CartoSante, ARS PACA.*

D'autre part, comme nous l'avons vu, la densité médicale est un indicateur peu pertinent de l'accès aux soins. A l'échelle d'un département comme les AHP, il ne rend pas compte des disparités de répartition territoriale, ni de la disponibilité effective du médecin, ni des distances et des temps d'accès.

Pour ces raisons, il est préférable de se référer une fois de plus à l'APL, qui a permis en 2018 à l'ARS de classer six Territoires-Vie-Santé comme prioritaires (ZIP) et cinq comme complémentaires (ZAC) (23), hébergeant 13% de la population des AHP (46).

TVS classés en ZIP	TVS classés en ZAC
- Castellane - Digne-les-Bains (agglomération) - Forcalquier - Puget-Théniers - Saint-André-les-Alpes - Sault - Sisteron	- Barcelonnette - Digne-les-Bains - Château-Arnoux-Saint-Auban - Oraison - Riez



Carte 5 *Zonage des médecins 2018 Source : ARS PACA*

Il existe actuellement dans le département **11 structures d'exercice coordonné** (10 MSP, 1 centre de santé) et 2 projets sont en cours. La première CPTS du département (CPTS du Verdon) vient de signer l'accord conventionnel interprofessionnel en mars 2021, et quatre autres projets de CPTS ont été déposés.

Le département est par ailleurs le moins bien doté de la région en **spécialistes libéraux**, qui sont aussi très inégalement répartis. Ces cinq dernières années, le nombre de départs à la retraite a été important (21 spécialistes), soit quasiment un quart de l'effectif total, et la tendance devrait se poursuivre puisque 70% des spécialistes ont plus de 55 ans (15).

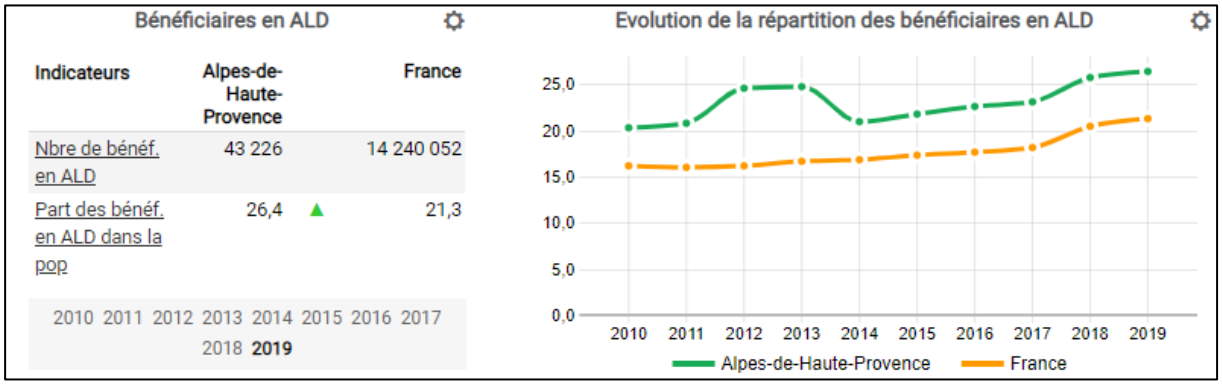
Il existe trois **services d'urgences** dans le département (Manosque, Digne et Sisteron). En 2016, il fallait en moyenne 40 minutes aux habitants pour accéder à l'un de ces services, soit presque trois fois plus que dans le reste de la région (47). Par ailleurs, le taux de passages aux urgences est plus élevé que dans le reste de la région, et ce indépendamment des pics de

fréquentation touristique, ce qui interroge sur l'accessibilité en amont aux soins de premier recours (15).

c- Les besoins de santé de la population

Les indicateurs classiques de morbi-mortalité révèlent un état de santé de la population globalement semblable à la moyenne régionale. On dénombre cependant un plus fort taux de suicides que dans le reste de la région (15).

Les problématiques de vieillissement, de recrudescence de maladies chroniques, d'affections longues durée, semblent globalement similaires. Elles viennent se heurter aux enjeux de mobilité sur un territoire morcelé, et à la pénurie d'offre médicale en cours et à venir, en particulier de spécialistes.



Graphique 4 *: Bénéficiaires de l'ALD dans les AHP comparées aux chiffres nationaux. Source : SNDS 2019, CartoSanté*

Par ailleurs, une des particularités du département est son fort attrait touristique, entrainant des situations d'afflux saisonniers massifs qui mettent encore davantage sous tension l'offre médicale déjà fragile.

D'après une étude de la Mutualité Française en 2019, 10% des assurés sociaux des AHP n'avaient pas déclaré de médecin traitant, un chiffre semblable à la moyenne nationale (11%) (46). En 2020, la CPAM 04 chiffrait à 17% la part des assurés du régime général qui n'avait pas consulté de médecin dans l'année.

L’accès aux soins est donc pluridimensionnel : il nécessite avant tout une offre de soin disponible et pérenne, mais également une accessibilité géographique et financière, une organisation des services cohérente avec les besoins (horaires d’ouverture, accueil bienveillant et inconditionnel des personnes), et une certaine acceptabilité des soins par la population et les professionnels de santé.

Comme le déclamait devant l’Assemblée Nationale le rapporteur de la commission sur l’égal accès aux soins des Français : « *Au vu de l’échec des dispositifs jusqu’ici mis en œuvre pour lutter contre les inégalités d’accès aux soins en milieu rural, on ne saurait se contenter de « gérer la pénurie » sans rien changer à l’organisation de notre système de santé* » (5).

La médecine générale mobile pourrait-elle participer à cette réorganisation du système de soins, et répondre, du moins en partie, à la problématique d’accès aux soins entendue dans ses dimensions plurielles ?

PARTIE II - LA MEDECINE GENERALE MOBILE

1- DEFINITION ET HISTORIQUE

a- Définition

La « médecine générale mobile » est un concept peu expérimenté en France, longtemps interdite par le code de déontologie médicale qui l'assimilait à de la médecine foraine.

Nous en donnerons ici une définition large :

La médecine générale mobile (MGM) définit l'organisation de l'exercice médical en des lieux multiples. Elle peut se pratiquer selon différentes modalités : dans des véhicules aménagés (unités mobiles) ou dans des locaux fixes mais multiples.

b- La médecine foraine et son interdiction

Dans sa thèse publiée en 2019, T. Martin retrace l'histoire de la médecine foraine et de son interdiction. On y apprend que le terme *forain* vient du latin *foris* signifiant « de l'extérieur », étranger. Le langage courant l'aurait ensuite fait évoluer pour désigner « ce qui provient de la foire ». Le terme était également employé pour qualifier le caractère « itinérant » de certains métiers, tels les marchands ambulants, allant de foire en foire, ou les acteurs forains, qui se livraient jadis également à « l'art de soigner ». (16)

La notion d'exercice illégal de la médecine fût inscrite en droit pour la première fois en 1803, dans le but de lutter contre le charlatanisme[1]. Comme le note T. Martin, si le terme « médecine foraine » désignait au XIXe siècle une spécialité médicale se rapprochant de la médecine légale (comme en anglais la *forensic medicine*), il a ensuite évolué pour être assimilé à une pratique charlatanesque, interdite par le code de déontologie médicale : « Certes l'article

[1] Loi du 19 ventôse de l'an XI (10 mars 1803), considérée comme une des lois fondatrices de la médecine moderne française

39 (interdiction du charlatanisme) est bien distinct de l'article 74 (interdiction de la médecine foraine), mais il existe de toute évidence une proximité entre les deux notions ». (16)

Jusqu'au milieu du XXe siècle, l'exercice ambulant de la médecine était fortement dénoncé par les syndicats de médecins, mais aucune loi ne l'interdisait, du moment que le médecin pouvait justifier d'un diplôme et qu'il s'acquittait de ses impôts.

Ce n'est qu'en 1945, suite à la création de l'Ordre des Médecins puis du premier Code de Déontologie médicale qu'apparaissent l'interdiction d'exercer dans des cabinets secondaires (Art.64) et l'interdiction de la médecine foraine, définie comme *« l'exercice habituel et organisé de la médecine hors d'une installation régulière* » (Art. 66 puis 74). L'objectif visé était de garantir la qualité et la continuité des soins, de répondre à la problématique de surdensité médicale et de concurrence déloyale qui en découlait. Les différentes révisions du Code de déontologie conservèrent l'interdiction de la médecine foraine, considérée comme une pratique déviante à combattre. Des sanctions ordinales ont ainsi pu être prononcées en vertu du non-respect de cette interdiction, par exemple envers des médecins exerçant dans des cabinets non déclarés, sur leur lieu de vacances, etc. (16).

En 2010, un projet de « bus santé » dans l'Oise porté par la Mutualité Française a été suspendu par le CDOM invoquant l'article 74. Il s'agissait d'un dispositif itinérant de prévention et de repérage des personnes vulnérables, pour les amener à se soigner dans le droit commun. Considéré comme de la médecine foraine, il a rapidement dû cesser de fonctionner. (48)

c- Le cadre législatif actuel

La dernière révision du Code de Déontologie médicale en 2012 apporte une dérogation majeure à son article 74, autorisant pour la première fois et sous certaines conditions les médecins à exercer en unités mobiles. Le but recherché est d'améliorer l'accès aux soins dans certains territoires.

Cette modification était résolument défendue par le président de CNOM de l'époque, M. Legmann, qui y voyait un moyen de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire sans toucher à la liberté d'installation des médecins (8,16). Il proposait notamment des bus médicalisés dans certains territoires isolés (16). En théorie, ces derniers sont donc autorisés depuis 2012 :

Article 74. Du code de Déontologie médicale

(Article R.4127-74 du Code de la Santé Publique)

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.

Néanmoins, bien que désormais rendue possible par la loi, la médecine générale mobile n'a pour l'instant pas connu l'essor escompté. Conditionnés à l'autorisation du CDOM, plusieurs exemples de projets de MGM en zones sous-denses ont dû être avortés ces dernières années. Par exemple, un projet de bus santé dans les Côtes d'Armor, rebaptisé « antenne médicale mobile » et adossé à un centre de santé communal, a dû être abandonné en septembre 2019 suite au refus d'autorisation du CDOM et aux réticences du directeur de l'ARS quant à la qualité du service médical rendu (49).

La médecine générale mobile revient pourtant régulièrement dans le débat public, comme en 2018 dans un rapport du ministère des solidarités et de la santé qui la mentionnait dans son Axe 4 intitulé « Soutenir les nouveaux modes d'exercice ». Il est question dans ce rapport de promouvoir une médecine *« plus mobile, décentralisée, pouvant prendre diverses formes : cabinets secondaires, consultations avancées, antennes d'un centre de santé ou encore médecine itinérante à bord de véhicules sanitaires.* » (9)

Dans un récent rapport du Sénat, il est également question de faciliter « *d'autres formes d'exercice, dès lors qu'elles répondent positivement aux besoins d'accès aux soins* ». Parmi celles-ci, l'organisation de permanences dans des cabinets distincts, en exercice multisite, y est présentée comme une solution provisoire pour maintenir l'offre de soins dans des communes reculées. (27)

d- La démarche d' « *aller-vers* »

Par rapport à un modèle d'organisation classique, la médecine mobile a l'avantage majeur de pouvoir aller activement à la rencontre de populations « cibles », par exemple de personnes en situation d'isolement ou de renoncement aux soins. Cette logique d' « *aller vers* » rompt avec l'idée que l'intervention médicale ou sociale devrait systématiquement faire suite à une demande exprimée. Elle permet d'intégrer les situations de non-demande de certains publics et de se situer dans une logique pro-active pour entrer en contact avec eux (50). Cette démarche, pensée en France à la fin des années 1990 pour aller vers les plus exclus de notre système de santé (Samu Social, Equipes mobiles psychiatrie précarité, etc.), s'est depuis largement diffusée. Comme l'écrit A. Mercuel à propos de la psychiatrie : « la permanence du lien prévaut sur la permanence du lieu » (51). La médecine générale mobile pourrait s'inscrire dans cette logique.

2- EXPERIENCES EXISTANTES D'UNITES MEDICALES MOBILES

a- Dans les pays du Sud

Dans sa revue de littérature sur le sujet, T. Martin recense de nombreux exemples d'unités médicales mobiles dans les pays en développement. Un grand nombre de ces unités mobiles relève d'une logique humanitaire, déployées par les Etats ou les ONG en situation de catastrophe, sans vocation à se pérenniser. Certaines structures mobiles font cependant partie intégrante du système de santé publique, comme c'est le cas par exemple en Indonésie, en Inde ou au Kenya, où des unités médicales mobiles permettent de desservir les territoires reculés (16). Également en Arabie Saoudite, des camions médicalisés sillonnent depuis 1983 les régions rurales pour apporter des soins primaires à la population (52). En Inde, le *Lifeline Express* est un train transformé en hôpital avec un véritable plateau technique à bord (53).

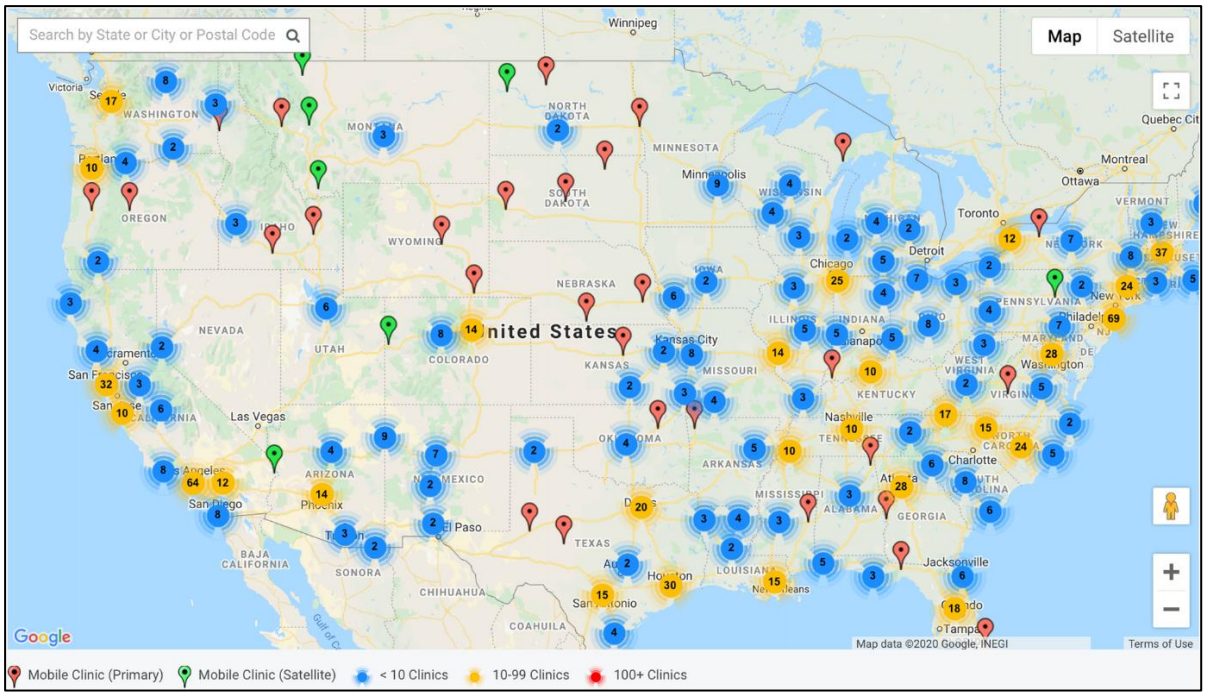
b- Dans les pays du Nord

- ***Etats-Unis d'Amérique***

La médecine mobile existe depuis plusieurs décennies aux Etats-Unis. Un article scientifique de 1969 faisait déjà la promotion de ce type d'organisation pour apporter des soins dans des régions très peu densément peuplées de certains Etats (54). S'appuyant sur les expériences des pays du Sud, l'auteur concluait à l'intérêt en termes de santé publique d'une part, et de réduction des coûts de santé d'autre part.

A l'heure actuelle, on récence de très nombreux exemples d'unités de soins mobiles (*Mobile health clinics*) portés par des hôpitaux comme le St Joseph Hospital (New Hampshire), par des associations indépendantes, ou des universités. Ces structures s'adressent à des publics variés, en général précaires, issus de minorités ethniques (59%), et sans sécurité sociale (41%) (55).

Les cliniques mobiles sont recensées par le réseau participatif « Mobile Health Map » de la faculté de médecine de Harvard (56), véritable banque de données répertoriant les différentes initiatives, leurs champs d'action et les publics cibles. Plus de 2000 cliniques mobiles y sont actuellement recensées (*carte 6*). Considérées comme partie intégrante du système de santé américain, elles sont financées pour moitié par des organismes philanthropiques, et par des fonds publics (55).



Carte 6 *Cliniques mobiles aux Etats-Unis. Capture d'écran de* www.MobileHealthMap.org

Une revue de littérature sur les *Mobile health clinics* publiée en 2017 permettait d'évaluer l'impact de ces structures depuis vingt ans aux Etats-Unis (57). Parmi les 2000 unités répertoriées, 42% étaient dédiées aux soins primaires, 45% à des programmes de prévention et 30% à des soins dentaires. Il existait également des services spécialisés, notamment en santé mentale, imagerie médicale ou ophtalmologie. Parmi les principaux résultats de cette vaste revue de littérature, nous retiendrons que les cliniques mobiles permettaient :

- d'améliorer l'accès aux soins, surtout des *minority groups*

- d'augmenter l'impact des campagnes de dépistages et de prévention

- d'assurer un suivi efficace des pathologies chroniques (les *mobile health clinics* évaluées faisaient autant voire mieux que les structures classiques de soin !)

- de réduire les inégalités de santé en conciliant prise en charge médicale et sociale. (Encore plus marquées qu'en France, les disparités d'accès aux soins aux Etats-Unis sont essentiellement dues aux déterminants de santé : ethnie, statut socio-économique, conditions de vie, niveau d'étude, etc.)

- de réduire les coûts globaux en santé : réduction des hospitalisations et des passages aux urgences

- de « reconnecter » les personnes au système de santé (parfois jugé hostile et excluant), grâce notamment à l'aspect « informel », à l'approche centrée patient dans son environnement

- de s'adapter aux besoins locaux, et de pouvoir être déployées en cas d'événements de grande ampleur ou de besoin urgent de soins.

Les principales limites des cliniques mobiles étaient la *fragmentation of care* (défaut de continuité des soins, patients perdus de vue), les coûts financiers (maintenance du véhicule), les contraintes spatiales et structurelles (petit espace, confidentialité, alimentation en électricité, eau, internet) et les problèmes de logistique.

- ***Allemagne***

Également sujette à la désertification médicale, l'Allemagne expérimente depuis 2018 la médecine mobile avec le « Medibus » déployé dans la région de Hesse. Desservant six villages différents, le bus est équipé comme un cabinet classique et reçoit en moyenne 35 patients par jour (58).

- ***Suisse***

Dépendant du Centre Hospitalier de Genève, l'Unité mobile des soins communautaires (Umsco) a été créée en 1996 pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Le dispositif comprend des médecins, infirmières et assistantes sociales, avec pour but de lutter contre les inégalités sociales de santé et le renoncement aux soins. (59)

- ***Canada, Australie, Russie, …***

Les cliniques mobiles sont également présentes dans de nombreux autres pays, comme au Canada ou en Australie. En Russie, un train médicalisé, le *Matvei Mudrov*, traverse la Sibérie pour desservir sur 4000 km les villages isolés et y prodiguer des soins deux fois par an (60).

Photo Le Matvei Mudrov en Sibérie. CC BY-SA 3.0 Glucke

c- Expériences françaises

- ***AVICENNE (Accueil Véhiculé Itinérant en Cévennes)***

Créé en 2016 et porté par une association basée à Florac, AVICENNE (Accueil Véhiculé Itinérant en Cévennes) propose des permanences médicales et sociales délocalisées en sud-Lozère, à bord d'un petit camion aménagé. L'objectif est d'améliorer, par la mobilité et la logique de l' « *aller-vers* », l'accès aux soins primaires des personnes en situation d'isolement (géographique, social, économique). Une convention avec le DUMG de la faculté de médecine de Montpellier permet l'accueil d'internes de médecine générale au sein du dispositif. Les tournées mobiles sont assurées par un binôme constitué d'un interne et d'un travailleur social, permettant ainsi de croiser les regards pour une prise en charge plus globale des personnes rencontrées. Répondant à des objectifs de prévention, de repérage et d'accompagnement, et en respect du cadre déontologique, les actes de prescription et les

examens invasifs ne sont pas réalisés. Les personnes sont accompagnées vers le système de santé de droit commun, et une liaison avec un médecin du secteur est réalisée. Un autre volet de l'action consiste en l'organisation d'ateliers collectifs sur des questions de santé. (1)

Après trois ans de fonctionnement, le dispositif a été évalué à l'occasion d'un travail de thèse qui cherchait à recueillir le vécu de ses bénéficiaires (61). L'étude retrouve une bonne satisfaction globale, et met particulièrement l'accent sur la qualité de l'accueil, de l'écoute et de l'accompagnement. L' « *aller-vers* » semble primordial dans le territoire cévenol, de par ses caractéristiques géographiques et socio-culturelles. La possibilité de prescrire et de réaliser certains actes invasifs de dépistage est un souhait largement partagé par les personnes interrogées.

- ***Les unités mobiles de dépistage et de prévention***

Nous avons recensé plusieurs dispositifs mobiles dans le champ du dépistage et de la prévention. Par exemple, le CHU de Toulouse a mis en place en 2010 le programme « Diabsat » réalisant un dépistage itinérant des complications du diabète dans les zones rurales en Occitanie. Le camion est équipé en conséquence, permettant par exemple de réaliser des photographies du fond d'œil, lues à distance par un ophtalmologue, ou un dosage de la microalbuminurie sur bandelette urinaire. Un compte-rendu est ensuite adressé par courrier au médecin traitant mentionnant la nécessité ou non d'une consultation spécialisée. (62)

- Le « Bus Santé Drôme-Ardèche » réalise de façon similaire des dépistages ophtalmologiques itinérants (rétinopathie diabétique, glaucome, DMLA), assurés à bord d'un minibus par des orthoptistes avec avis et interprétation à distance par des ophtalmologues (63).

- Dans la région de Saint-Nazaire, le dispositif « MarSoins » (porté par l'association « A vos soins ») est un camion médicalisé avec à son bord une infirmière et un médecin qui proposent des actions de prévention et de dépistage. Le but est de réduire les inégalités d'accès aux soins dans les zones rurales isolées ou dans les quartiers prioritaires de la ville (64).

- En Nouvelle Aquitaine, l'association « Préven'Bus » se déplace dans les territoires ruraux à bord d'un camping-car aménagé, avec pour objectif le maintien de l'autonomie des personnes âgées isolées (65).

- Enfin, nous pouvons citer les « Vaxibus » récemment déployés dans certains territoires ruraux pour la campagne de vaccination contre le Covid-19.

- ***Les soins dentaires mobiles***

Une thèse de dentiste publiée en 2013 étudiait la possibilité de cabinets dentaires mobiles, et concluait que ce mode d'exercice s'avérait particulièrement adapté à la pratique dentaire dans les territoires sous-denses. L'aspect financier du modèle était également étudié, révélant une viabilité économique et un investissement de départ moindre par rapport à un cabinet fixe. (66)

Il existe actuellement quelques expériences de cabinets dentaires mobiles tels que le « Bus social dentaire » en région parisienne proposant des soins gratuits aux personnes sans couverture sociale. En région PACA, le bus « Handident » se déplace dans les établissements médico-sociaux de la région pour proposer des soins dentaires aux résidents.

- ***Un premier exemple d'unité de MGM : le « Médicobus » dans l'Orne***

La toute première unité mobile de médecine générale a été lancée en octobre 2020 dans le département de l'Orne. S'appuyant sur un diagnostic territorial révélant une fragilité de l'accès aux soins dans ce département, le Médicobus sillonne le territoire pour proposer des consultations non-programmées de médecine générale, selon un itinéraire fixé à l'avance. Le dispositif est porté pas un centre de santé et par la CPTS Orne-Est. Il est soutenu par l'ARS Normandie, la région, la CPAM, le CDOM et l'URML. Les douze médecins (dont cinq jeunes retraités) sont salariés de l'association du même nom. (14)

Le cabinet mobile a été conçu et prêté par la start-up française Dok'Ici. Il est autonome en énergie, équipé de tous les matériels de base d'un cabinet omnipraticien, d'un échographe et d'une liaison de télémédecine. Il se conduit par tout détenteur du permis B et peut accueillir deux professionnels de santé (un médecin et une assistante médicale).

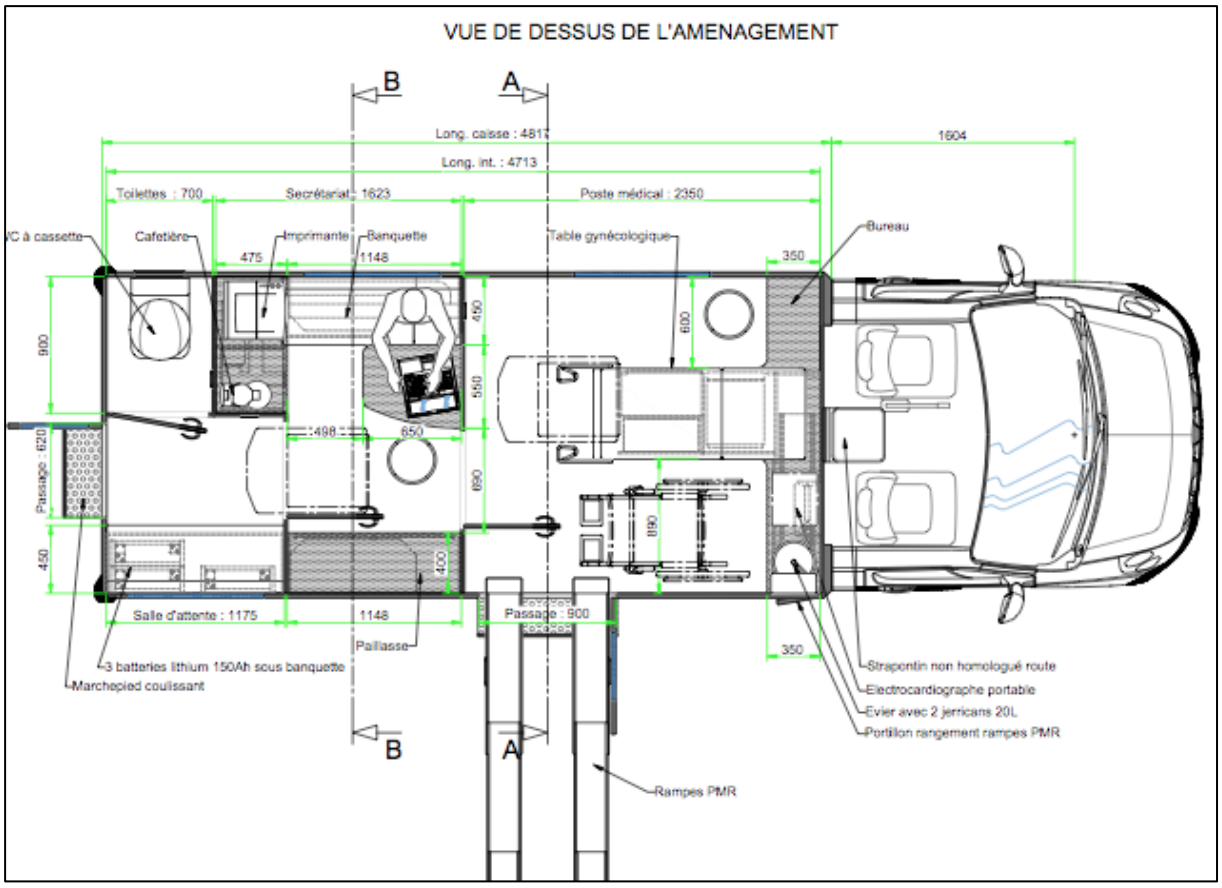


Schéma 1 *Plan du cabinet mobile. Source : Dok'Ici*

L'unité mobile est envisagée comme un outil au service de la CPTS pour compléter l'offre de soins non programmés. Une cellule de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés a été créée afin d'orienter les patients vers le professionnel de santé disponible le plus proche. Cela peut être vers un cabinet fixe du territoire (plages de consultations d'urgence dédiées à ce dispositif par les médecins de la CPTS), ou vers le Médicobus s'il passe à proximité. L'objectif est de lutter contre le recours systématique aux urgences.

Les assistantes médicales vérifient la couverture sociale des patients, les informent sur leurs droits et les orientent éventuellement vers une assistante sociale. Des conventions avec la plupart des mutuelles sont réalisées afin de proposer un tiers-payant intégral (les assistantes sociales ont un temps dédié pour le recouvrement des parts complémentaires).

Le Médicobus est également utilisé pour des actions de santé publique, venant ainsi renforcer l'existant local, institutionnel et associatif.

En attendant les premières évaluations de ce dispositif, nous nous sommes demandé si ce type d'unité mobile pourrait se dupliquer dans d'autres territoires aux caractéristiques similaires. L'étude que nous avons réalisée cherche à analyser le point de vue des médecins généralistes installés dans les Alpes-de-Haute-Provence.

PARTIE III - ETUDE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DES ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

1- MATERIEL ET METHODE

a- Type d'étude

Nous avons mené une étude quantitative exploratoire à visée descriptive par questionnaires numériques auprès de l'ensemble des médecins généralistes installés dans les Alpes-de-Haute-Provence, entre novembre 2020 et février 2021.

b- Population étudiée

L'ensemble des médecins répondant aux critères d'inclusion ci-dessous ont été sollicités pour participer à l'enquête, soit 179 médecins au total.

Critères d'inclusion	- être médecin généraliste en activité complète, partielle ou partagée - être inscrit au tableau de l'ordre du CDOM 04 - exercer dans le département des AHP
Critères d'exclusion	- Avoir une activité ***exclusive*** hors du champ de la médecine générale ambulatoire : *Urgentistes, SOS médecin, rééducateurs, allergologues, angiologues, échographistes, médecins légistes, médecins de l'éducation nationale, de l'assurance maladie, de l'ARS, de soins palliatifs, médecins des EHPAD, …*

c- Objectifs

L'objectif principal était d'évaluer l'adhésion des médecins généralistes exerçant dans le département des AHP au développement de la MGM sur leur territoire

Les objectifs secondaires étaient de :

- Connaître les caractéristiques socio-démographiques de ces médecins

- Evaluer leurs connaissances sur le sujet

- Explorer leurs préférences sur deux modalités de MGM proposées

- Quantifier leur volonté d'implication personnelle dans le développement de ces structures

- En évaluer les freins potentiels

d- Hypothèses

Nous faisons l'hypothèse principale qu'il existe une méconnaissance sur les possibilités de développement de la MGM par les médecins généralistes du département des AHP, et que ceux-ci pourraient être favorables à son développement.

Par ailleurs, et pour compléter la thèse de santé publique nantaise (17), nous vérifierons les hypothèses secondaires suivantes :

- le niveau d'adhésion à la MGM serait différent selon le degré de connaissance des médecins sur ses possibilités de développement

- le niveau d'adhésion à la MGM serait différent selon le lieu d'exercice (urbain ou rural)

- le niveau d'adhésion à la MGM serait différent selon que les médecins pratiquent l'exercice coordonné (MSP, ESP, CPTS) ou non.

- le niveau d'adhésion dépendrait de leur perception sur les visites à domicile et/ou sur la télémédecine

- le niveau d'adhésion dépendrait de la perception qu'ils ont de l'offre de soins sur leur territoire d'exercice

e- Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir des données issues d'une recherche bibliographique, d'une analyse qualitative de commentaires de fin d'articles de journaux et revues médicales numériques, et d'entretiens qualitatifs semi-directifs menés à visée exploratoire auprès de trois médecins généralistes exerçant en zone rurale.

Cette démarche visait à balayer un grand nombre d'aspects en lien avec une thématique encore peu étudiée. Elle avait également pour but de réduire la subjectivité de nos propres attentes et représentations qui auraient pu transparaître dans la formulation des questions.

Recherche bibliographique

En premier lieu, une recherche bibliographique a été réalisée grâce aux bases de données du SUDOC, Pubmed et Google Scholar. La recherche associait les termes « médecine générale » ou « soins primaires » à la notion de mobilité : « unité mobile » ou « itinérant ». Un troisième filtre était ajouté avec les termes « désert médical » ou « zone sous-médicalisée ». Seuls les articles en français et en anglais étaient retenus (en anglais les MeSH « primary healthcare », « mobile health clinic » et « medically underserved area » étaient utilisés), sans limitation temporelle. La recherche faisait ressortir de nombreux articles sur des programmes de soins mobiles très variés dans différents pays. En France, la littérature sur le sujet s'est révélée assez pauvre. On notera principalement une thèse de médecine générale publiée en 2019 réalisant une revue de littérature narrative sur les différents types d'exercice mobile de la médecine, en France et dans le monde (16). Elle permettait de faire un état des lieux des dispositifs existants, mais aussi de révéler les résistances françaises à des projets assimilés comme de la « médecine foraine ».

Analyse des commentaires de fin d'articles de journaux et revues numériques

La base de données francophone Europresse a été utilisée pour rechercher des articles traitant de la médecine générale mobile en France. Les articles étaient publiés dans divers journaux ou revues. Il a été décidé de ne retenir que les articles issus de la presse médicale numérique pour lesquels les lecteurs pouvaient publier des commentaires en fin d'article.

Douze articles ont été sélectionnés, issus de trois revues médicales numériques (*Le Quotidien du Médecin*, *La Revue du Praticien* et *Legénéraliste.fr*), et 72 commentaires ont été copiés et rassemblés dans un document Word. Une analyse thématique de contenu a été réalisée, permettant d'identifier des thèmes principaux, qui sont regroupés dans le tableau suivant.

ASPECTS NEGATIFS / FREINS	ASPECTS POSITIFS / LEVIERS
Moqueries, cynisme, ironie (19)* Manque de **crédibilité** (16) **Freins politiques**, administratifs, législatifs (8) Médecine **foraine (interdiction)** (8) Médecine **humanitaire** (4) Risque de **concurrence déloyale** (4) Caractère obsolète, désuet, « anti-progrès » (8), Médecine au rabais (2), Médecine de consommation (1) **Coût** du dispositif (7) **Continuité des soins** (7) Insécurité (1), **Sécurité** des soins (2) Perte de **temps**, temps de trajets (4) Manque de **personnel volontaire**, ne résout pas la pénurie (3) Problème de **confidentialité**, intimité, conditions d'examen (4) **Rémunération** (6)	Facilite **l'accès aux soins**, répond aux besoins de la population, solution à la désertification médicale (7) Logique de l' « **aller vers** » (3) **Organisation territoriale** des soins (3), collaboration avec les acteurs locaux (4), concertation (3) **Adaptabilité**, déclinabilité, plusieurs modalités possibles (cabinets secondaires, locaux, camion…) (7) **Innovation** (6) Originalité (2), Faire un autre type de médecine (4), Exercice non routinier (2) Convivialité (1) Efficacité (1) Qualité des soins (2) Attrait potentiel pour les **jeunes médecins** (4) Faire intervenir des **médecins retraités** (4) Faire intervenir des **spécialistes** (3) **Actions de santé publique**, prévention, dépistage, information (4) Solution **temporaire** (4) Solution ancienne, existe déjà, médecine du travail (5)

*(n) nombre d'occurrences

Entretiens qualitatifs semi-directifs auprès de trois médecins généralistes ruraux

Les entretiens ont été menés au mois de novembre 2020, par téléphone, auprès de trois médecins généralistes volontaires, exerçant en zone rurale (Hautes-Alpes et AHP). Le guide d'entretien utilisé comprenait dix questions ouvertes et des propositions de relance (*Annexe 1*).

Les trois médecins interrogés méconnaissaient les possibilités de la MGM en France. Deux d'entre eux pensaient que cela n'était pas autorisé. Aucun d'entre eux n'avait d'opinion bien définie à priori, et la discussion a permis de faire émerger les thématiques suivantes :

- **Le déficit en offre de soins primaires impacte fortement la pratique quotidienne et génère des inquiétudes sur l'avenir de la profession**

*« Dans le secteur il n'y a plus de médecins, c'est la crise, et tout le monde a plus de 50 ans, (…) on a dû absorber la patientèle de ***, de ***, (…) avec une augmentation folle de l'activité pour nous. »* (MG2)

« Dans les coins où les médecins sont éparpillés dans les villages, pas du tout organisés entre eux, complètement sous l'eau, (…) s'il y en a un ou deux qui partent, c'est la catastrophe » (MG3)

Les inquiétudes concernaient également l'évolution vers le « tout-numérique », avec la peur d'une dégradation de la relation médecin-patient et l'exclusion pressentie d'une partie de la population :

« Est-ce que c'est ça qu'on veut avec nos patients, face à une caméra, avec quelqu'un d'autre qui palpe à ta place ? (…) C'est pratique, mais uniquement parce qu'il y a une pénurie. Donc pourquoi ne règle-t-on pas le problème de pénurie plutôt ? … Former quelques médecins de plus, plutôt qu'inventer des objets toujours plus connectés. Je préfère qu'on continue à se parler en face, se toucher, plutôt qu'être dans un bureau face à un écran. » (MG1)

« La télémédecine et Doctolib ça sélectionne ta patientèle de façon remarquable. Ça exclut des gens en situation de précarité ou d'isolement, qui ne viennent plus consulter du coup, alors qu'il y a des médecins dans le village. » (MG2)

- **Face à ces inquiétudes, la MGM apparaît comme une solution plus humaine, mais provisoire** :

« Du coup, moi je préfère un médecin itinérant qu'une téléconsultation. Car il y a encore le côté humain. C'est là que c'est intéressant. » (MG1) *« Finalement la médecine mobile serait un moyen de lutter contre la déshumanisation technologique de notre métier. »* (MG3)

L'organisation des soins devrait se réfléchir **à l'échelle locale** et s'appuyer sur les ressources du territoire : *« Actuellement dans les MSP et les CPTS on peut tout à fait créer des projets de ce genre »* (MG2). « *Le maître-mot c'est l'adaptation aux problématiques locales.*

Et la première chose, c'est les besoins de la population. Certains ne peuvent pas se déplacer, il faudrait aller vers eux. » (MG1)

La MGM s'envisagerait ainsi comme une **solution palliative provisoire**, qui s'adapterait aux problématiques territoriales, en s'appuyant sur les structures existantes sans les déstabiliser. *« Ce serait une solution tampon, en attendant une solution plus pérenne »*. (MG3) « *Dans les coins où il y a des structures performantes, il faudrait pas aller créer un truc qui déstabilise la structure (…) il faudrait la renforcer plutôt.* » (MG1)

- **Les enjeux de mobilité sont au cœur de la médecine rurale**

Les médecins rapportaient une certaine ambivalence des enjeux de mobilité, tant pour eux-mêmes que pour leurs patients. Pour le généraliste en milieu rural, *« la mobilité fait partie de l'essence même* [de son] *travail* » (MG3). *« Ces moments de déplacement, c'est des moments où on souffle, où on quitte la ruche du cabinet, (…) où on peut lever la soupape »* (MG1). La mobilité offre un regard différent sur le patient : *« on apprécie des tas de choses qu'on ne voit pas au cabinet, ça donne plein d'éléments intéressants pour la prise en charge »* (MG1). Mais ces visites sont très chronophages, parfois mal vécues dans un contexte de pénurie où elles participent à diminuer encore l'offre de soin. Déployer une structure dédiée permettrait ainsi de répondre à cette ambivalence. Cela permettrait « *d'aller à la rencontre des gens qui ne se déplacent pas, (…), des personnes isolées, sans médecin, et d'aller taper à leur porte. »* (MG2).

- **Les avantages de la MGM résideraient principalement dans la flexibilité et la pluralité des modes d'exercice mobile possibles**

Selon les réalités territoriales, les unités de MGM pourraient prendre la forme tantôt de **véhicules itinérants**, tantôt de permanences dans des locaux mis à disposition par les collectivités et aménagés en « **cabinets secondaires** ». *« En fait, je verrais plusieurs types de médecine itinérante qu'il faudrait pouvoir adapter à chaque type de problématique »* (MG1). Cela pourrait ainsi passer par *« des cabinets secondaires où chacun de nous irait une fois par semaine faire notre mission de santé publique dans les petits villages isolés. »* (MG3) *« Si nos municipalités se bougent, elles peuvent très bien ouvrir des cabinets secondaires corrects dans différents endroits »* (MG2).

L'organisation pourrait également faire intervenir des **assistants médicaux formés**, tel que le prévoit la récente loi de 2019 (36). *« Pourquoi pas mettre des IDEL et les former en pratique avancée ? Pour le suivi d'une HTA, une IDEL ça peut très bien marcher (…) Il y a un champ qui est immense »*. (MG2)

Il serait également pertinent de faire intervenir des **médecins spécialistes** : *« le dermato, il lui faut juste un dermatoscope et une bombonne d'azote. On pourrait très bien envisager qu'il fasse une tournée une fois de temps en temps, dans les EHPADs et les villages et qu'il voit tous les patients qui le nécessitent. Ça aurait un intérêt pour le dépistage, un truc rapide : il faut explorer ? oui ou non ! »* (MG2)

- **La MGM pourrait cibler prioritairement des populations exclues ou vulnérables**

« *L'intérêt de ça c'est d'aller vers les gens qui ne consulteraient pas, même s'il y avait un cabinet dans leur village* ». (MG2) *« Dans le 04, il y a pas mal de saisonniers, des gens en errance, et qui n'ont pas de suivi médical (…), des problématiques d'addiction, de précarité, de santé mentale »* (MG3) *« Il y a des gens en précarité qui ne consultent pas du tout (…) il faut que le dispositif puisse s'adresser à ces gens (…) après il faut que les gens entrent dans la filière classique »* (MG2).

- **Les freins au développement de la MGM sont nombreux**

Premièrement, la MGM est empreinte de **représentations négatives**. Les médecins avaient des doutes sur la légalité : *« la notion que j'en avais, c'était que ce n'était pas accepté par le conseil de l'ordre. »* (MG1), *« Je ne savais pas que c'était possible »* (MG3). Ils rattachaient volontiers le concept à la médecine humanitaire, de catastrophe, ou à la médecine foraine : *« Je connais ça par rapport à ma pratique africaine »* (MG2). « *Le terme "itinérant" est un peu particulier, pour moi ça évoque un peu les saltimbanques, qui se déplacent de village en village* ». *« Pour moi, "*structure médicale mobile*" c'est mieux que "*itinérant*", ça fait moins peur »* (MG1). Il y a aussi le risque d'un défaut d'acceptabilité des patients : *« Il faut bien expliquer aux gens que ce n'est pas de la médecine au rabais, que c'est un plus »* (MG2).

Les **conditions de consultation** dans l'unité mobile peuvent s'avérer problématiques : *« Le véhicule quel qu'il soit, tu seras plus à l'étroit que dans un local. Ça va pas le faire dans le contexte de crise sanitaire actuelle. Déjà pour la salle d'attente c'est compliqué »* (MG2).

Des inquiétudes sur la **continuité des soins** étaient relevées par les médecins : *« On va voir le patient à T0, mais comment assurer le suivi après ? »* (MG3). *« Si on fait intervenir une unité mobile, il faudrait qu'elle s'adresse aux patients qui n'ont pas de médecin traitant (…) sinon ça voudrait dire qu'on partagerait la gestion de notre patientèle, c'est pas toujours facile. Je le vois par exemple pour la HAD, c'est pas quelque chose de très bien vécu* ». (MG1)

Les médecins soulignaient également les potentiels **freins institutionnels** au développement de la MGM : *« L'idéal serait que le Conseil de l'ordre, l'ARS et la sécu ne mettent pas des bâtons dans les roues quand il y en a qui veulent faire quelque chose, si ça rentre dans les objectifs de santé publique. Avant, du temps de la concurrence, c'était inenvisageable. Ça doit s'adapter à la situation du moment. »* (MG1).

Enfin, un médecin évoquait la question de **la rémunération** *: « Et puis il y a un problème de rapport à l'argent, de rémunération. Personne ne va être motivé à participer à une organisation différente, aller voir des patients isolés, précaires, à la prise en charge hyper complexe, si on peut gagner dix fois plus dans sa pratique sédentaire à renouveler des hypocholestérolémiants »* (MG2).

f- Structure du questionnaire

A partir des informations obtenues et recoupées par ces trois méthodes préliminaires, nous avons élaboré un questionnaire en affinant le choix et la formulation des questions en vue de l'analyse statistique ultérieure. Un des impératifs était la préservation de l'anonymat des médecins répondants.

Le questionnaire était structuré en trois grandes parties, comprenant en tout 35 questions fermées et 3 questions ouvertes courtes (*Annexe 2*).

La première partie concernait les **caractéristiques socio-démographiques** des médecins répondants et de leur exercice professionnel (sexe, âge, type d'exercice, type de patientèle, ancienneté d'exercice dans les AHP, etc.). Les trois dernières questions permettaient de recueillir leur perception de l'offre de soins primaires sur leur territoire et leurs inquiétudes potentielles sur l'avenir.

La deuxième partie, subdivisée en trois sous-parties, concernait **les connaissances et l'adhésion à la médecine générale mobile**. Les quatre premières questions cherchaient à évaluer le degré de connaissance des possibilités de MGM en France, ainsi que l'opinion des répondants a *priori*. Un texte explicatif apparaissait ensuite afin d'informer sur le cadre légal (modification de l'article 74) et les possibilités de MGM en France, avec la description de deux dispositifs envisageables.

Dispositif n°1

L'équipe mobile de soins primaires assure des consultations à bord d'un **cabinet médical mobile** (bus ou camion aménagé), desservant des communes identifiées comme prioritaires. Le cabinet médical mobile sillonne le territoire selon un itinéraire préétabli, toujours le même, afin de permettre un suivi des patients.
Un premier exemple de ce type a vu le jour en octobre 2020 dans le département sous-doté de l'Orne, « le Médicobus ».

Dispositif n°2

L'équipe mobile de soins primaires assure des permanences de médecine générale **dans des locaux mis à disposition par les collectivités**, dans des communes dépourvues de médecin, selon un planning et une fréquence établie à l'avance. Les déplacements et le transport du matériel se font à bord d'un véhicule léger. Ce type de dispositif s'apparente à l'exercice en cabinets secondaires multiples.

Dans les deux cas, l'équipe mobile est constituée d'un médecin et d'un auxiliaire médical (IDE par exemple). Les tournées peuvent être réparties entre plusieurs médecins exerçant sur le territoire, faire intervenir des médecins remplaçants ou des médecins retraités.

Les questions suivantes permettaient d'évaluer l'adhésion des répondants au concept de MGM, ainsi que leurs **préférences sur ces deux dispositifs possibles**. La troisième sous-partie permettait de recueillir l'opinion des médecins sur **les avantages et les inconvénients de la MGM** grâce à une échelle de Likert, et d'un texte libre en fin de partie.

La dernière partie cherchait à **recueillir les attentes** des répondants si un dispositif de MGM venait à être développé sur leur territoire d'exercice : pour quel public ? Quel type d'actions ? Quels acteurs impliquer ? etc. Les dernières questions proposaient aux répondants de se projeter dans une pratique mobile de la médecine générale, afin de déterminer leur niveau potentiel d'implication, le temps de travail envisagé dans cette pratique, les modalités de rémunération souhaitée, etc.

Une zone d'expression libre était prévue à la fin du questionnaire, suivie d'un message de remerciements et de quelques ressources bibliographiques sur la thématique de la MGM. Notre adresse mail leur était également communiquée pour plus d'informations.

Avant sa diffusion, le questionnaire a été testé par trois médecins familiers des méthodes quantitatives (deux médecins généralistes et une psychiatre). Le temps de réponse estimé était de 10 minutes.

g- Recueil des données

Le logiciel GoogleForm® a été utilisé pour le recueil électronique et anonyme des données.

Nous avons sollicité le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des AHP qui a bien voulu diffuser par email le questionnaire à l'ensemble des généralistes inscrits au tableau et exerçant la spécialité de médecine générale dans le département.

Les médecins recevaient un email de la part du CDOM 04 ayant pour objet « invitation à répondre à un questionnaire de thèse ». Le corps du message expliquait brièvement la thématique et la question de recherche, et les médecins étaient alors invités à cliquer sur un lien URL pour répondre au questionnaire électronique.

Une relance téléphonique a été réalisée après quatre semaines, la plupart du temps auprès de secrétariats qui se chargeaient de relayer un nouveau message avec le lien URL. Plusieurs médecins nous ont, à cette occasion, informés qu'ils ne souhaitaient pas répondre, soit par manque de temps, soit par manque d'intérêt pour le sujet.

Deux relances par mail ont par la suite été effectuées via le CDOM 04, à trois semaines d'intervalle chacune, et le questionnaire électronique a été clôturé le 7 février 2021.

h- Analyse statistique

Les résultats bruts ont été extraits directement depuis GoogleForm® sur un tableur Excel®.

Dans un premier temps, une analyse descriptive a été réalisée afin de décrire les caractéristiques des médecins répondants, leur niveau de connaissance sur la MGM, leur degré d'adhésion et leur implication potentielle au développement de la MGM sur leur territoire. Certaines variables descriptives ont nécessité un regroupement afin d'en faciliter l'analyse. Les variables initialement présentées sous la forme d'échelles de Likert ont été recodées de façon binaire.

Les caractéristiques des médecins ayant déclaré adhérer au développement de la MGM ont ensuite été comparées aux autres. Le test du Khi-2 a été utilisé pour la comparaison des données qualitatives, le test exact de Fisher était utilisé lorsque l'effectif était trop faible. Le seuil de significativité a été fixé a priori à 0,05. Il nous a cependant paru intéressant de décrire les tendances lorsque le *p* était inférieur à 0,10 mais n'atteignait pas le seuil de significativité fixé à priori.

Un modèle de régression logistique univarié a ensuite été utilisé afin de déterminer les facteurs associés à l'adhésion à la MGM. Les résultats sont exprimés en Odds Ratio (OR). Les caractéristiques associées à l'adhésion à la MGM avec un seuil statistique <0,20 en univarié ont été inclues dans un modèle multivarié de régression logistique. Seules les variables significatives <0,05 après ajustement ont été gardées dans le modèle multivarié final.

Toutes les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS®.

2- RESULTATS

a- Description de la population

		Effectif n=60 (100%)
Sexe	Homme	33 (55%)
	Femme	27 (45%)
Age	< 35 ans	6 (10%)
	35 - 44 ans	9 (15%)
	45 - 54 ans	16 (26,7%)
	55 - 65 ans	25 (41,7%)
Zone d'exercice	Rurale	23 (38,3%)
	Semi-rurale	27 (45%)
	Urbaine	10 (16,6%)
Ancienneté d'exercice dans les AHP	< 10 ans	12 (20%)
	10 à 20 ans	20 (33,3%)
	> 20 ans	28 (46,7%)
Mode d'exercice	Libéral	52 (86,6%)
	Salarié	2 (3,3%)
	Mixte	6 (10%)
Exercice coordonné (ESP, MSP, CPTS)	Oui	13 (21,7%)
	Non	47 (78,3%)
Cabinet(s) secondaire(s)	Oui	4 (6,7%)
	Non	56 (93,3%)
Nombre d'actes quotidiens	< 15 actes	6 (10%)
	15 à 25 actes	26 (10%)
	26 à 35 actes	21 (35%)
	> 35 actes	7 (11,7%)
Nombre de VAD hebdomadaires	< 5	21 (35%)
	5 à 10	20 (33,3%)
	11 à 20	11 (18,3%)
	> 20	1 (1,67%)
Télémédecine	Oui	38 (63,3%)
	Non	22 (36,7%)

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins répondants. VAD = Visite à domicile

Sur les 179 médecins inclus dans l'étude, nous avons obtenu au total 60 réponses complètes à notre questionnaire, soit un taux de réponse de 33,5%.

Les médecins répondants étaient en majorité des hommes (55%). Plus de 68% étaient âgés de 45 ans ou plus, et 41% avaient plus de 55 ans.
Un peu moins de la moitié des répondants (47%) exerçait dans les AHP depuis plus de 20 ans. 20% était installé depuis moins de 10 ans dans le département.
La grande majorité (83%) déclarait exercer en zone rurale ou semi-rurale.

Concernant le mode d'exercice, ils étaient 87% à exercer en libéral, contre seulement 3% en salariat, et 10% en activité mixte. Une minorité (22%) déclarait pratiquer **l'exercice coordonné**, soit en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), soit en Equipe de Soins Primaires (ESP). Ils étaient 8% à faire partie d'une Communauté Professionnel Territoriale de Santé (CPTS), et 12% avait pour projet d'y adhérer prochainement (*fig 1*). Seuls 4 médecins (7%) avaient une activité partagée entre plusieurs cabinets (cabinets secondaires).

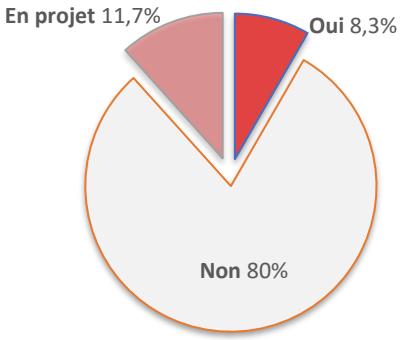


Figure 1 Adhésion à une CPTS

La majorité des médecins avait un exercice « classique » de la médecine générale, et certains déclaraient avoir une ou plusieurs orientations spécialisées (*fig 2*).

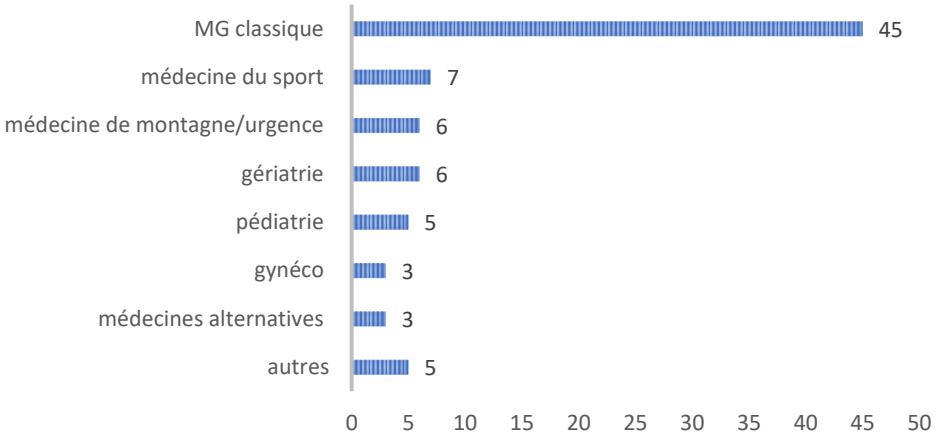


Figure 2 Orientation des pratiques médicales

Concernant les **visites à domicile**, si l'immense majorité (89%) en réalisait en pratique quotidienne (*tableau 1*), le vécu de ces visites différait sensiblement (*figure 3*). Plus d'un quart des répondants déclarait percevoir défavorablement voire très défavorablement les visites à domicile dans leur exercice de la médecine générale.

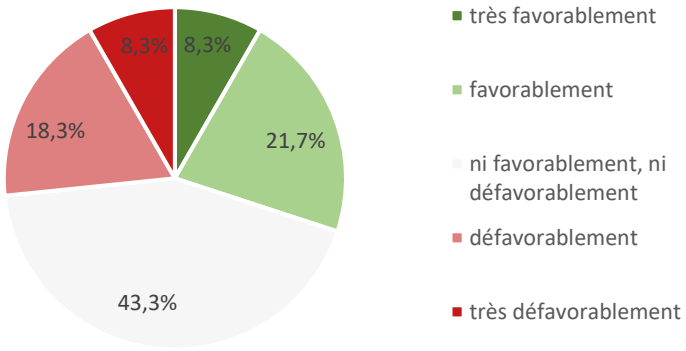


Figure 3 Perception des visites à domicile

Enfin, une majorité (63%) exerçait la **télémédecine** en pratique courante, notamment depuis le début de la crise sanitaire de la COVID-19. Cette pratique « nouvelle » était différemment perçue par les praticiens interrogés, seul 35% y étant favorable ou très favorable.

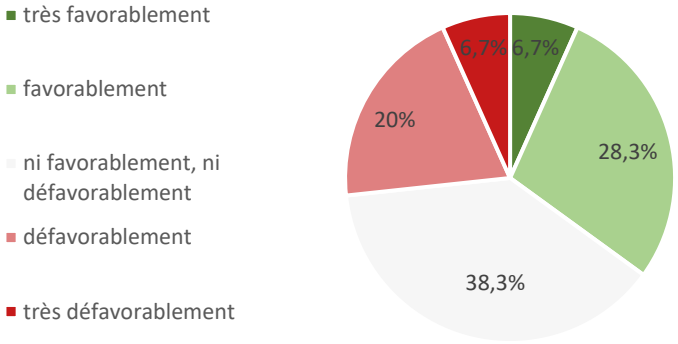
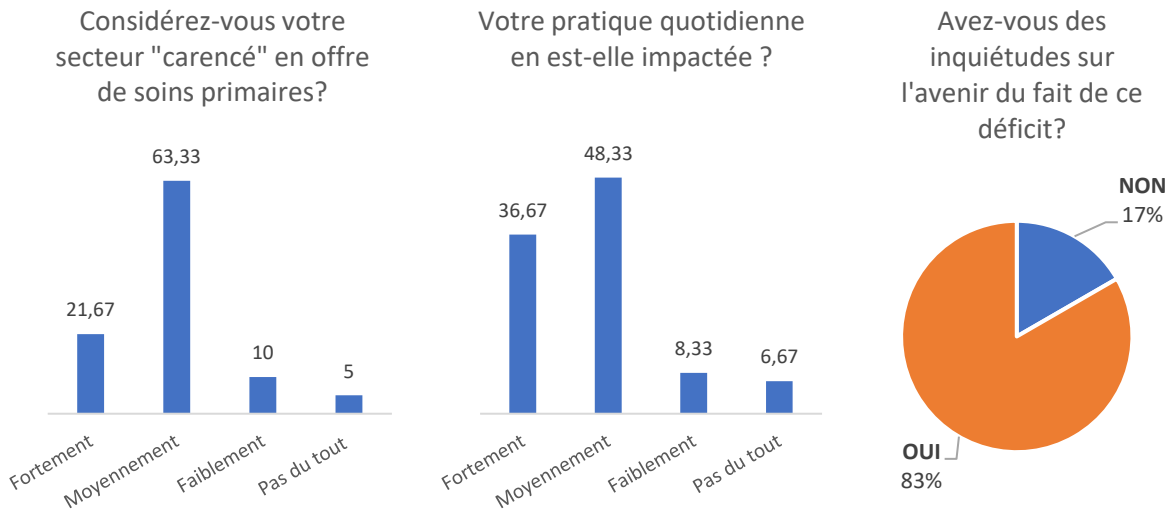


Figure 4 Perception de la télémédecine

Concernant l'offre territoriale de santé, une écrasante majorité (85%) des médecins interrogés considérait leur territoire d'exercice comme « carencé » en offre de soins primaires. Ce déficit impactait fortement la pratique quotidienne de plus d'un tiers (37%) de ces médecins. Enfin, à

la question « Avez-vous des inquiétudes sur l'avenir de votre exercice du fait de ce déficit ? », ils étaient 83% à répondre par l'affirmative.



b- Connaissances de la médecine générale mobile (MGM)

Une majorité (58%) des généralistes interrogés n'avait jamais entendu parler de médecine générale mobile et de ses possibilités en France. Pour 12% d'entre eux, ce type de pratique était illégal, et 55% ne savaient pas si c'était légal ou non.

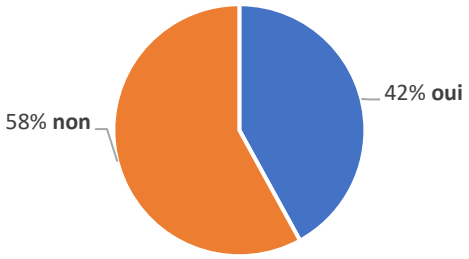


Figure 5 Connaissance de la MGM

Sur l'idée générale de MGM, et avant présentation du cadre légal, des expériences existantes, et des possibilités de développement de la MGM, les répondants étaient 43% à avoir une opinion *a priori* positive (*fig.6*), et 53% orienteraient leurs patients vers une structure mobile.

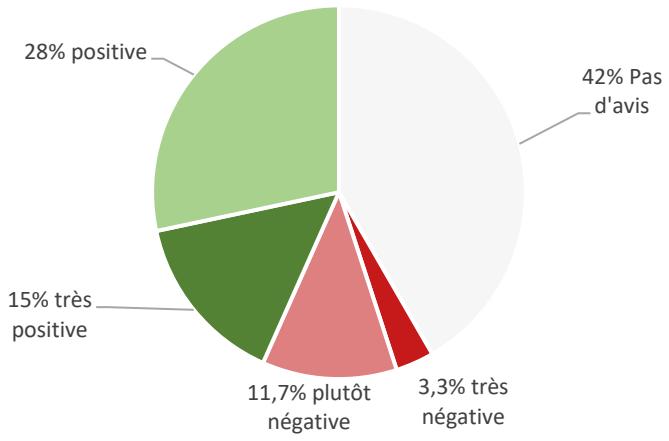


***Figure 6** MGM : Opinion* **a priori**

c- Acceptabilité de la MGM dans le département

Adhésion à la MGM (variable à expliquer n°1)

Après une présentation succincte de la législation encadrant les possibilités de la MGM en France, et la proposition de deux modèles concrets de dispositifs mobiles envisageables, les médecins étaient interrogés sur leur niveau d'adhésion à ce type de structures, à travers la question « seriez-vous favorable au développement de tels dispositifs dans les AHP ? ». Ils étaient une majorité à être favorable (30%) ou très favorable (27%). 30% n'avait pas d'avis sur la question. Ils étaient seulement 11% à être défavorable ou très défavorable.

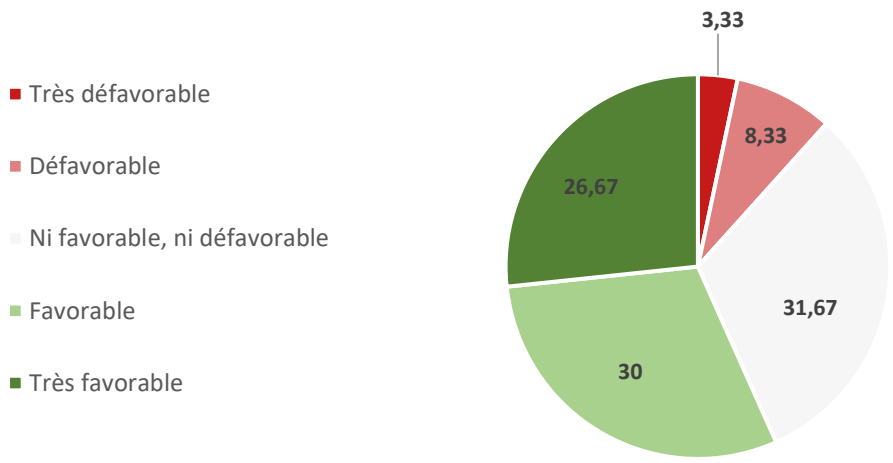


***Figure 7** : Adhésion à la MGM dans les AHP*

La description détaillée des caractéristiques des répondants en fonction de leur adhésion est synthétisée dans un tableau en annexe (*Annexe 3*).

Le *tableau 2* ci-dessous présente les caractéristiques des médecins associées au fait d'être favorable ou très favorable au développement de la MGM dans leur département, d'après un modèle de régression logistique univarié, puis multivarié.

Les femmes avaient une meilleure adhésion à la MGM que les hommes : 81% des femmes était favorable à son développement dans les AHP contre 36% des hommes (p<0,001). Le fait de percevoir favorablement les visites à domicile était également associé à une plus grande adhésion à la MGM (p<0,001). Ces deux variables restaient indépendamment associées en multivarié.

Par ailleurs, les médecins exerçant en zone urbaine étaient moins favorables à la MGM que les autres (p<0,05), mais cela ne se retrouvait pas en multivarié, laissant supposer l'existence de facteurs confondants. En tendance (p<0,10), il est intéressant de noter que les médecins qui avaient exprimé une forte inquiétude sur l'avenir de leur exercice du fait de la carence d'offre de soins se montraient plus favorable à la MGM (p=0,07). A l'inverse, les médecins installés depuis plus de 20 ans dans le département étaient moins adhérents (p=0,052).

Notons également que le fait de pratiquer l'exercice coordonné au sein d'une MSP ou d'une CPTS n'était pas associé à une plus grande adhésion à la MGM, tout comme le fait d'avoir une connaissance préalable sur les possibilités de MGM en France.

	Être favorable à la MGM dans le 04			
	OR [IC 95%]	***P***	ORa* [IC 95%]	***P***
Sexe				
Homme Femme	1 7.70 [2.31 – 25.62]	***0.0009***	1 13.13 [2.62 – 65.80]	***0.001***
Durée d'exercice				
< 10 ans 10 à 20 ans > 20 ans	1 0.30 [0.07 – 1.52] 0.29 [0.08 – 1.01]	 0.156 0.052		

Structure d'exercice				
Seul Pas seul	0.51 [0.18 – 1.45] 1	0.207		
Exercice coordonné (ESP, MSP, CPTS)				
Non Oui	1 0.86 [0.25 – 2.96]	 0.816		
Nombre d'actes/jour				
<25 >25	1 0.79 [0.28 – 2.19]	 0.651		
Nombre de VAD/semaine				
<5 5-10 >10	1 1.75 [0.51 – 5.89] 0.38 [0.09 – 1.54]	 0.366 0.174		
Perception des VAD				
Favorable Défavorable	1 0.09 [0.02 – 0.39]	 ***0.001***	1 0.05 [0.01 – 0.33]	 ***0.001***
Télémédecine				
Non Oui	1 0.86 [0.29 – 2.47]	 0.773		
Perception Télémédecine				
Favorable Défavorable	1 0.49 [0.15 – 1.56]	 0.227		
Zone d'exercice				
Rurale Semi-rurale Urbaine	1 0.54 [0.17 – 1.75] 0.18 [0.03 – 0.94]	 0.311 ***0.042***		
Secteur carencé				
Pas du tout/faiblement Moyennement/fortement	1 1.78 [0.42 – 7.44]	 0.426		
Inquiétude sur l'avenir				
Non Oui	1 3.80 [0.87 – 16.52]	 0.074		
Connaissance de la MGM				
Non Oui	1 1.26 [0.44 – 3.57]	 0.659		

Tableau 2 ***Caractéristiques des médecins favorables à la MGM dans le 04*** * OR ajusté

Les leviers

Concernant les avantages de la MGM, l'accès aux soins facilité pour les personnes isolées était l'argument le plus plébiscité (90%), suivi de la réduction attendue des inégalités sociales de santé (77%). Ils étaient 75% à penser que la MGM permettrait de réduire le nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations. (*fig.8*)

En revanche, ils étaient partagés sur l'idée que la MGM puisse attirer de nouveaux médecins ou internes sur le département.

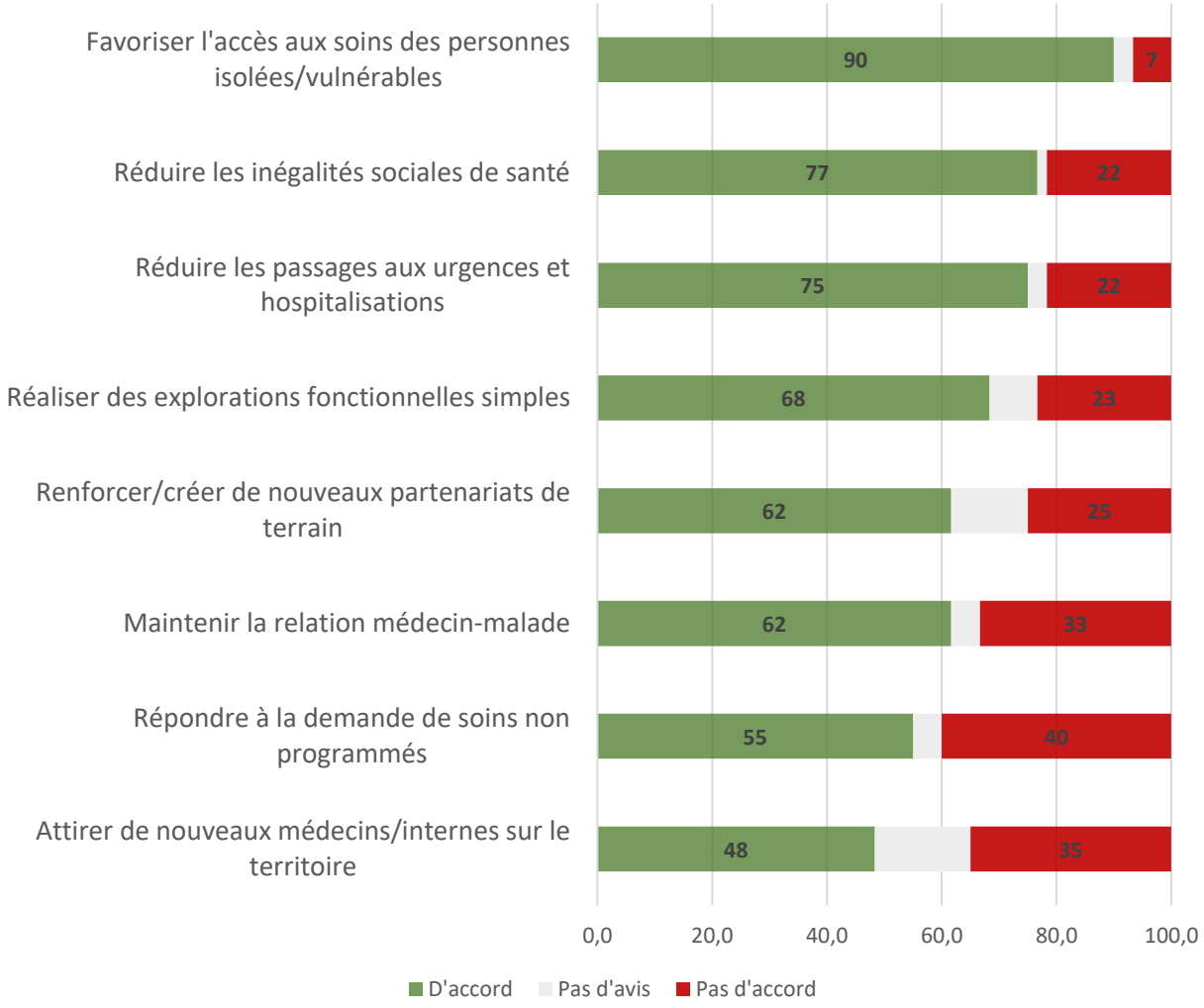


***Figure 8* Avantages de la MGM**

Les autres avantages cités étaient (commentaires libres) :

- *« Lutter contre une certaine routine » ;*
- *« Desservir temporairement des zones dépourvues en attendant le retour du 'solide' » ;*
- *« Réduire le temps d'attente du patient pour avoir un RDV » ;*
- *« Développement conjoint de la télémédecine » ;*
- *« Profiter des tournées pour développer l'éducation à la santé et enseigner les mesures d'urgence à toute la population. Que chaque patient soit acteur de sa santé et prenne soin des autres. » ;*
- *« Décharger les médecins traitants en cabinet pour qui les visites sont lourdes à gérer »*

Les freins

L'inconvénient le plus fréquemment cité par les médecins répondants était le manque de professionnels intéressés et disponibles (63%), suivi des longs temps de trajets lors des tournées mobiles (43%) et des risques de problèmes techniques liés au véhicule et à l'informatisation (38%). (*fig.9*)

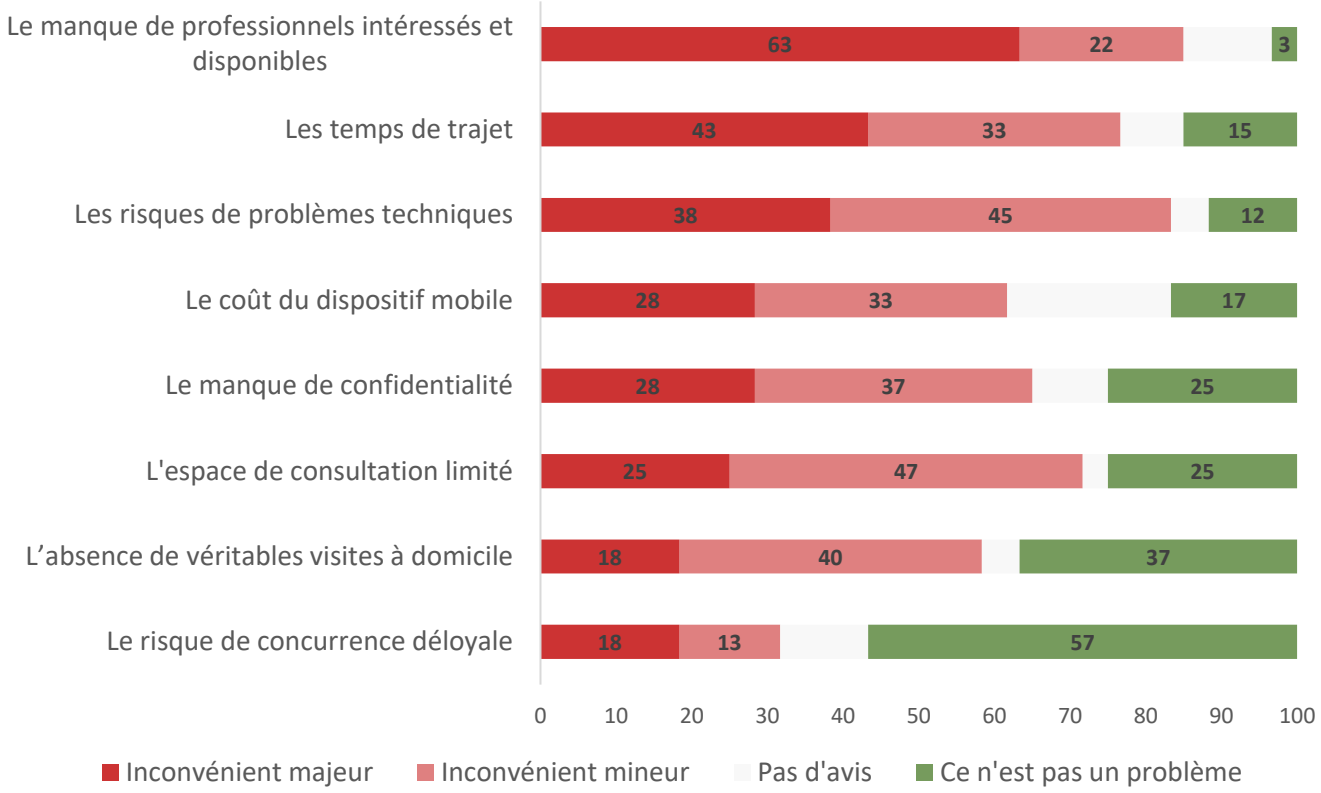


Figure 9 *Limites de la MGM*

A l'inverse, le risque de concurrence déloyale n'était pas considéré comme problématique pour la majorité d'entre eux (57%).

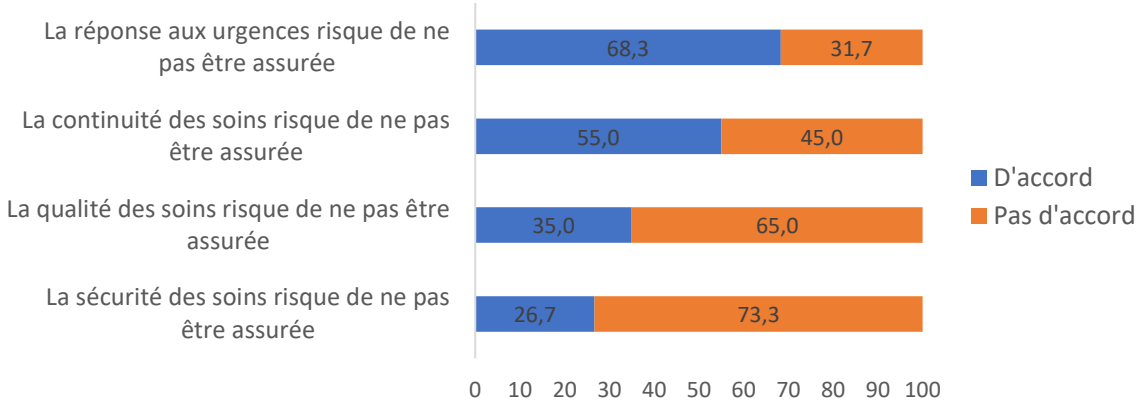


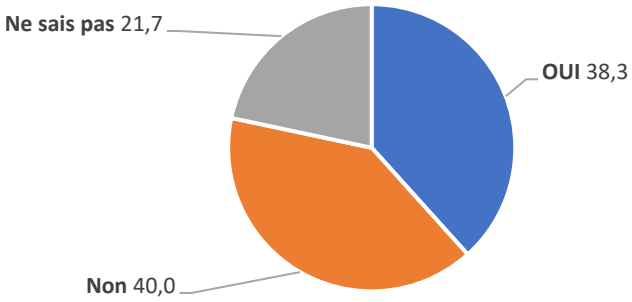
Figure 10 *Limites de la MGM (2)*

<u>Les autres limites citées étaient (commentaires libres)</u> :

- *« Dégradation de la relation médecin-malade » ;*
- *« Longueur plus importante des actes rendant la rémunération peu attractive. Pas de suivi de personnes mais de pathologies par des intervenants multiples » ;*
- *« Pas d'accès au dossier patient du médecin traitant limitant la qualité des soins, pas de suivi par le médecin traitant dont le rôle spécifique disparait de facto, plus de relation médecin-malade privilégiée qui favorise une bonne adhésion au traitement et au dépistage » ;*
- *« Manque d'implication des soignants » ;*
- *« Le retard au diagnostic urgent si les personnes "attendent" le camion » ;*
- *« Le turn-over des médecins de l'équipe » ;*
- *« La perte de qualité du dossier médical du patient » ;*
- *« La relation médecin-patient limitée mais mieux que pas de médecin du tout » ;*

d- Implication potentielle des médecins *(variable à expliquer n°2)*

Les médecins étaient ensuite interrogés sur leur implication potentielle dans un projet de MGM, à travers la question : « Si un tel projet voyait le jour, seriez-vous prêt à participer aux tournées mobiles ? ». Ils étaient 38% à répondre oui.



<u>Figure 11</u> Volonté de participer à un dispositif de MGM dans les AHP

Le *tableau 3* ci-après présente les caractéristiques des médecins désireux de participer à un dispositif de MGM sur le département, d'après un modèle de régression logistique univarié puis multivarié.

Là encore, les femmes s'impliqueraient plus volontiers que les hommes : 52% des femmes répondaient vouloir participer aux tournées mobiles, contre 27% des hommes (p=0,051). Le fait d'exercer en zone rurale était également associé à une plus grande volonté d'implication (p<0,05). Ces deux variables restaient indépendamment associées en analyse multivariée.

En tendance, il était intéressant de relever que les médecins connaissant déjà la MGM étaient plus désireux de s'impliquer (OR=2,7 ; p=0,069). A l'inverse, les médecins installés depuis plus de 20 ans dans le département seraient moins volontaires (OR=0,3 ; p=0,068).

	Volonté de participer à la MGM			
	OR [IC 95%]	***P***	ORa* [IC 95%]	***P***
Sexe				
Homme	1		1	
Femme	2.87 [0.98 – 8.41]	0.054	3.10 [0.96 – 10.05]	0.058
Durée d'exercice				
< 10 ans	1			
10 à 20 ans	0.40 [0.09 – 1.81]	0.239		
> 20 ans	0.32 [0.09 – 1.09]	0.068		
Structure d'exercice				
Seul	1.28 [0.45 – 3.64]	0.639		
Pas seul	1			
Exercice coordonné (ESP, MSP, CPTS)				
Non	1			
Oui	1.00 [0.28 – 3.55]	0.991		
Nombre d'actes/jour				
<25	1			
>25	1.43 [0.50 – 4.07]	0.500		
Nombre de VAD/semaine				
<5	1			
5-10	2.20 [0.68 – 7.10]	0.187		
>10	0.36 [0.06 – 1.97]	0.239		
Perception VAD				
Favorable	1			
Défavorable	0.27 [0.06 – 1.11]	0.069		
Télémédecine				
Non	1			
Oui	1.14 [0.38 – 3.37]	0.811		
Perception Télémédecine				
Favorable	1			
Défavorable	0.43 [0.12 – 1.57]	0.206		
Zone d'exercice				
Rurale	1		11.53 [1.19 – 111.77]	***0.034***
Semi-rurale	0.38 [0.12 – 1.21]	0.103	3.72 [0.39 – 35.70]	0.253
Urbaine	0.08 [0.009 – 0.79]	***0.030***	1	
Secteur carencé				
Pas du tout/faiblement	1			
Moyennement/fortement	6.06 [0.70 – 52.17]	0.100		
Inquiétude sur l'avenir				
Non	1			
Oui	2.89 [0.55 – 15.05]	0.206		
Connaissance de la MGM				
Non	1			
Oui	2.70 [0.92 – 7.92]	0.069		

Tableau 3 ***Caractéristiques des médecins désireux de s'impliquer dans la MGM***. *OR ajusté

Concernant la fréquence de participation à un dispositif de MGM, 15 médecins généralistes répondaient être prêts à intervenir 1 à 2 fois par mois, et 8 médecins à raison d'une fois par semaine.

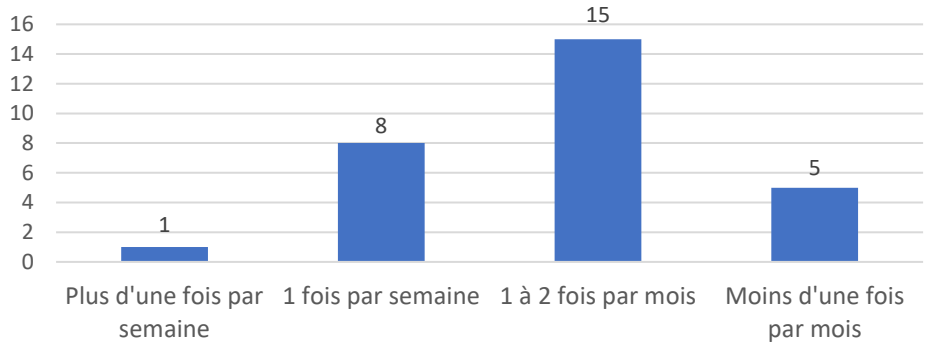


Figure 12 ***Fréquence de participation envisagée*** *(sur 29 médecins intéressés)*

e- Esquisse d'un modèle de MGM dans les AHP

Parmi les deux dispositifs de MGM présentés dans le questionnaire, une nette préférence était retrouvée pour le dispositif n°2 s'apparentant à des cabinets secondaires multiples (48%), par rapport au modèle du camion médicalisé (23%).

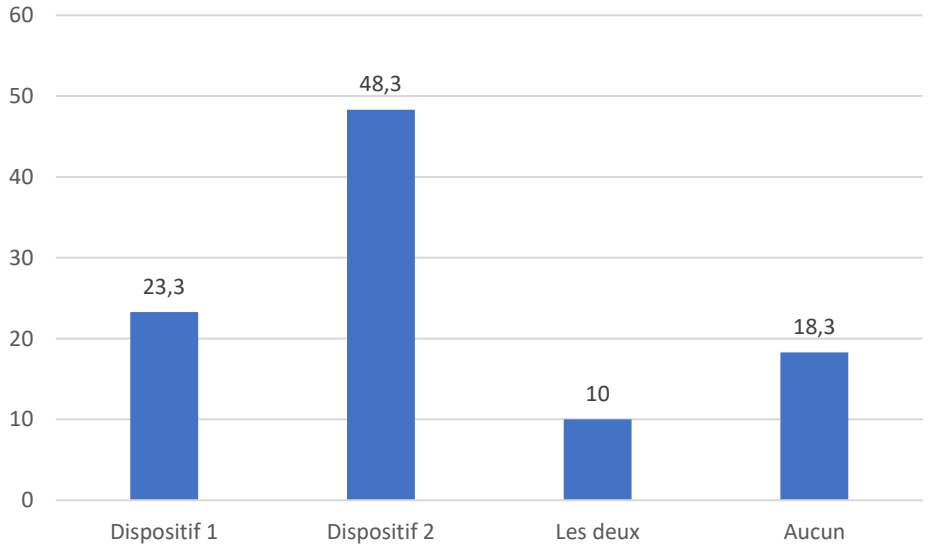


Figure 13 ***Préférence entre les deux dispositifs***

La majorité des répondants (63%) était d'accord avec l'assertion selon laquelle des médecins retraités pourraient intervenir et dispenser des soins de MGM.

Concernant les publics ciblés par ce type de dispositifs, les patients sans médecin traitant étaient les plus fréquemment mentionnés (*fig.14*).

Parmi les multiples champs d'action possibles du dispositif, les actions de prévention et de dépistage étaient prioritairement envisagées. Le suivi des pathologies chroniques occupait la deuxième place, et la réalisation de gestes simples était l'action la moins choisie (*fig. 15*).

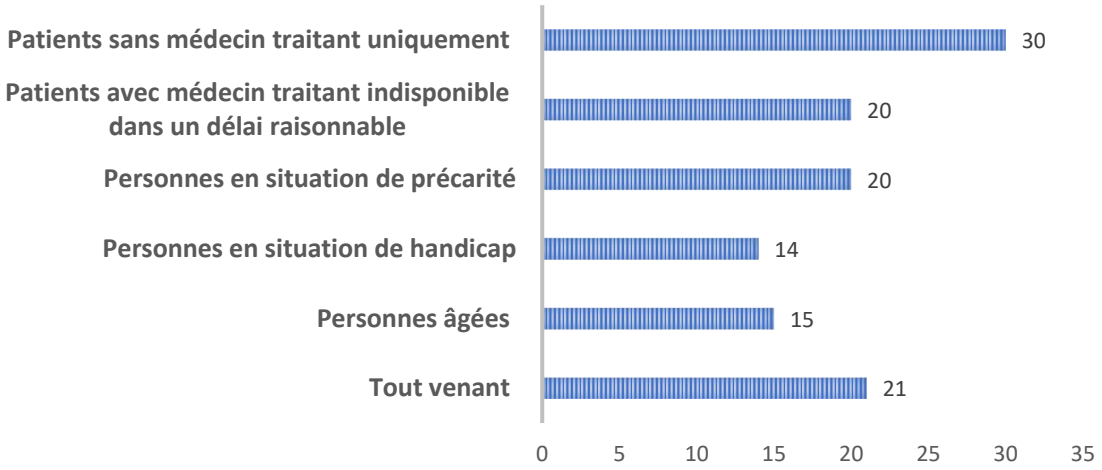


***Figure 14** Public(s) cible(s)*

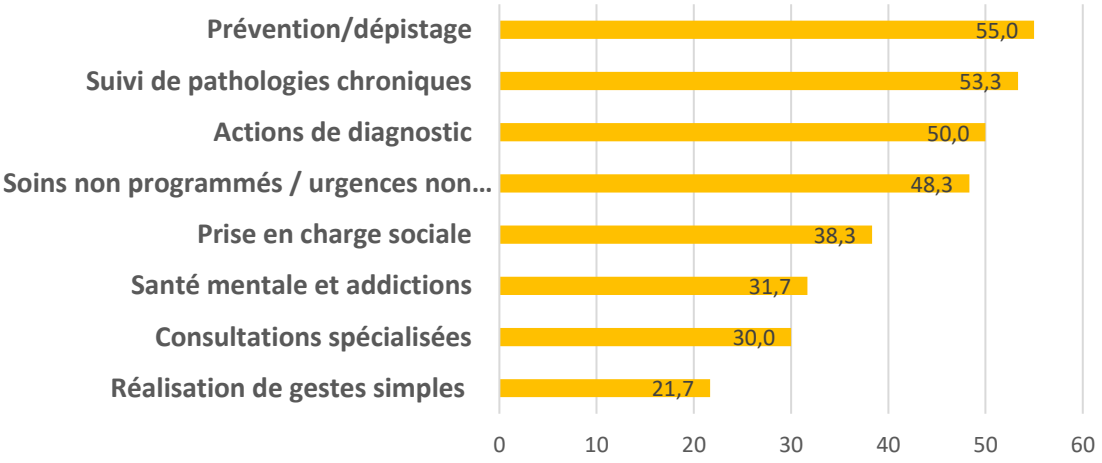


***Figure 15** Champ(s) d'action visé(s)*

Le dispositif de MGM pouvant faire intervenir occasionnellement ou régulièrement des spécialistes, les médecins étaient interrogés sur les spécialités qui seraient les plus pertinentes et adaptées aux besoins de leur territoire. Le psychiatre était de loin cité en premier, suivi de l'ophtalmologue et du dermatologue (*fig.16*).

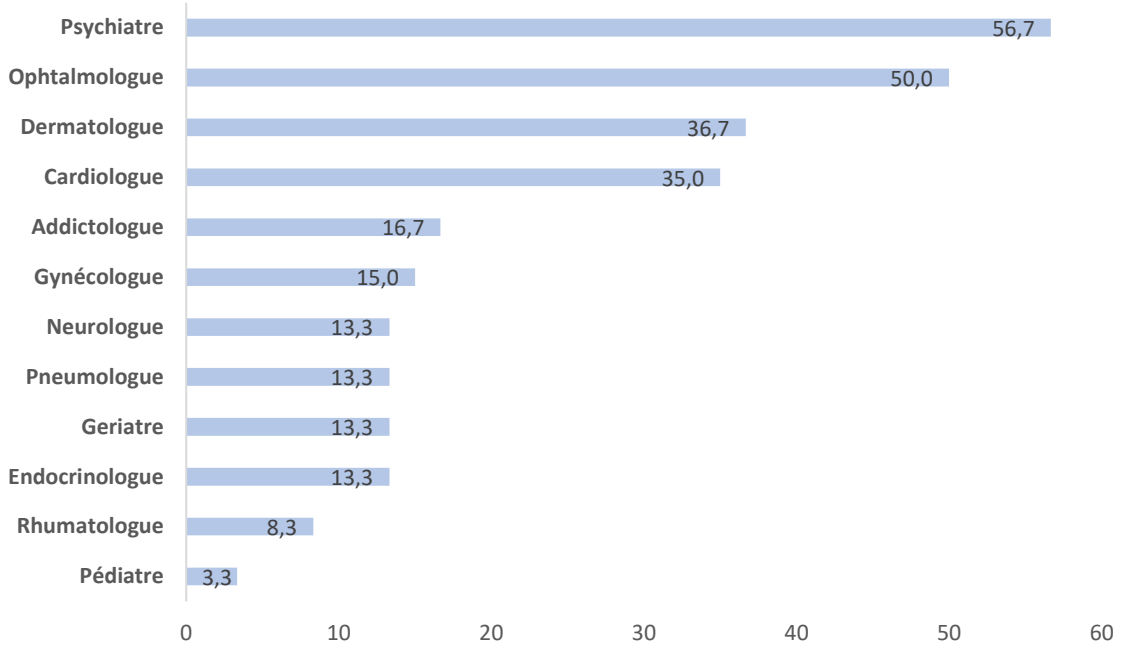


***Figure 16** Spécialistes pouvant intervenir dans le dispositif*

Enfin, concernant la rémunération, les avis étaient partagés entre une rémunération à l'acte classique (12%), une nécessité de majoration des actes (25%), et le salariat (30%). Un tiers des répondant n'avait pas d'avis sur la question.

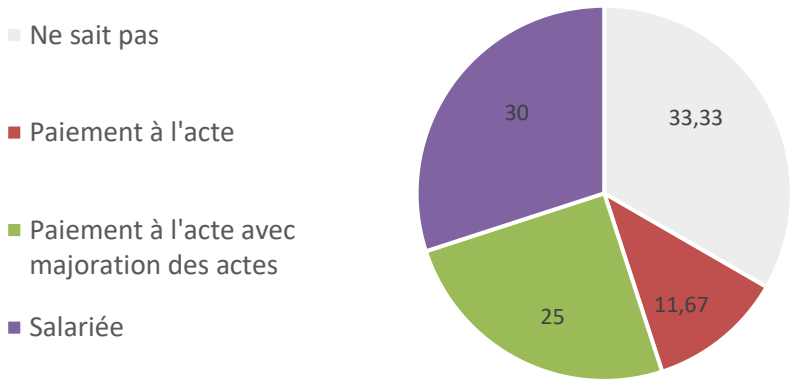


***Figure 17** Préférences de rémunération*

3- DISCUSSION

a- Discussion sur la méthode

La question de la médecine générale mobile comme innovation dans l'organisation des soins est assez peu connue en France, et a fait l'objet de très peu d'études. Nous retenons principalement un travail universitaire explorant les représentations d'un faible échantillon de population en Loire Atlantique (67), une enquête nationale auprès d'internes et de médecins, toutes spécialités confondues, sur l'idée de rendre la médecine plus itinérante (17), et des travaux sur des expériences originales d'unités de soin mobiles dans des territoires fragiles (1,61,62,66).

Le but de cette recherche était d'interroger les médecins généralistes d'un département à dominance rurale et fortement sujet aux problématiques de désertification médicale, ce qui n'avait jusqu'alors pas été réalisé. Le choix de la méthode par questionnaires numériques a été retenu afin de pouvoir solliciter facilement l'ensemble des médecins généralistes installés dans le département. Etant donné l'originalité du sujet, le défaut de littérature existante, et la subjectivité de nos propres représentations, nous avons dû recourir à des méthodes exploratoires pour la conception du questionnaire. L'analyse thématique de commentaires numériques n'est pas une méthode répandue en sciences de la santé, mais elle fait l'objet de travaux académiques récents dans le domaine de l'analyse du discours (68). Le web se caractérisant par la circulation importante de contenus produits par les utilisateurs, les commentaires numériques peuvent s'avérer être un matériau très riche pour les sciences humaines et sociales (68). Dans notre étude, nous n'avons cependant pas respecté une méthodologie scrupuleuse et validée d'analyse discursive de commentaires numériques. Nous nous sommes simplement attachés à regrouper les commentaires en unités de sens pour faire émerger des thématiques et sous-thématiques en lien avec notre sujet.

Nous avons également choisi de réaliser trois entretiens qualitatifs exploratoires auprès de médecins généralistes exerçant en zone rurale. Ces médecins étaient fortement sensibilisés aux problématiques d'accès aux soins, et globalement très enthousiastes à des formes d'organisation « alternatives », ce qui a pu représenter un biais de recrutement. Là aussi, nous devons admettre la faiblesse méthodologique de ces entretiens et de leur analyse. Pilier de la recherche en sciences sociales, l'entretien qualitatif repose sur des méthodologies rigoureuses

nécessitant d'y être correctement formé. Quant à leur analyse, il a pu exister un biais d'interprétation du fait notamment d'une absence de triangulation, et ce malgré un travail constant de réflexivité. De plus, avec seulement trois entretiens, la saturation des données était loin d'être atteinte. Il s'agissait davantage de faire émerger des interrogations, et *in fine* d'intégrer les représentations des professionnels dans la conception du questionnaire. A postériori, au vu de la grande richesse des entretiens réalisés et de l'ampleur potentielle du sujet, il apparaitrait intéressant de mener une véritable étude qualitative auprès des médecins, mais aussi d'autres professionnels de santé d'un même territoire (celui d'une CPTS par exemple).

b- Discussion sur les résultats

Nous avons obtenu 33,5% de réponses, un taux analogue aux questionnaires de thèse d'exercice sur des sujets similaires de santé publique. L'outils CartoSanté de l'ARS a permis de comparer les médecins répondants à l'ensemble des généralistes des AHP. Les médecins répondants paraissaient sensiblement plus jeunes, la part des plus de 55 ans étant de 42% dans notre échantillon contre 67% dans le département. Les femmes étaient plus représentées dans notre étude (45%) par rapport à l'effectif total (seul 34% des généralistes sont des femmes dans les AHP). Nous pouvons donc discuter la représentativité des réponses obtenues, les médecins répondants étant aussi les plus sensibilisés aux problématiques d'offre de soins, et peut-être aussi les plus intéressés par le sujet.

La significativité statistique de certains résultats a été limitée par le faible nombre de médecins répondants. L'étude nous permet cependant de relever et discuter les points suivants :

- ***Acceptabilité de la médecine générale mobile***

Contrairement aux résultats de la thèse nantaise où 92% des répondants (médecins et internes confondus) se disaient favorables à la médecine itinérante (17), l'idée de MGM ne faisait pas l'unanimité chez les médecins des AHP interrogés. Une majorité (57%) néanmoins - surtout des femmes - était favorable à son développement, avec une nette préférence pour le modèle de cabinets secondaires multiples plutôt que de véhicule médical itinérant. Ce résultat est en accord avec l'étude qualitative de Loire-Atlantique qui concluait à une plus grande pertinence du modèle avec locaux mis à disposition par les mairies (67).

Plus du tiers (38%) de notre échantillon (plus de femmes là aussi, et exerçant en milieu rural) était désireux de participer à un dispositif de MGM dans les AHP, avec parfois un certain engouement qui se retrouvait dans les commentaires libres (*Annexe 4*), mais également par des propositions concrètes de collaboration reçues par email.

Concernant d'autres innovations en santé telles que la télémédecine, seul 1/3 des répondants y était favorable. Ces résultats font écho à une thèse de 2019 qui révélait le caractère très « abstrait » de la télémédecine pour les médecins généralistes, dont beaucoup craignaient les dérives à type « d'ubérisation de la médecine » et de « deshumanisation de la santé » (39). La télémédecine apparaissait comme une solution potentielle à la désertification médicale, mais en dernier recours. Ces craintes se retrouvaient dans nos entretiens qualitatifs préliminaires. Nous faisions alors l'hypothèse d'une corrélation négative entre adhésion à la télémédecine et adhésion à la MGM, imaginée comme « plus proche du patient et plus humaine ». Cette hypothèse ne s'est cependant pas vérifiée dans notre étude, peut-être du fait d'un manque de puissance. Certains commentaires libres en fin de questionnaire suggéraient que télémédecine et MGM pourraient se complémenter. Nous pourrions ainsi imaginer des unités mobiles « connectées » pour la télé-expertise ou pour des téléconsultations spécialisées, par exemple de psychiatrie, d'ophtalmologie ou de dermatologie (trois spécialités particulièrement mises en avant dans l'étude).

- ***Participer à réduire les inégalités sociales de santé (ISS)***

Notre étude révèle l'intérêt largement attendu des unités de MGM pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) (77% des répondants), et favoriser l'accès aux soins des personnes vulnérables (90% des répondants). Il s'agit là d'objectifs clairement identifiés des politiques publiques nationales (comme « Ma Santé 2022 ») et régionale (PRS, PRAPS). La réduction des ISS découlerait de la logique « d'aller-vers » inhérente aux unités mobiles de soins, mais également d'une organisation encourageant la participation des habitants et des réseaux locaux, considérés non plus uniquement comme des bénéficiaires mais aussi comme des ressources. Une étude de la DRESS de 2016 sur les ISS insistait sur la nécessaire participation des habitants, des patients, des réseaux locaux, pour lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé (69).

- ***Améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques***

En deuxième position après les actions de prévention, le suivi des pathologies chroniques ferait partie des missions phare de la médecine générale mobile. C'est aussi l'un des grands enjeux médicaux actuels. Une revue de littérature sur les *Mobile Health Clinics* aux Etats-Unis évaluait que les unités mobiles de soin s'avéraient être particulièrement efficace pour le suivi des pathologies chroniques, telles que l'hypertension, le diabète ou l'obésité. Certaines de ces cliniques mobiles montraient même de meilleurs résultats que les structures classiques de soin (57). Cela pourrait venir d'une plus grande adhésion des patients aux stratégies thérapeutiques lorsqu'elles sont élaborées dans des unités mobiles, au plus proche de leur environnement et conditions de vie. Nous pouvons faire l'hypothèse que, de par sa dimension « d'aller vers », la MGM serait particulièrement performante pour initier puis renforcer des changements de comportement, premier traitement de la plupart des pathologies chroniques.

- ***L'idée de « mobilité coordonnée »***

Comme le signalait l'un des médecins interrogés dans l'étude préliminaire, la mobilité est inhérente au métier de médecin de campagne. Pourtant, il est intéressant de noter que seul un tiers des généralistes interrogés percevait positivement les visites à domicile, cette perception positive étant significativement associée à une plus grande adhésion à la MGM.

Cela fait écho à une thèse de 2019 auprès de 4443 médecins généralistes français qui évaluait les freins à la pratique des visites à domicile (70). Le caractère chronophage, le manque de valorisation financière, et la désorganisation de l'emploi du temps aux dépends des consultations étaient les principaux freins cités. Tout porte cependant à croire que la demande de visites à domicile ne cessera de croître dans les prochaines années, et nous pensons qu'il est illusoire de considérer que la télémédecine pourra à elle seule répondre à cette demande, du fait notamment de la « fracture numérique ». Comment alors repenser la mobilité des soins, lever les freins à sa réalisation, pour répondre aux défis sanitaires actuels et à venir ?

Un élément de réponse se trouve probablement dans la réorganisation actuelle du système de soins primaires, pensée à l'échelle du territoire (71). La « coordination » des professionnels de santé entend répondre collectivement aux besoins locaux de santé, grâce à des dispositifs comme les MSP ou les CPTS, dont les Projets de Santé bénéficient de financements particuliers. Faire figurer les enjeux de mobilité dans un Projet de Santé pourrait

permettre le déploiement d'unités mobiles « coordonnées », dont le fonctionnement ferait appel aux diverses ressources matérielles et humaines du territoire. Nous pourrions ainsi envisager, comme le suggèrent certains résultats de l'étude, une organisation territoriale des soins comprenant des permanences médicales et sociales régulières dans des villages isolés, la circulation de « bus santé » pour le dépistage, la prévention, l'éducation thérapeutique ou le suivi de pathologies chroniques.

Un autre élément de réponse, complémentaire, reposerait sur le renforcement des dynamiques locales d'entraide (formelles et informelles), d'autant plus fragilisées par le contexte de crise sanitaire et les mesures de « distanciation physique » actuelles. Il a été montré que les dispositifs d' « aller vers » permettent de rencontrer les acteurs de ces réseaux d'entraide, parfois de les consolider (1,61), et pourquoi pas de les inclure dans la logique actuelle de coordination.

- ***Une solution à la désertification médicale ?***

Le principal frein au développement d'unités mobiles de médecine générale, identifié dans l'étude, est le manque de professionnels intéressés et disponibles. La MGM ne permettrait donc pas de répondre aux problèmes de pénurie d'offre médicale. Elle pourrait en revanche améliorer la distribution de l'offre sur le territoire, et cibler des populations vulnérables qui finissent parfois par renoncer aux soins. La réponse se conçoit donc plus qualitativement que quantitativement.

Par ailleurs, nous faisions le pari que des formes alternatives d'exercice telles que les unités mobiles de MG permettraient d'attirer de nouveaux médecins ou internes sur le territoire. Cette assertion ne semblait pas convaincre les médecins répondants de l'étude (45%), contrastant avec les résultats de l'enquête nationale où 88% des médecins et internes interrogés répondaient positivement à cette même question (17). L'attractivité de la médecine générale, en particulier en zone rurale, est pourtant l'un des grands défis actuels (18,20,27).

L'idée de faire intervenir des médecins récemment retraités pour assurer des permanences mobiles était quant à elle acceptée à 63%. Après six mois de fonctionnement, l'expérience du Médicobus dans l'Orne a révélé que le dispositif avait attiré de nouveaux médecins volontaires en activité, en plus des médecins retraités : « *C'est un système qui plait beaucoup, qui permet de sortir du cabinet* » (72). Les premiers résultats semblent donc encourageants.

Enfin, la « désertification » des zones rurales ne se réduit pas au champ de la santé, et la lutte contre les déserts médicaux devrait s'inscrire dans des politiques plus globales d'aménagement du territoire (18,20,34). Il nous semble illusoire de penser qu'une solution « clé en main » serait susceptible de résoudre un problème aussi complexe et multifactoriel. Il existe probablement une pluralité de solutions adaptées spécifiquement aux enjeux de santé propres à chaque territoire. La médecine générale mobile pourrait en faire partie, sa flexibilité étant un atout pour mieux s'adapter aux enjeux. Notre étude a permis de révéler qu'elle obtient l'adhésion partielle des médecins généralistes des AHP. Il serait intéressant de compléter ces résultats par une étude auprès de la population de ce même territoire, ainsi que des représentants des collectivités, afin d'explorer leur perception et leurs attentes.

CONCLUSION

Vers une transformation des soins de premiers recours ?

La médecine générale connaît actuellement une transition vers de nouvelles formes d'exercice, accélérée par la situation pandémique d'une part, et les changements sociétaux d'autre part. Généralisation de la télémédecine, intelligence artificielle mise au service d'enjeux sanitaires, dématérialisation et délégation des tâches sont autant de facteurs de transformation rapide des métiers du soin. Notre future pratique de la médecine générale ne ressemblera certainement pas à celle de nos ainés. Si changement de paradigme il doit y avoir, la question est de savoir quel type de transformations nous sommes prêts à accepter, à défendre, à rejeter ? En particulier, sommes-nous prêts à délaisser notre tradition de médecine clinicienne, au contact direct du malade, au profit d'une médecine numérique et dématérialisée ?

La situation de désertification médicale dans certains territoires nous invite à réfléchir à d'autres formes d'organisation des soins. Les mesures incitatives se révèlent peu efficaces, les mesures coercitives peu acceptables. Parmi les innovations organisationnelles, celle de rendre la médecine générale plus mobile présente l'intérêt d'aller à la rencontre de populations en situation d'isolement, de vulnérabilité, auxquelles s'ajoute souvent celle du renoncement aux soins. Sans répondre directement à la pénurie d'offre médicale, elle pourrait cependant s'adapter à des enjeux territoriaux spécifiques, et permettre de lutter contre les inégalités sociales de santé. Elle pourrait en outre s'inscrire dans l'évolution sociologique des pratiques médicales : appétence des jeunes générations pour la pluridisciplinarité et le travail en équipe, transfert de pratiques individuelles vers une organisation plus collective du soin.

A l'instar de ce qui se pratique dans d'autres pays, la médecine générale mobile pourrait s'exercer en France selon des modalités à définir en fonction des caractéristiques propres à chaque territoire, et en concertation avec ses acteurs. Ce travail nous conduit à penser que le département des Alpes-de-Haute-Provence pourrait se prêter à une expérimentation locale préalable. Une des conditions *sine qua none* à la faisabilité d'une telle expérience serait son acceptabilité par les médecins généralistes. Cette étude, au-delà de valider cette condition, permet de penser qu'un certain nombre d'entre eux seraient en outre prêts à s'y engager.

BIBLIOGRAPHIE

1. De La Fournière T. AVICENNE, un projet médico-social mobile en sud-Lozère. 2017.

2. CNOM. Atlas de démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2020, Tome 1. [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

3. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? Espace Populations Sociétés [Internet]. 20 mars 2016. Disponible sur: http://journals.openedition.org/eps/6177

4. CNOM. Enquête sur les déterminants à l'installation [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/enquete-determinants-linstallation

5. Freschi A, Vigier P. Rapport de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain [Internet]. Assemblée Nationale; 2018. Report No.: Tome 1. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cesoins/l15b1185-t1_rapport-enquete

6. Trésor Public. Comment lutter contre les déserts médicaux ? Trésor Eco. oct 2019;(247).

7. Les 10 mesures de l'ANEMF pour lutter contre les déserts médicaux [Internet]. Le Quotidien du médecin. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/les-10-mesures-de-lanemf-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux

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

9. Doineau E, Mesnier T, Augros S. Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 oct. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-des-delegues-nationaux-a-l-acces-aux-soins

10. Interdiction de la médecine foraine - Article 74. Code de déontologie médicale.

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

12. Un camion pour affronter les déserts médicaux. La Croix [Internet]. 19 avr 2019 [cité 12 juin 2020]; Disponible sur: https://www.la-croix.com/France/Initiatives-et-solidarite/camion-affronter-deserts-medicaux-2019-04-19-1201016816

13. Adossé au centre de Givors, un cabinet mobile au secours des villages privés de généralistes. Le Quotidien du Médecin [Internet]. 13 oct 2020; Disponible sur: https://nouveau-europresse-com.lama.univ-amu.fr/Link/U031032T_1/news·20201013·SQU·3dfae908-af23-4b30-b329-114f8bcffa7b

14. CPTS Orne Est. Projet de santé « Médicobus ». 2020.

15. ORS PACA. Portrait des Alpes-de-Haute-Provence. [Internet]. 2018. Disponible sur: http://orspaca.org/sites/default/files/portrait_alpes-haute-provence_orspaca.pdf

16. Martin T. Histoire et devenir de l'interdiction de la médecine foraine en médecine générale. 2019.

17. Martin M. La médecine itinérante, une des solutions aux problèmes d'offre de soins en France? : Point de vue des médecins. 2020.

18. Lucas-Gabrielli V, Chevillard G. « Déserts médicaux » et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ? Médecine Sci. 1 juin 2018;34(6-7):599-603.

19. Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitain. Etudes Résultats. juin 2011;(764):8.

20. Vergier N, Chaput H. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Doss DRESS [Internet]. mai 2017;(17). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer

21. Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

22. URPS, Géosanté. Le Schéma de démographie médicale. Les médecins généralistes libéraux. 2018.

23. ARRETE nº DSDP-0218-1419 du 23 février 2018 Relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

24. Cour des comptes. L'avenir de l'assurance maladie - Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs [Internet]. 2017 nov p. 124. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/rapport/37018-lavenir-de-lassurance-maladie-assurer-lefficience-des-depenses-res

25. Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

26. Article L1511-8 - Code général des collectivités territoriales - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036511478/

27. Cardoux JN, Daudigny Y. Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées. Sénat. Commission des Affaires Sociales.; 2017.

28. Augros S. Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins. 2019 sept.

29. Accès aux soins : UFC-Que choisir dénonce une fracture sanitaire [Internet]. La Mutualité Française. Disponible sur: https://www.mutualite.fr/actualites/acces-aux-soins-ufc-choisir-denonce-fracture-sanitaire-amplifiee/

30. Cour des comptes. Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé [Internet]. Paris; 2014. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-relations-conventionnelles-entre-lassurance-maladie-et-les-professions-liberales

31. ISNAR-IMG. Résultats de l'enquête CESP de l'ISNAR-IMG. 2019.

32. Mousquès J, Bourgueil Y, Afrite A, et al. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. IRDES; 2014 déc p. 157.

33. Chevillard G, Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins? Quest D'économie Santé. IRDES. 31 mars 2020. Disponible sur: https://www.irdes.fr/recherche/2020/qes-247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes.html

34. Leicher C. CPTS et territoire. Regards. 2019;N° 56(2):81-92.

35. Schweyer F-X, Vezinat N. Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux. J Gest Econ Sante. 12 avr 2019;N° 1(1):3-10.

36. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019-774 juill 24, 2019.

37. Levesque L, Raguideau C. Le nouveau métier d'assistant médical en cabinet de médecine générale: représentations des médecins généralistes et des patients, une étude qualitative en miroir. 2019.

38. Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires - Sénat [Internet]. Disponible sur: http://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-686-notice.html

39. Nadolny J, Rahuel C. La télémédecine : approches et propositions des médecins généralistes libéraux français. Etude qualitative menée auprès de médecins généralistes libéraux de l'ancienne région Midi-Pyrénées du mois de mai au mois d'août 2018. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019

40. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Sante Publique (Bucur). 27 oct 2016;Vol. 28(4):487-97.

41. Harris Interactive. Baromètre : Les Français et la téléconsultation - Vague 2 [Internet]. France. 2019. Disponible sur: https://harris-interactive.fr/opinion_polls/barometre-les-francais-et-la-teleconsultation-vague-2/

42. Legmann M. Accès aux soins : recommandations du Conseil national de l'Ordre des Médecins. CNOM; 2012 juill.

43. Cour des comptes. La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins. 2017.

44. INSEE. Les résultats des recensements de la population [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/information/2008354

45. Atlasanté. Outils CartoSanté [Internet]. Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr/

46. Mutualité Française. Focus Provence Alpes Côte d'Azur. Accès territorial aux soins. 2020.

47. Observatoire Régional des Urgences Provence-Alpes-Côte d'Azur. Activité des services d'urgences : panorama 2016 de la région PACA. 2016.

48. Absence de concertation, médecine foraine : des médecins de l'Oise fustigent un projet de bus santé [Internet]. Le Quotidien du médecin. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/absence-de-concertation-medecine-foraine-des-medecins-de-loise-fustigent-un-projet-de-bus-sante

49. La Chèze (Côtes-d'Armor) : le projet de bus santé abandonné. Le Courrier indépendant [Internet]. 27 sept 2019; Disponible sur: https://actu.fr/bretagne/loudeac_22136/la-cheze-cotes-darmor-projet-bus-sante-abandonne_27532199.html

50. Marques A. Ne pas aller vers « ceux qui ne demandent rien » ? Rhizome. 12 juill 2018;N° 68(2):14-5.

51. Mercuel A. « Aller vers… » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir… » ! Rhizome. 12 juill 2018;N° 68(2):3-4.

52. Aljasir B, Alghamdi MS. Patient satisfaction with mobile clinic services in a remote rural area of Saudi Arabia. EMHJ - East Mediterr Health J 16 10 1085-1090 2010 [Internet]. 2010; Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/118009

53. Lifeline Express: Inside Lifeline Express, world's first Hospital Train - The Economic Times. Disponible sur: https://economictimes.indiatimes.com/industry/transportation/railways/inside-lifeline-express-worlds-first-hospital-train/articleshow/80131123.cms?from=mdr

54. Bodenheimer TS. Mobile Units: A Solution to the Rural Health Problem? Med Care. 1969;7(2):144-54.

55. Malone NC, Williams MM, Smith Fawzi MC, Bennet J, Hill C, Katz JN, et al. Mobile health clinics in the United States. Int J Equity Health. 20 mars 2020;19(1):40.

56. Driving change in health care delivery | Mobile Health Map [Internet]. Disponible sur: https://www.mobilehealthmap.org/

57. Yu SWY, Hill C, Ricks ML, Bennet J, Oriol NE. The scope and impact of mobile health clinics in the United States: a literature review. Int J Equity Health. 5 oct 2017;16(1):178.

58. Allemagne: un bus pour remédier aux déserts médicaux [Internet]. FranceSoir. 2018. Disponible sur: /actualites-societe-lifestyle/allemagne-un-bus-pour-remedier-aux-deserts-medicaux

59. Wolff H, Besson M, Holst M, Induni E, Stalder H. Inégalités sociales et santé : l'expérience de l'Unité mobile de soins communautaires à genève: Médecine ambulatoire. Rev Médicale Suisse. 2005;1(34):2218-22.

60. Siberia's medical train | NGL Life. National Geographic Learnings [Internet]. Disponible sur: https://www.ngllife.com/siberias-medical-train-1

61. Delescluse C. Le projet AVICENNE : retour de terrain des usagers. HAL CCSD; 2019.

62. Garnier M. Evaluation de l'utilisation du programme de dépistage des complications du diabète (Diabsat 2) en médecine générale dans le cadre des structures de premier recours. Université Toulouse lll - Paul Sabatier; 2016

63. Bus Santé | CHS [Internet]. Disponible sur: https://www.chs-drome-sante.org/soutien-projet/bus-sante

64. Le Marsoins par A Vos Soins – A vos soins [Internet]. Disponible sur: https://www.avossoins.fr/le-marsoins-par-a-vos-soins/

65. Prev'enBUS | Bus de prévention en Nouvelle Aquitaine [Internet]. Prev'enBUS. Disponible sur: https://www.prevenbus.com/

66. Degand V. Le cabinet dentaire mobile : une solution pour les déserts médicaux. 2013.

67. Langlassé E. Représentations d'un modèle de médecine générale itinérante par un échantillon de population en zone sous-médicalisée. 2016.

68. Carbou G. Presse en ligne et communautés cognitives. Reseaux. 1 déc 2015;n° 193(5):193-223.

69. Lang T, Ulrich V. Les inégalités sociales de santé - Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015- 2016. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2017.

70. Pourret R. Analyse des freins à la pratique des visites à domicile par les médecins généralistes français. Faculté de médecine de Toulouse-Rangueil; 2020.

71. Bergeron H, Moyal A. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France? Sciences Po; 2019. (Chaire Santé).

72. Dans l'Orne, le Médicobus rencontre les habitants sans médecin traitant (61) [Internet]. Banque des Territoires. 2021. Disponible sur: https://www.banquedesterritoires.fr/dans-lorne-le-medicobus-rencontre-les-habitants-sans-medecin-traitant-61

ABREVIATIONS

AHP	Alpes-de-Haute-Provence
ALD	Affection Longue Durée
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARS	Agence Régionale de Santé
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CMU	Couverture Mutuelle Universelle
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
ESP	Equipe de Soins Primaires
HPST (Loi)	Loi Hôpital Patient Santé Territoire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
ISS	Inégalités Sociales de Santé
MEP	Médecins à Exercice Particulier
MGM	Médecine Générale Mobile
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PACA	Provence-Alpes-Côte-D'azur
PRS	Projet Régional de Santé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
TVS	Territoire de Vie-Santé
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
ZAC	Zone d'Action Complémentaire
ZIP	Zone d'Intervention Prioritaire
ZRR	Zone de Revitalisation Rurale

ANNEXES

ANNEXE 1 - Guide pour les entretiens semi-directifs

Pouvez-vous vous **présenter brièvement** ? Et votre activité professionnelle ?

De quelle façon êtes-vous touché par la problématique de **désertification médicale** ?

Avez-vous déjà entendu parler de « médecine générale mobile » ou de « médecine itinérante » ?

Pour vous, **qu'est-ce que c'est / pourrait être** ?

A quoi pourrait ressembler une structure mobile de soins primaires sur votre territoire d'exercice ?

- Organisation ?
- Pour quoi ?
- Pour qui ?
- Par qui ?

Quels en seraient les **avantages** ?

Quels en seraient les **inconvénients / limites** ?

Et **par rapport à la télémédecine**, en plein essor ?

Quels seraient les **freins** au développement d'un tel projet ? Vos **craintes** ?

Et les **leviers** ? (Que faudrait-il faire pour qu'un tel projet voit le jour ?)

Acceptabilité pour les médecins installés ?

Et pour les patients ?

ANNEXE 2 – QUESTIONNAIRE

« Bonjour, dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je m'intéresse aux innovations médicales et organisationnelles pour répondre au problème du déficit en offre de soins primaires dans notre département.

Parmi ces innovations, celle de la « médecine générale mobile » a retenu mon attention. Je souhaite connaître votre point de vue sur le développement de structures mobiles de médecine générale comme réponse possible au problème de désertification médicale. »

PARTIE 1 : Caractéristiques de la population étudiée et de son activité professionnelle

A/ Caractéristiques socio-démographiques :

- Vous êtes : (un homme) (une femme)
- Vous avez : (<35 ans) (35-44 ans) (45-54 ans) (55-64 ans) (>65 ans)
- Vous exercez la médecine générale dans les AHP depuis (< 10 ans) (10-20 ans) (>20 ans)

B/ Caractéristiques de l'exercice professionnel :

- Vous exercez la médecine générale en : (salariat) (libéral) (activité mixte)
- Dans quel type de structure principalement : (cabinet seul) (cabinet de groupe) (MSP) (centre de santé)
- Exercez-vous dans un ou des cabinet(s) secondaire(s) ? (oui) (non)
- Faites-vous partie d'une CPTS ? : (oui) (non) (c'est en projet)
- Vous pratiquez la médecine générale (plusieurs réponses possibles) : (classique) (avec orientation pédiatrie) (gériatrie) (gynécologie) (médecine du sport) (médecine de montagne/urgences) (sociale) (psychiatrie, psychothérapie et addictologie) (médecines alternatives, homéopathie…) (autre : …)
- Combien d'actes faites-vous par jour en moyenne : (<15) (15-25) (26-35) (>35)
- Combien de visites à domicile faites-vous par semaine en moyenne : (aucune) (<5) (5-10) (11-20) (>20)
- Comment percevez-vous les visites à domicile ? (très favorablement) (favorablement) (ni favorable ni défavorable) (défavorablement) (très défavorablement)
- Pratiquez-vous la télémédecine (notamment depuis la crise sanitaire) ? (oui) (non)
- Si oui, à quelle hauteur ? (<5 téléconsultations par semaine) (2-5 par jour) (6-10 par jour) (>10 par jour)
- Quelle opinion en avez-vous ? (très favorable) (favorable) (ni favorable ni défavorable) (défavorable) (très défavorable)

C/ Identification des besoins de santé :

- Vous vous situez en zone : (rurale) (semi-rurale) (urbaine)
- Vous considérez que votre territoire est « carencé » en offre de soins primaires : (fortement) (moyennement) (faiblement) (pas du tout)
- Votre pratique quotidienne est-elle impactée par le déficit de médecins sur le territoire ? (fortement) (moyennement) (faiblement) (pas du tout)
- Avez-vous des inquiétudes sur l'avenir de votre exercice du fait de ce déficit ? (oui) (non)

PARTIE 2 : Les possibilités d'offre de soin mobiles : connaissances et adhésion

A/ Connaissances et adhésion générale au concept

- Avez-vous déjà entendu parler de projets de médecine générale mobile en France ? (oui) (non)
- D'après vous, la médecine générale mobile est-elle autorisée en France ? (Oui) (Non) (NSP)
- Quelle opinion générale en avez-vous *a priori* ? (très positive) (positive) (plutôt négative) (très négative) (pas d'avis)
- Adresseriez-vous vos patients vers une structure de soins mobile ? (oui) (non) (ne sait pas)

B/ Acceptabilité de deux modèles possibles de dispositifs mobiles

Jusqu'en 2012, les unités mobiles de médecine générale étaient interdites par le Code de Déontologie Médicale, les assimilant à de la « médecine foraine ». Le décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale assouplit les règles en matière de remplacement, de médecine foraine et de gestion de cabinet médical :

« ***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.* »

Dorénavant rendue possible quand le contexte territorial le justifie, la médecine générale mobile peut ainsi s'envisager et se décliner en différents dispositifs possibles.

Voici deux exemples d'offre de soins ambulatoires mobiles, inspirés de modèles étrangers et de projets français récents :

/ Dispositif n°1 /

L'équipe mobile de soins primaires assure des consultations à bord d'un **cabinet médical mobile** (bus, camion ou minivan aménagé), desservant des communes identifiées comme prioritaires. Le cabinet médical mobile sillonne le territoire selon un itinéraire préétabli, toujours le même, afin de permettre un suivi des patients.
Un premier exemple de ce type a vu le jour en octobre 2020 dans le département sous-doté de l'Orne, « le Médicobus ».

/ Dispositif n°2 /

L'équipe mobile de soins primaires assure des permanences de médecine générale **dans des locaux mis à disposition par des collectivités**, dans des communes dépourvues de médecin, selon un planning et une fréquence établie à l'avance. Les déplacements et le transport du matériel se font à bord d'un véhicule léger.
Ce type de dispositif s'apparente à l'exercice en cabinets secondaires multiples.

Dans les deux cas, l'équipe mobile est constituée d'un médecin et d'un auxiliaire médical (IDE par exemple). Les tournées peuvent être réparties entre plusieurs médecins exerçant sur le territoire, faire intervenir des médecins remplaçants ou des médecins retraités.

Le dispositif mobile peut être indépendant ou bien s'adosser à une structure existante telle qu'une MSP ou une CPTS. **Il n'a pas vocation à remplacer les structures existantes mais à les compléter.**

- Seriez-vous favorable au développement de tels dispositifs dans le 04 ? **(= ADHESION, variable n°1)** (très favorable) (favorable) (ni favorable ni défavorable) (défavorable) (très défavorable)
- Si vous deviez participer à l'un de ces dispositifs, lequel préféreriez-vous ? (1) (2) (aucun) (autre : commentaire libre)
- Pensez-vous que vos patients apprécieraient ce type de dispositifs ? (oui) (non) (ne sait pas)

C/ Avantages et inconvénients de la médecine mobile

- **Sur les avantages potentiels** des structures mobiles de médecine générale, merci de donner votre opinion

Les structures médicales mobiles permettraient de :	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas d'avis
Favoriser l'accès aux soins pour les personnes isolées ou vulnérables					
Maintenir la relation médecin-malade					
Réduire les inégalités sociales de santé					
Répondre à la demande de soins non programmés					
Réduire le nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations					
Réaliser des explorations fonctionnelles simples (échographies, ECG connecté, …)					
Attirer de nouveaux médecins ou internes sur le territoire					
Renforcer et créer de nouveaux partenariats de terrain (professionnels de santé, associations, collectivités locales)					

Voyez-vous d'autres avantages ? (Texte libre)

- **Selon vous, les principales limites de la médecine générale mobile sont :**

	Inconvénient majeur	Inconvénient mineur	Ce n'est pas un problème	Pas d'avis
Les temps de trajet				
L'espace de consultation limité				
Le manque de confidentialité				
Les risques de problèmes techniques (maintenance du véhicule, connexion aux réseaux, informatique, etc.)				
Le manque de professionnel intéressé et disponible				
L'absence de véritables visites à domicile				
Le risque de concurrence déloyale				
Le coût du dispositif mobile (si véhicule aménagé)				

Merci de donner votre opinion :	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas d'avis
La réponse aux urgences risque de ne pas être assurée					
La qualité des soins risque de ne pas être assurée					
La continuité des soins risque de ne pas être assurée					
La sécurité des soins risque de ne pas être assurée					

Voyez-vous d'autres limites ou inconvénients ? (Texte libre)

- **Sur l'organisation des structures médicales mobiles** :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas d'avis
Elles doivent s'appuyer sur des structures fixes existantes (MSP ou CPTS)					
Des médecins retraités pourront intervenir et dispenser des soins					

Par rapport à la télémédecine en plein essor, comment percevez-vous le développement de structures médicales mobiles : (supériorité de la MGM) (infériorité de la MGM) (pas d'avis)

PARTIE 3 : Attentes et possibilités d'implication

A/ Vos attentes d'un dispositif de médecine mobile :

- Si un projet de médecine mobile venait à être développé sur votre secteur, vous souhaiteriez qu'il s'adresse prioritairement (plusieurs réponses possibles) :
  - (aux patients sans médecin traitant uniquement)
  - (aux patients avec médecin traitant indisponible dans un délai raisonnable)
  - (aux personnes en situation de précarité)
  - (aux personnes en situation de handicap)
  - (aux personnes âgées)
  - (au tout venant)
  - (autre)

-Pour quel(s) champ(s) d'action (choisissez les 3 plus pertinents) :
  - Actions de prévention et dépistage
  - Actions de diagnostic
  - Suivi de pathologies chroniques
  - gestes simples (frottis, sutures, infiltrations, …)
  - Soins non programmés / urgences non vitales
  - Santé mentale et addictions
  - Prise en charge sociale (accès aux droits)
  - consultations spécialisées
  - autres, précisez :
  - aucun

- Le dispositif mobile pourrait faire intervenir régulièrement des médecins spécialistes. Lesquels seraient les plus pertinents d'après vous (3 choix possibles) :

(Ophtalmologue) (Psychiatre) (Addictologue) (Cardiologue) (Pneumologue) (Dermatologue) (Neurologue) (Rhumatologue) (Pédiatre) (Gynécologue) (Gériatre) (Endocrinologue/diabétologue) (Autre, précisez) (Aucun)

B/ Votre implication dans une structure médicale mobile :

- Seriez-vous intéressé(e) de participer à l'élaboration de projets de médecine mobile dans le 04 ? (oui, fortement) (oui, potentiellement) (non merci)
- Si un projet voyait le jour, seriez-vous prêt à participer aux tournées mobiles ? **(= IMPLICATION, variable n°2)** (tout à fait d'accord) (plutôt d'accord) (plutôt pas d'accord) (pas d'accord) (ne sait pas)

- Si oui, à quelle fréquence ? (moins d'une fois par mois) (1 à 2 fois par mois) (1 fois par semaine) (plus d'une fois par semaine) (à temps plein)

- Quelle rémunération serait la plus adaptée selon vous : (salariée) (paiement à l'acte) (paiement à l'acte avec majoration des actes) (ne sait pas)

- Commentaires libres :

Un grand merci pour votre participation !

Pour aller plus loin, si le sujet vous intéresse :

- Un premier exemple de médecine générale mobile, le « Médicobus », a vu le jour en octobre 2020 dans le département de l'Orne. Le projet est porté par la CPTS Orne-Est, en lien avec l'ARS, la CPAM, le CDOM et l'URML : https://www.urml-normandie.org/en-action/medicobus/

- Article 74 du Code de Déontologie médicale sur l'interdiction de la médecine foraine, modifié en 2012 : https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-4

- Thèse de santé publique sur la médecine itinérante en France : *Martin M., La médecine itinérante, une des solutions aux problèmes d'offre de soins en France ? : Point de vue des médecins. Nantes, France. 2020*

- Rapport 2018 des délégués à l'accès aux soins qui classe la médecine mobile dans les nouveaux modes d'exercice à soutenir : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport.pdf

ANNEXE 3 – Caractéristiques des médecins répondants

	ADHESION*			IMPLICATION*		
	NON n (%)	**OUI n (%)**	***p***	**NON n (%)**	**OUI n (%)**	***p***
Sexe						
Un homme	21 (80.77)	12 (35.29)	***0.0005***	24 (64.86)	9 (39.13)	***0.0514***
Une femme	5 (19.23)	22 (64.71)		13 (35.14)	14 (60.87)	
Age						
35 - 44 ans	5 (19.23)	4 (11.76)	0.3044	8 (21.62)	1 (4.35)	0.2229
45 - 54 ans	4 (15.38)	12 (35.29)		7 (18.92)	9 (39.13)	
55 - 65 ans	12 (46.15	13 (38.24)		16 (43.24)	9 (39.13)	
< 35 ans	2 (7.69)	4 (11.76)		3 (8.11)	3 (13.04)	
> 65 ans	3 (11.54)	1 (2.94)		3 (8.11)	1 (4.35)	
Durée d'exercice						
10 à 20 ans	6 (23.08)	6 (17.65)	0.1256	8 (21.62)	4 (17.39)	0.1648
< 10 ans	5 (19.23)	15 (44.12)		9 (24.32)	11 (47.83)	
> 20 ans	15 (57.69)	13 (38.24)		20 (54.05)	8 (34.78)	
Exercice seul						
Non	11 (42.31)	20 (58.82)	0.2046	20 (54.05)	11 (47.83)	0.6388
Oui	15 (57.69)	14 (41.18)		17 (45.95)	12 (52.17)	
Exercice coordonné (MSP, ESP, CPTS)						
Non	20 (76.92)	27 (79.41)	0.8166	29 (78.38)	18 (78.26)	0.9914
Oui	6 (23.08)	7 (20.59)		8 (21.62)	5 (21.74)	
Nombre d'actes par jour						
<25	13 (50.00)	19 (55.88)	0.6508	21 (56.76)	11 (47.83)	0.5002
>25	13 (50.00)	15 (44.12)		16 (43.24)	12 (52.17)	
Nombre de visites à domicile (VAD)						
<5	12 (46.15)	16 (47.06)	0.1280	18 (48.65)	10 (43.48)	***0.0901***
5-10	6 (23.08)	14 (41.18)		9 (24.32)	11 (47.83)	
>10	8 (30.77)	4 (11.76)		10 (27.03)	2 (8.70)	
Perception des VAD						
Favorable	13 (50.00)	31 (91.18)	***0.0008***	24 (64.86)	20 (86.96)	***0.0764***
Défavorable	13 (50.00)	3 (8.82)		13 (35.14)	3 (13.04)	
Télémédecine						
Non	9 (34.62)	13 (38.24)	0.7731	14 (37.84)	8(34.78)	0.8113
Oui	17 (65.38)	21 (61.76)		23 (62.16)	15(65.22)	
Perception Télémédecine						
Favorable	17 (65.38)	27 (79.41)	0.2234	25 (67.57)	19 (82.61)	0.2002
Défavorable	9 (34.62)	7 (20.59)		12 (32.43)	4 (17.39)	
Zone d'exercice						
Rurale	7 (26.92)	16 (47.06)	0.1071	10 (27.03)	13 (56.52)	***0.0317***
Semi-rurale	12 (46.15)	15 (44.12)		18 (48.65)	9 (39.13)	
Urbaine	7 (26.92)	3 (8.82)		9 (24.32)	1 (4.35)	
Secteur carencé						
Pas du tout/faiblement	5 (19.23)	4 (11.76)	0.4821	8 (21.62)	1 (4.35)	0.1339
Moyennement/fortement	21 (80.77)	30 (88.24)		29 (78.38)	22 (95.65)	
Inquiétude sur l'avenir						
Non	7 (26.92)	3 (8.82)	***0.0851***	8 (21.62)	2 (8.70)	0.2906
Oui	19 (73.08)	31 (91.18)		29 (78.38)	21 (91.30)	
Connaissance de la MGM						
Non	16 (61.54)	19 (55.88)	0.6597	25 (67.57)	10 (43.48)	***0.0657***
Oui	10 (38.46)	15 (44.12)		12 (32.43)	13 (56.52)	

* Oui = favorable, très favorable ; Non = très défavorable, défavorable, ni favorable ni défavorable

ANNEXE 4 – Commentaires libres

1- « *Les médecins généralistes sont des spécialistes de leur métier, responsables, compétents et indépendants pour le bien des patients. Ce n'est pas en martelant dans les médias des phrases assassines ou des amendements à l'Assemblée nationale qui nous stigmatisent ou nous épuisent que notre système de soin a des chances de s'améliorer ou en omettant de nous donner les moyens organisationnels, les moyens financiers et les systèmes informatiques interopérables de coordination fiables, fluides et économes de notre temps et dépenses. Au pays des 35 heures, nous avons besoin d'être respectés, protégés et écoutés comme tout citoyen de ce pays*. »

2- « *Mes réponses correspondent à celles d'un médecin prenant sa retraite au 1er janvier 2021 ... !!!* »

3- « *Je viens d'être appelé pour une urgence...* »

4- « *Comme pour la télémédecine, il ne faut pas oublier que, derrière un écran ou en unité mobile, il faut un médecin ; si je pars 2 jours en itinérance, c'est mon secteur qui devient désert ; si je fais 10 téléconsultations dans l'après-midi, ce sont 10 consultations présentielles de moins à offrir à mon secteur ; dans les 2 cas, en médecine générale, ce ne sont que des outils potentiellement intéressants dans certains cas ; les projets semblent beaucoup plus pertinents en consultation spécialisée afin de mieux répartir l'offre de certaines spécialités dans le territoire; Bon courage!* »

5- « *Projet absurde qui ne peut qu'inciter les rares médecins encore sur place à partir à la retraite au plus tôt*. »

6- « *Il manque dans l'étude un secrétariat solide pour les prises de RDV qui lui serait fixe mais gérerait les RDV mais aussi le suivi de la paperasse. Reste le problème de la connexion de la base de données des patients et de l'accessibilité entre les intervenants (med au pluriel, IDEs, autres prof de santé)* »

7- « *Super sujet* »

8- « *Merci de me tenir au courant du résultat de cette thèse. Cordialement* »

9- « *Sujet très compliqué... Votre question est-elle un constat d'échec de la médecine ou une évolution nécessaire et normale ? Personnellement j'ai très peur pour l'avenir dans mon secteur car par exemple mes 3 associés ont plus de 62 ans et je suis le plus jeune d'au moins 10 ans parmi les médecins de mon secteur.*
*Votre solution semble, dans ce cas malheureusement plus un pansement qu'une solution (je me trompe peut-être...). Un problème soulevé par mes associés lors de la proposition par un médecin extérieur de faire de la télémédecine était "*il va nous prendre toutes la pathologies infectieuses et traumatiques rapides agréables, rentables et allégeant le travail et il nous restera que l'administratif et le suivi de pathologies chroniques lourdes*"... il ne faudrait pas que ce soit le cas. Un problème soulevé par un patient vivant dans un village où il y a une permanence organisée :* "C'est jamais le mème, donc des fois j'hésite à y aller pour répéter encore ce qui va pas*"...donc pour l'aigu OK, sous-entendu présentiel quotidien, mais le suivi le manque de repère si le praticien change. Bref je suis un peu mitigé. Je pense qu'il faudrait bien consolider les bases avec une offre de soins correcte fixe puis organiser une unité mobile. Nous sommes en maison de santé, ouverte depuis 4 ans, nous voulions organiser des permanences dans les villages voisins, avec déjà des pré accords pour des lieux de consultations...malheureusement jamais mis en place car nous sommes trop débordés sur place (pour info : 2 mois d'attente pour mes rdv programmés). Bon courage pour la suite*. »

10- « *Formons et installons plus de médecins, il n'y a pas de médecins en "surplus" pour faire des tournées, les médecins installés n'ont déjà pas le temps de gérer leur propre patientèle et la retraite ..*

ben c'est pour ne plus travailler, pas pour faire des vacations dans des zones sous dotées ! Sinon pourquoi prendre sa retraite ?? En résumé c'est une solution désespérée pour tenter de combler une carence médicale toujours plus grande ... Mais je n'ai pas de solutions. Bon courage et bonne thèse. Cordialement »

11- « *Pour moi c'est un concept nouveau mais très intéressant surtout en région rurale.* »

12- « *J'ai un projet en cours d'élaboration à ce sujet incluant la télémédecine avec une valise connectée et pour lequel je recherche un ou des collaborateurs. Je dois en discuter avec mon collègue de la vallée. Si vous êtes intéressé vous pouvez me contacter*. »

13- « *Idée à creuser mais nécessitant un gros travail de réflexion et coordination en amont, en tant que doyen des médecins exerçant du 04 je serais intéressé par le résultat de votre thèse bon courage*. »

14- « *Idée très intéressante mais pas le temps de m'impliquer actuellement* »

15- « *A la retraite, pour l'instant disponibilité zéro* »

16- « *C'est une mauvaise réponse aux déserts médicaux. Les médecins libéraux sont en situation de burn-out en raison d'une démographie trop réduite, d'horaires indécents et d'un manque de soutien administratif. Déjà à fond, je ne vois pas où trouver le temps pour cela ou au détriment de ma santé. La solution pour les déserts médicaux est sociétale. Démographie médicale et soulagement des taches non médicales*. »

17- « *Ce serait une excellente idée de mettre cette structure mobile en place dans la région.* »

18- **«** *Un revenu minimum doit être assuré*. »

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

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

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

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

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

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre