



HAL
open science

Intérêt d'un bus médicalisé itinérant dans les régions à faible densité médicale : étude qualitative auprès de médecins généralistes dans la partie sud-est des Cévennes

Philippe Hou

► To cite this version:

Philippe Hou. Intérêt d'un bus médicalisé itinérant dans les régions à faible densité médicale : étude qualitative auprès de médecins généralistes dans la partie sud-est des Cévennes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03325956

HAL Id: dumas-03325956

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03325956v1>

Submitted on 25 Aug 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

HOU Philippe

Le 22 juin 2021

**Intérêt d'un bus médicalisé itinérant dans les régions à faible densité médicale :
Étude qualitative auprès de médecins généralistes dans la partie sud-est des Cévennes**

Directeur de thèse : Docteur GUILLAUMOU Gabriel

Jury

Président :

Monsieur le Professeur LAMBERT Philippe : Professeur des Universités, Médecine Générale

Assesseurs :

Monsieur le Professeur MOLINARI Nicolas : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier
de Biostatistique

Madame le Docteur OUDE ENGBERINK Agnès : Maître de Conférence Universitaire,
Médecine générale

Monsieur le Docteur GUILLAUMOU Gabriel : Praticien Hospitalier, Médecine générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude

BUREAU Jean-Paul

HERTAULT Jean

MION Henri

VIDAL Jacques

VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude

GROLLEAU RAOUX Robert

MONNIER Louis

BLANC François

GUERRIER Bernard

MOURAD Georges

BONAFE Alain

GUILLOT Bernard

PREFAUT Christian

BOULENGER Jean-Philippe

JONQUET Olivier

PUJOL Rémy

BOURREL Gérard

LANDAIS Paul

RIBSTEIN Jean

BRINGER Jacques

LARREY Dominique

SCHVED Jean-François

CLAUSTRES Mireille

LE QUELLEC Alain

SULTAN Charles

DAURES Jean-Pierre

MARES Pierre

TOUCHON Jacques

DAUZAT Michel

MAUDELONDE Thierry

UZIEL Alain

DAVY Jean-Marc

MAURY Michèle

VOISIN Michel

DEDET Jean-Pierre

MESSNER Patrick

ZANCA Michel

ELEDJAM Jean-Jacques

MILLAT Bertrand

Docteurs Emérites

PRAT Dominique

PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire(option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÉ Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES – Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SASSO Milène
MOSER Camille	SCHULDINER Sophie
MOUSTY Eve	SEGURET Fabienne
MOUTERDE Gaël	SENESSE Pierre
PANSARD Nicole	SKALLI El Medhi
PERNIN Vincent	SOLA Christelle
PERRIGAULT Pierre François	SOULLIER Camille
PEYRON Pierre-Antoine	STOEBNER DELBARRE Anne
PICARD Eric	TEOT Luc
PICOT Marie Christine	THIRION Marina
PIERONI Laurence	VACHIERY-LAHAYE Florence
POQUET Hélène	VERNES Eric
PUJOL Sarah-Lise	VINCENT Laure
PUPIER Florence	WAGNER Laurent
QUANTIN Xavier	ZERKOWSKI Laetitia
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	

Remerciements

À Monsieur le Professeur Philippe Lambert,

Pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de ma plus sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur Nicolas Molinari,

Pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de siéger dans ce jury, qu'il veuille bien accepter l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur Agnès Oude Engberink,

Pour avoir accepté de participer à ce jury, veuillez accepter l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Gabriel Guillaumou,

Pour avoir accepté d'être mon directeur de thèse, je te remercie sincèrement.

Ce sujet qu'on a trouvé au cours d'une de nos discussions farfelues, sur lequel on plaisantait initialement est devenue un vrai sujet de thèse. Tu savais que le chemin serait long et sinueux, malgré cela, tu t'y es engagé. Je te remercie encore.

À ma maman, qui m'a élevé, qui m'a supporté, et qui m'a surtout poussé vers la réussite. Je te remercie pour tout, et surtout pour ces petits plats que tu me prépares et que j'aime tant. Je t'aime.

À mon papa, qui malheureusement ne peut pas être parmi nous aujourd'hui. Sans lui, je ne me serais jamais engagé dans cette voie. Je t'aime.

À Pheng et Huong, mes chères sœurs, je vous remercie de m'avoir soutenu dans cette voie difficile, et de me pousser toujours plus loin.

À mes beaux-frères, Jarvis et Dimitri, je vous remercie pour vos bons conseils. Comme le whisky, vous vous améliorez avec l'âge.

À mes neveux, Jérémy, Jéson, Noann ; à ma nièce, Nikki, vous ne serez jamais assez forts pour me battre au Uno, vu que j'ai instauré les règles du jeu. Je vous aime quand même.

À ma famille, mon beau-père, mes oncles, mes tantes, mes cousins, je vous remercie.

À Kali, Cyrille, Anthony et la petite Stella, je vous remercie de m'avoir accueilli et de me considérer comme votre neveu.

À mes amis, André, Mathias, Gowthaman et Kévin, je vous remercie de me supporter et de me soutenir. Mais également pour tous nos fous rires, tous nos moments passés ensemble. Ce n'est qu'un début, voyons ce que l'avenir nous réserve... Vous pouvez maintenant m'appeler Docteur HOU.

Et à leurs femmes, Amandine, Kim et Lu, je vous remercie d'être là pour eux. A bientôt pour des vacances de folies.

À Camille, je te remercie pour toutes ces années, un peu plus de 10 maintenant. C'est quand tu veux pour une longue balade en vélo. Et peut-être dans le bus un jour...

À Cyril, Vadime et David, pour tous ces fous rires, toutes ces bêtises, tous ces traitements inhalés.

À mes amis de la fac, Alexandre, Caroline, Cécile, Manon et Sohela, je vous remercie.

À Laurie, je te remercie de laisser ta porte toujours ouverte, et de m'avoir motivé. Un bisou à la petite Zoé.

À Géraud, mon ami à l'autre bout du monde, merci pour tout. Pour ce magnifique voyage, je reviendrais te voir avec plaisir.

À Anne Laure, merci pour ces moments passés et à venir.

À Michel, mon ami, qui ne refuse jamais un verre, merci encore pour tous tes conseils et ton partage d'expérience.

À Anne Sophie, Eve, et Yves, je vous remercie de m'avoir accueilli dans le cabinet et pour cette future collaboration. Une nouvelle page s'écrit. Ce n'est que le début.

À ma petite Julie, l'amour de ma vie, qui me soutient au quotidien malgré mes accès de folie. Tu me connais mieux que personne. Je suis honoré que tu sois à mes côtés, dans cette voie difficile que j'ai choisie.

En espérant pouvoir t'apporter tout le bonheur dont tu mérites.

Pour la vie.

Je t'aime mon babi.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	18
I. INTRODUCTION	19
I. 1 LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE	21
I. 1.1 La démographie médicale en France	22
I. 1.2 La démographie médicale dans l'ancienne région du Languedoc Roussillon	22
I. 1.3 La densité médicale plus particulièrement dans les Cévennes	23
I. 2 UNE NOUVELLE ÈRE ?	24
I. 2.1 Les maisons de santé	24
I. 2.2 L'urbanisation du mode de vie	24
I. 2.3 Une nouvelle façon d'exercer	24
I. 3 LES DIFFÉRENTS PROJETS ITINÉRANTS EXISTANTS	26
I. 4 NAISSANCE DU PROJET	28
II. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS	30
II. 1 QUESTION DE RECHERCHE	30
II. 2 HYPOTHESE DE RECHERCHE	30
II. 3 OBJECTIF PRINCIPAL	30
II. 4 OBJECTIF SECONDAIRE	30
III. MATERIELS ET MÉTHODE	31
III. 1 MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL	31
III. 1.1 Le guide d'entretien	31
III. 1.2 Les entretiens	32
III. 1.3 L'analyse des données	32

III. 2 LIEU DE L'ÉTUDE	32
III. 3 POPULATION ÉTUDIÉE	33
III. 3.1 Critères d'inclusion	33
III. 3.2 Critères de non inclusion	33
III. 3.3 Modalités de recrutement pour les entretiens en vis-à-vis	34
III. 4 DURÉE DE L'ÉTUDE	34
III. 5 INVESTIGATEUR	34
III. 6 METHODE D'ANALYSE DES DONNÉES	34
IV. RÉSULTATS DES ENTRETIENS	35
IV. 1 LES MÉDECINS INTERROGÉS	35
IV. 2 ANALYSE THÉMATIQUE DES DISCOURS	35
IV. 2.1 Thème 1 : Les difficultés liées à l'isolement dans la pratique professionnelle	36
<i>IV. 2.1.1 La surcharge de travail</i>	36
<i>IV. 2.1.2 L'absence d'interaction</i>	37
<i>IV. 2.1.3 L'accès aux soins secondaires</i>	38
IV. 2.2 Thème 2 : Intérêt d'un bus médicalisé dans la pratique professionnelle	39
<i>IV. 2.2.1 Une structure complémentaire</i>	39
<i>IV. 2.2.2 Un lien social</i>	40
<i>IV. 2.2.3 L'accès à la spécialité</i>	41
IV. 2.3 Thème 3 : Moyens nécessaires pour le bon fonctionnement du bus médicalisé	42
<i>IV. 2.3.1 Moyens humains</i>	42
<i>IV. 2.3.2 Moyens techniques</i>	43
<i>IV. 2.3.3 Moyens financiers</i>	44
IV. 2.4 Thème 4 : Les freins à la mise en place du bus médicalisé	45
<i>IV. 2.4.1 Le recrutement du professionnel de santé</i>	45
<i>IV. 2.4.2 L'adhésion des médecins</i>	45
<i>IV. 2.4.3 L'adhésion de la population</i>	45

IV. 2.4.4 <i>L'excès d'offre de soins</i>	46
IV. 2.4.5 <i>Le financement</i>	46
V. DISCUSSION	48
V. 1 DISCUSSION DU SUJET ET DE LA METHODE	48
V. 1.1 Le sujet	48
V. 1.2 Le choix de la méthode de recueil de données	49
V. 1.3 Les entretiens	49
V. 1.4 L'investigateur	49
V. 1.5 Le lieu de l'étude et la population étudiée	50
V. 2 DISCUSSION DES RESULTATS	51
V. 2.1 Le désert médical	51
V. 2.2 La médecine itinérante	51
V. 2.2.1 <i>Un réel intérêt</i>	52
V. 2.2.2 <i>Une solution provisoire</i>	52
V. 2.2.3 <i>Maintenir la proximité</i>	53
V. 2.2.4 <i>L'accès aux spécialistes</i>	53
V. 2.3 Les moyens nécessaires	54
V. 2.3.1 <i>Les moyens humains</i>	54
V. 2.3.2 <i>Les moyens matériels</i>	55
V. 2.3.3 <i>L'informatisation médicale</i>	55
V. 2.3.4 <i>Les moyens financiers</i>	56
V. 2.4 Les freins à ce dispositif	57
V. 2.4.1 <i>Le recrutement médical</i>	57
V. 2.4.2 <i>L'adhésion des médecins</i>	57
V. 2.4.3 <i>L'adhésion des patients</i>	58
V. 2.4.4 <i>Le financement</i>	58
V. 2.4.5 <i>La concurrence déloyale</i>	59
VI. CONCLUSION	60

BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	68
Annexe 1	68
Annexe 2	70
SERMENT	108
PERMIS D'IMPRIMER	109

ABREVIATIONS

ECN : Epreuve classante national

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

MG : Médecin généraliste

UE : Union européenne

DOM-TOM : Département et Territoire d'Outre-Mer

CESP : Contrat d'engagement de service public

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ARS : Agence Régionale de Santé

RZD : Compagnie des chemins de fer russe

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CERFA : Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs

ECG : Électrocardiogramme

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnel

ANEMF : Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

VSPP : Véhicule de santés pluri professionnels

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSMF : Confédération des syndicats médicaux français

LREM : La République En Marche (parti politique)

CAIM : Contrat d'aide à l'installation des médecins

I. INTRODUCTION

En France se pose depuis un moment la question du « désert médical » qui touche de plus en plus les zones rurales mais aussi les villes les plus grandes. Ce problème est en partie lié à une peur de l'installation du jeune généraliste, des horaires de travail ne correspondant pas au médecin d'aujourd'hui, désirant fonder une famille mais également à une méconnaissance du territoire français. L'offre et l'accès aux soins sont parfois très difficiles dans ces zones, la situation est même critique dans certaines zones.

La démographie médicale pose aujourd'hui problème, effectivement, le terme de « désert médical » est utilisé couramment sur tout le territoire français, DOM-TOM compris.

Dans cette étude, nous définirons le terme de désert médical plus globalement par une carence de médecins généralistes, sans quantification du nombre par habitants, dans les zones rurales.

Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé¹, 84% de la population française réside dans une commune où exerce un médecin généraliste et 99,9% de la population a un accès à un médecin généraliste en moins de 20 minutes.

Le terme de territoire à faible densité médicale est plus compréhensible, il se définit par le nombre moyen de consultations auxquelles les habitants peuvent avoir accès à moins de 20 minutes de leur domicile pour chaque commune, en tenant compte de la densité médicale et des besoins de soins. Cette valeur est fixée à moins de 2,5 consultations par habitant et par an ; 8,1 % de la population est concernée par cette faible densité médicale, soit 5,3 millions d'habitants dans 9000 communes environ.

L'accès aux soins primaires est par conséquent directement impacté, en particulier dans les milieux ruraux.

L'égalité d'accès aux soins est, avec la qualité des soins et la solidarité, l'un des 3 principes fondateurs de l'Assurance Maladie² depuis 1945.

L'accès aux soins³ est le niveau de facilité pour une population d'accéder aux services de santé. Elle est modulée généralement par de possibles barrières économique, physique, culturelle, géographique.

Cependant on peut lire dans le code de déontologie médicale⁴, article 74 :

La médecine foraine est l'exercice de la médecine sans lieu d'exercice permanent [...]

De telles pratiques sont interdites. En effet l'exercice de la médecine exige une installation⁵ qui permette une activité professionnelle de bonne qualité (article 71). [...]

Dans le même esprit, l'exercice de la médecine par correspondance doit être condamné.

L'article R4127-74 du Code de la Santé Publique⁶ en 2004 interdit la médecine foraine hormis dérogations accordées par le conseil départemental de l'ordre. La modification par le décret du 7 mai 2012 a permis d'assouplir ces règles, en particulier en précisant ces termes.

Article R4127-74 Modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 4

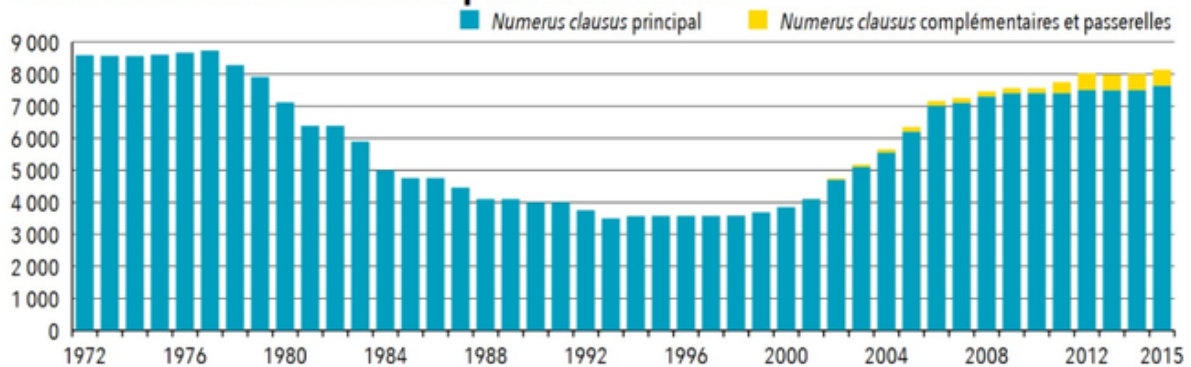
L'exercice de la médecine foraine est interdit.

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. [...]

I. 1 LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Le *numerus clausus*⁷ a été mis en place suite à la loi⁸ du 12 juillet 1971 pour les quatre professions suivantes que sont la médecine, l'odontologie, la maïeutique et la pharmacie. L'objectif initial de cette loi était de réguler les étudiants pour que leur nombre soit en adéquation avec les capacités d'accueil des différents centres hospitaliers universitaires.

Évolutions du *numerus clausus* depuis son instauration



DREES. (2016). Portrait des professionnels de santé [Illustration].

Source : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>

Le *numerus clausus* à lui seul ne peut pas refléter la démographie médicale française, il y a de multiples autres facteurs qui rentrent en compte.

Les épreuves classantes nationales survenant à la sixième année d'études médicales permettent une répartition des étudiants par spécialité selon les besoins de chaque région.

Selon le rapport 2014-2015 de l'ONDPS⁹, 63 % des primo-inscrits à l'Ordre s'installent en effet dans la région de leur diplôme.

Concernant la sélection des étudiants dans d'autres pays¹⁰, comme l'Australie, le Canada, le Japon ou certains États américains, ces derniers favorisent l'accès aux études médicales pour les étudiants s'engageant à travailler dans les zones à faible densité.

En France, ce type d'incitation des étudiants à l'installation dans certaines zones sous-denses existe également, mais à partir de la deuxième année, uniquement avec le dispositif des

contrats d'engagement de service public (CESP) et non directement via le processus de sélection au cursus médical.

I. 1.1 La démographie médicale en France

Au 1^{er} janvier 2018¹¹, 296 755 médecins sont inscrits au tableau de l'Ordre, soit 35 377 de plus qu'en 2010 (+11,9%), avec 8733 nouveaux inscrits depuis l'année précédente. Or le nombre de médecins en activité régulière n'est que de 197 254, soit 66,7% avec un âge moyen national se situant à 50,7 ans.

Concernant la médecine générale, le tableau de l'Ordre recense en 2018, 87 801 médecins en activité régulière, soit une diminution de 7% par rapport à l'année 2010. Les effectifs de MG en activité régulière devraient baisser jusqu'à 81 804 médecins en 2025 selon une méthode de calcul dite de régression linéaire avec un taux de croissance moyen annuel de -0,9%.

On observe, un lien inversement proportionnel entre l'âge moyen des médecins actifs et le taux de féminisation des médecins, reflet de la forte féminisation des études médicales ces dernières décennies avec 43% de femmes pour 57% d'hommes.

I. 1.2 La démographie médicale dans l'ancienne région du Languedoc Roussillon

Le Languedoc Roussillon¹² comptabilisait en 2015, 12787 médecins inscrits au tableau de l'Ordre, représentant 4,6% de l'effectif national.

On note une hausse de la démographie médicale dans la région depuis 2007, en moyenne de 14,4%.

En médecine générale, on dénombrait 3485 médecins généralistes libéraux en 2015 alors qu'ils étaient 3809 en 2007, soit une baisse de 8,5%. Cette baisse suit une courbe linéaire, et devrait se poursuivre.

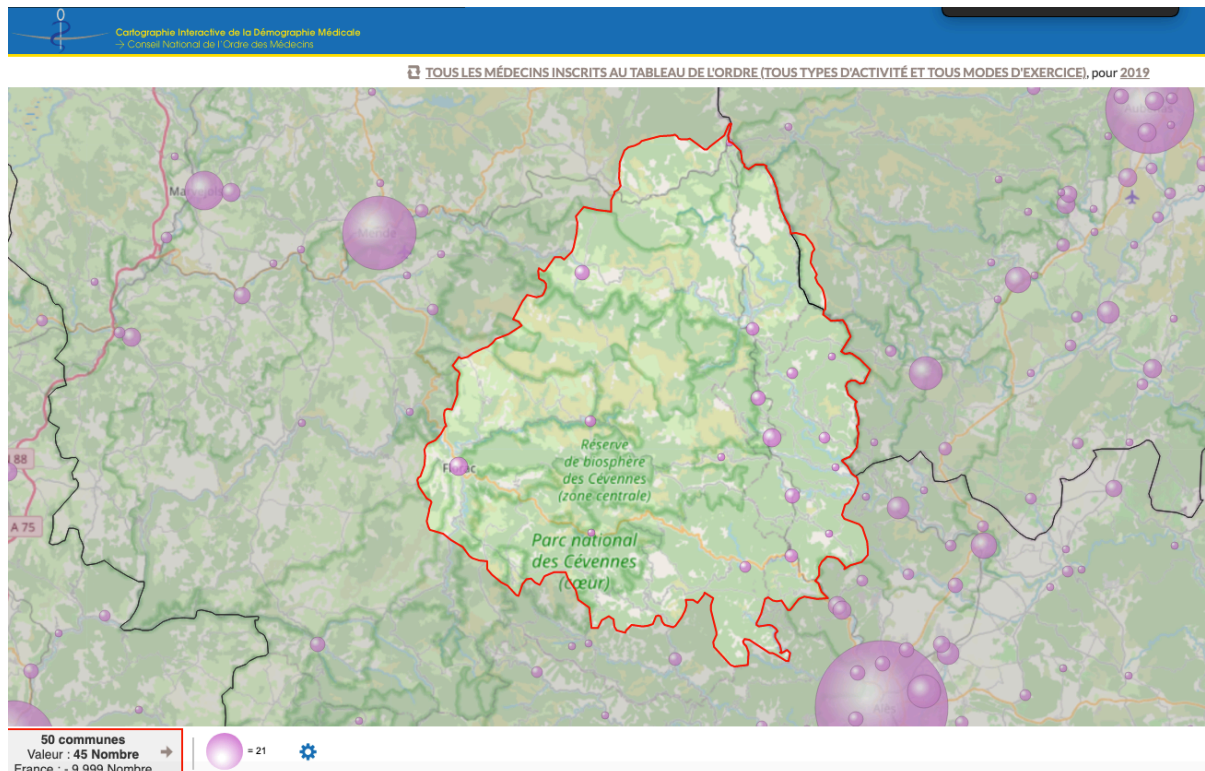
L'âge moyen de 53 ans est légèrement plus élevé que la moyenne nationale, avec 62% d'hommes. On remarque également le lien inversement proportionnel entre l'âge et le sexe, chez les moins de 40 ans avec 63% de femmes.

Un bassin de vie compte en moyenne 11 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants. Trente-huit pourcents des bassins de vie de la région Languedoc-Roussillon sont caractérisés par une densité faible.

I. 1.3 La densité médicale plus particulièrement dans les Cévennes

Le Pays Cévennes¹³ se situe dans le département du Gard, aux frontières de la Lozère et de l'Ardèche, il est composé de 96 communes.

Dans le pays Cévennes, en 2017, il y avait 128 médecins généralistes libéraux. Plus d'un tiers (35,9%) de ces médecins étaient âgés de plus de 60 ans. Entre 2012 et 2016, on a observé une importante baisse de la densité de médecins généralistes, -11,5% dans les Cévennes comparés au niveau national qui est de -4%.



Cartographie interactive de la démographie médicale. (s. d.). [Illustration].

Source : <https://demographie.medecin.fr/>

I. 2 UNE NOUVELLE ÈRE ?

La nouvelle génération de médecins souhaite concilier vie de famille et vie professionnelle¹⁴. La plupart d'entre eux souhaite une charge de travail moins lourde, surtout administrativement, et plus de disponibilité pour leurs enfants.

I. 2.1 Les maisons de santé

Depuis quelques années, la médecine de groupe s'est développée à grande échelle avec la multiplication de maisons de santé¹⁵. Ces structures permettent une répartition de la charge de travail¹⁶, un partage des charges communes, l'emploi possible de secrétaire à plein temps, la possibilité de partir en congés en s'auto-remplaçant et la possibilité pour les patients d'avoir toujours un médecin disponible.

I. 2.2 L'urbanisation du mode de vie

Le changement de mode de vie joue également un rôle important dans cette perturbation démographique, avec une attractivité certaine pour le milieu urbain. La cause première est la difficulté à trouver un emploi en milieu rural pour le conjoint. Le système universitaire mais aussi politique¹⁷ participent également à la désertification médicale. La quasi-totalité des stages d'externes se réalisent en CHU et la majorité des stages d'internes se font à l'hôpital ou en cabinet de ville. Seuls certains internes ont pu réaliser un stage en milieu rural. Cette tendance commence à changer puisque plus de stages extra-hospitaliers sont proposés aux étudiants.

I. 2.3 Une nouvelle façon d'exercer

Le problème du désert médical touche aussi bien le milieu rural qu'urbain même s'il peut être moins visible de ce côté-là.

Les maisons de santé pullulent sur tout le territoire mais elles restent vacantes. Malgré l'aide publique à ces constructions et à ces installations, elles ont du mal à attirer les jeunes médecins¹⁸. Il faut aussi noter que les médecins formés sont trop peu nombreux pour remplir ces maisons de santé.

La modernisation du monde actuel se marque aussi dans la façon d'exercer.

La médecine par correspondance était formellement interdite par le code de santé publique. Depuis la crise du COVID 19, les consultations de télémédecine ont vu leur nombre augmenté.

L'idée serait d'allier l'accès aux soins pour les populations reculées et la découverte de ces territoires ruraux.

La mise en place d'un camion médicalisé pourrait répondre à ces deux demandes de façon transitoire, puis définitive avec une installation.

Ce camion médicalisé aura l'avantage majeur, comparé à la télémédecine, de garder ce lien de proximité que peut avoir le médecin avec son patient.

I. 3 LES DIFFÉRENTS PROJETS ITINÉRANTS EXISTANTS

Un projet avait été réalisé en 2010 en Picardie par la mutualité de Picardie¹⁹ en association avec l'ARS, la sécurité sociale et le conseil régional, devant le manque de médecins important dans cette région. Mais ce projet fut avorté devant le refus du conseil de l'Ordre, qualifiant l'activité de médecine itinérante et de concurrence déloyale.

Le Code de santé publique a changé depuis, avec un décret caractérisant les modalités de la médecine itinérante.

Un projet a également été avorté²⁰ en 2018 dans l'Oise pour le motif de concurrence déloyale.

À côté de cela, les Français dans leur grande majorité, souhaiteraient imposer aux médecins leur lieu d'installation²¹, ce qui a été refusé par Agnès Buzyn Ministre de la santé en 2019, lors d'un débat à l'assemblée nationale à la demande de plusieurs sénateurs.

Dernièrement, le Dr VERDON, médecin de Vendée avait fait beaucoup de bruit en sillonnant la France en camping-car²², mais son objectif était différent. Elle ne faisait pas de consultation dans son camping-car, mais remplaçait les différents médecins installés.

Au Canada, dans la région de Saskatoon, the Health Bus—Saskatoon's walk-in clinic on wheels²³, assure des consultations de médecine générale sans rendez-vous.

La Russie, en particulier en Sibérie, a un hôpital sur rail, L'Akademik Fedor Uglov²⁴.

Cet hôpital appartenant à la compagnie des chemins de fer de Russie, la RZD, a été conçu initialement pour les employés de la société de chemin de fer postés en zone reculée. La RZD possède 5 trains hôpital, qui sillonnent à ce jour la Sibérie pour permettre un accès aux soins à ces populations reculées frappées par l'exode rural.

Ces trains composés de 10 wagons ne passent qu'une seule fois dans l'année et restent 3 jours à quai. Les soins sont gratuits, et la grande majorité des spécialistes sont présents, y compris un centre d'imagerie médicale et un laboratoire. La majorité des médecins sont jeunes, la

trentaine, et partent pendant 15 jours, ce qui n'est pas vraiment compatible avec une vie de famille.

Beaucoup de projets sont en cours de développement que ce soit en France ou dans les autres pays du monde. Nous remarquons que cette crise démographique médicale n'est pas un problème inhérent à la France.

I. 4 NAISSANCE DU PROJET

J'ai effectué mon stage praticien dans le village de Chamborigaud, situé dans le Gard, au Nord d'Alès, à 30 minutes de voiture. Ce village comptait 829 habitants en 2015.

J'ai été supervisé par deux médecins généralistes.

Ces deux médecins avaient des activités bien différentes, ils se composaient de consultations au cabinet, de consultations dans des dispensaires, de visites à domicile et à l'EHPAD. Le temps de travail est en moyenne de 66 heures par semaine, du lundi au samedi, sans compter les gardes de correspondant SAMU.

Je n'avais donc jamais fait de stage de médecine libérale. Ce fut la première fois que je découvrais la médecine de campagne, et plus à proprement parler, le médecin de famille. Cette médecine où l'on prend le temps d'écouter, parfois même de prendre le café, d'apprendre à connaître son patient, pour qui le médecin fait partie de la famille, le médecin qu'on tutoie.

Dans ces campagnes, les journées sont interminables, à proprement parler. Même si l'activité professionnelle est très intéressante et variée, elle ne peut en aucun cas concorder avec la vie de famille.

Le projet d'un bus ou camion médicalisé semblait pertinent au vu de la situation démographique actuelle dans cette grande région que sont Les Cévennes.

C'est de là que m'est venue l'idée d'un point mobile parcourant la région pour combler ce problème d'accès aux soins en général. De plus il permettrait de faire découvrir la médecine de campagne alors que l'enseignement médical actuel est quasi urbain.

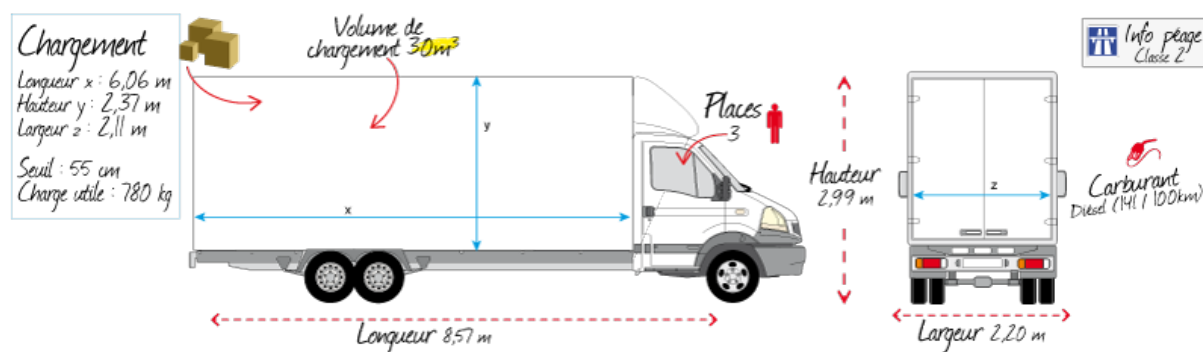
Un confrère me précède dans ce domaine de recherche, le Dr Thibaud DE LA FOURNIÈRE, en créant le projet AVICENNE²⁵. Un projet de bus, favorisant l'accès aux soins, aux droits, avec des permanences médicosociales gratuites sur le territoire Causse Cévennes. Ce projet est plus axé sur le plan social ; sur le plan médical, il est orienté sur la prévention, l'éducation, la promotion de la santé mais pas de consultation de soins primaires.

Le projet actuel est différent.

Il serait porté par un utilitaire de 30m³ se conduisant avec un permis B.

Il y aura trois places assises à l'avant, avec tout le confort et sécurité habituels. Le véhicule est surbaissé permettant l'installation d'un accès handicapé avec une simple rampe démontable.

Un utilitaire de ce type, sans équipement, est vendu neuf aux alentours de 50 000€ TTC.



Descriptif du camion utilitaire. (s. d.). [Illustration].

Source : <https://www.calypso.fr/Utilitaires/master30.aspx>

L'intérieur du camion sera organisé comme un cabinet médical avec tout l'équipement nécessaire. Le camion sera relié directement à un courant électrique via une prise externe, le véhicule disposera également d'un petit groupe électrogène de secours en cas de panne et permettant son indépendance énergétique.

Une salle à proximité fournie par les différentes communes permettrait d'installer une salle d'attente mais aussi d'avoir un apport de courant électrique.

Ce camion pourra emmener un médecin généraliste voire un interne de médecine. Un médecin spécialiste pourrait également utiliser le camion.

II. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

II. 1 QUESTION DE RECHERCHE

Notre question de recherche est la suivante : la mise en place d'un bus médicalisé itinérant pourrait-elle aider les médecins généralistes dans leur pratique professionnelle en zone sous dotée ?

II. 2 HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

Notre hypothèse de recherche est que le bus médicalisé permettrait de répondre de façon provisoire à une demande d'accès aux soins primaires.

II. 3 OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal de cette thèse est d'étudier les avis des différents médecins généralistes sur la mise en place d'un bus médicalisé itinérant.

II. 4 OBJECTIF SECONDAIRE

L'objectif secondaire de cette thèse est d'étudier les besoins de ces médecins généralistes, de savoir ce qu'ils attendent de ce bus.

III. MATÉRIELS ET MÉTHODE

III. 1 MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL

Pour cette étude qualitative, nous avons choisi d'utiliser une seule méthode de recueil des données, à savoir des entretiens semi directifs en vis-à-vis ou via un appel téléphonique enregistré.

III. 1.1 Le guide d'entretien

Les intitulés ont été établis après une réflexion avec recensement des thèmes pouvant participer à l'évolution du sujet, à savoir :

- Le profil des médecins interrogés
- Les conditions de travail des médecins interrogés
- L'intérêt d'un bus médicalisé pour combler les déserts médicaux et soulager les médecins généralistes installés dans leur quotidien.
- Les moyens et les freins

Le questionnaire se présente en deux parties comportant quatorze questions, la première partie, plus généraliste, se compose de dix questions concernant le profil socio-démographique et professionnel du médecin interrogé ; il est suivi par une présentation du projet ainsi que des lois en vigueur, puis de quatre questions ouvertes concernant l'intérêt du bus médicalisé.

Le guide d'entretien est disponible en intégralité en Annexe 1.

Le questionnaire initial de douze questions a été préalablement testé sur une infirmière hospitalière, un psychomotricien, et un médecin généraliste, tout trois n'appartenant pas à la population étudiée. Ils ont évalué la compréhension des questions et la facilité de réponse. Le temps de réponse moyenne aux questionnaires a été évalué à 10 minutes. Ces questionnaires n'ont pas été intégrés à l'étude.

À la suite de cela, deux questions supplémentaires ont été ajoutées concernant le temps de travail.

Les questionnaires n'ont pas été fournis à l'avance aux médecins interrogés, seul le sujet de la thèse leur a été communiqué.

III. 1.2 Les entretiens

Les entretiens se sont réalisés autant que possible en vis-à-vis sur le lieu d'exercice du médecin concerné. Les médecins ont été initialement contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous physique. Si ce rendez-vous physique n'était pas envisageable, un rendez-vous téléphonique était convenu.

Trois recueils se sont faits en vis-à-vis et six par téléphone.

Les entretiens étaient enregistrés via un moyen numérique, par le biais de la fonction dictaphone du smartphone sous format mp3.

III. 1.3 Analyse des données

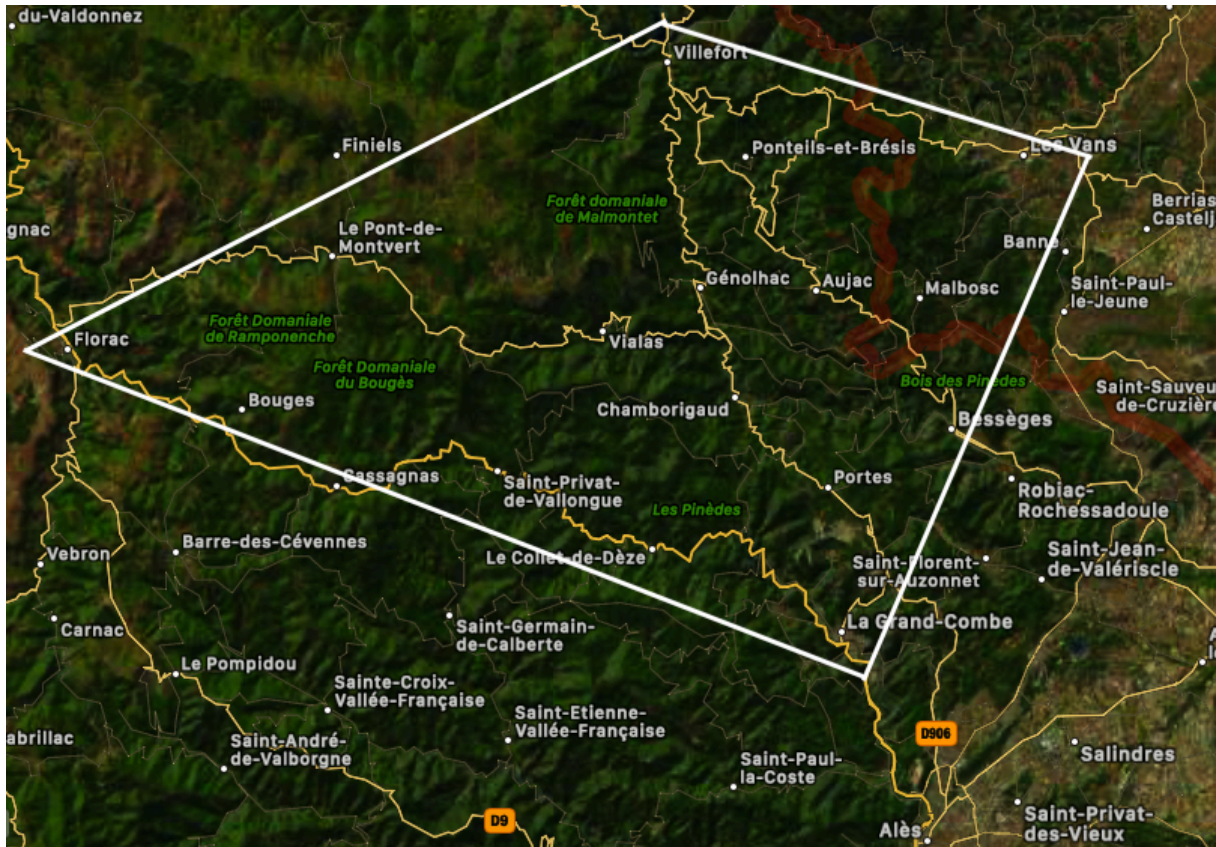
La retranscription des verbatims a été réalisée à l'aide du logiciel Word de Microsoft Office®. Tous les entretiens ont été retranscrits au mot près. Ils sont disponibles en Annexe 1. L'ensemble des données a été anonymisé. Les retranscriptions n'ont pas été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction.

Ils sont mis à disposition sous format numérique dématérialisé.

III. 2 LIEU DE L'ÉTUDE

Le bassin de santé étudié est la partie sud-est des Cévennes, à la frontière du Parc National, à cheval entre les départements du Gard et de la Lozère et de l'Ardèche, au nord d'Alès, dans la nouvelle région Occitanie.

Le territoire de l'étude est ainsi limité par La Grande Combe, Florac, Villefort et Les Vans.



Délimitation du lieu d'étude. (2021). [Illustration].

Source : Plans® de MacOSX Catalina

III. 3 POPULATION ÉTUDIÉE

III. 3.1 Critères d'inclusion

Médecins généralistes installés dans les villages : La Grande Combe, Le Collet-de-Dèze, Florac, Le Pont-de-Montvert, Villefort, Les Vans, Bessèges, Chamborigaud et Vialas.

III. 3.2 Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion sont les suivants :

- Les médecins spécialistes
- Les médecins remplaçants
- Les médecins retraités

- Les médecins refusant l'étude
- Les médecins hospitaliers
- Les autres spécialités paramédicales

III. 3.3 Modalités de recrutement pour les entretiens en vis-à-vis

Pour l'entretien 9 médecins généralistes sur 21 étaient volontaires.

Dans ce panel 9 des 10 villages de l'étude étaient représentés.

L'ordre de recrutement était d'abord fonction du sexe et de l'âge, pour qu'il y ait le panel le plus large possible de médecins, avec de jeunes médecins installés jusqu'au pré retraité, avec autant de femme que d'homme. Un maximum de village devait être représenté pour déterminer s'il y avait des besoins similaires.

Le recrutement devait être stoppé soit en cas d'épuisement de la liste des volontaires, soit une fois le panel de médecin complet, soit en cas de redondance des thèmes abordés.

III. 4 DURÉE DE L'ÉTUDE

La sollicitation téléphonique a débuté le 20 juillet 2020.

Les neuf entretiens ont été menés entre le 30 juillet 2020 et le 6 février 2021.

III. 5 INVESTIGATEUR

M. Philippe HOU, interne de Médecine Générale à la faculté de médecine Montpellier-Nîmes.

III. 6 MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

Dans le cadre des entretiens en vis-à-vis ou téléphonique, chaque verbatim a été étudié grâce à une méthode d'analyse thématique. Ainsi les thèmes présents dans le corpus des entretiens étaient identifiés. L'analyse des verbatims a permis par la suite de les classer en sous-thèmes. Chaque énoncé significatif était alors classé dans le thème correspondant.

IV. RÉSULTATS DES ENTRETIENS

IV. 1 LES MÉDECINS INTERROGÉS

Nous avons réalisé 9 entretiens avant de stopper le recrutement car le panel de médecins recherchés était acquis mais aussi devant la redondance des items abordés.

Sur ces 9 médecins, 5 sont des femmes (55,5%), 5 médecins sont installés sur le secteur étudié depuis plus de 10 ans (55,5%), 1 médecin depuis plus de 5 ans (11,1%), et 3 médecins depuis 1 an (33,3%). L'âge moyen est de 47,4 ans (minimum : 29 ans, maximum : 63 ans).

Dans ce panel 8 des 9 villages d'exercice de l'étude sont représentés : La Grande Combe, Le Collet-de-Dèze, Le Pont-de-Montvert, Villefort, Les Vans, Bessège, Chamborigaud et Vialas.

IV. 2 ANALYSE THÉMATIQUE DES DISCOURS

Les discours sont disponibles en intégralité en Annexe 2.

Le guide d'entretien portait sur 4 thèmes principaux qui sont : « Les difficultés liées à l'isolement dans la pratique professionnelle », « Intérêt d'un bus médicalisé dans la pratique professionnelle », « Moyens nécessaires pour le bon fonctionnement du bus médicalisé », « Les freins à la mise en place du bus médicalisé ».

L'analyse de ces entretiens ont permis de diviser chacun de ces thèmes en 3 sous-thèmes voire plus.

IV. 2.1 Thème 1 : Les difficultés liées à l'isolement dans la pratique professionnelle

IV. 2.1.1 La surcharge de travail

Les médecins sont tous d'accord (8 médecins) pour dire qu'il y a une surcharge de travail liée à un manque de médecins : « *Si on prend le secteur de permanence de soins, ils étaient cinq, maintenant ils ne sont plus que deux, je dirais qu'il en manque trois* ».

Cela résulterait des départs à la retraite ou des décès de médecins non remplacés (4 médecins) : « *Le médecin du village d'à côté étant décédé, il n'y a plus de médecin sur ce village là et que sur les villages aux alentours il y a eu beaucoup de départ en retraite* ».

Avec une sous densité générale dans le secteur, comparée aux années 2000 (2 médecins) : « *Je me suis installé, il y a un peu plus de 20 ans. Il y avait quatre médecins... Maintenant, on est plus que deux voire même un et demi* ».

Ils ont également de grands secteurs à couvrir (3 médecins) : « *Géographiquement, on a de grands bassins par médecin. Moi, par exemple, j'ai un bassin de 30 km sur 10 km* ».

La zone étant dépourvue de SAMU, les médecins sont correspondant SAMU en journée, et de garde le soir et le week-end, sauf pour un des médecins : « *On est quatre médecins sur un grand secteur qui va de Villefort jusqu'à Chamborigaud et Vialas donc on fait une garde, une nuit sur quatre et un week-end sur quatre* ».

Le terme de permanence de soins prend tout son sens lorsque le médecin de garde est seul sur son secteur : « *Je suis dans un secteur de garde où je suis le seul médecin de garde, du coup les gardes me reviennent tout le temps, je trouve ça très pesant. Je peux partir en étant conscient que lorsque je quitte la région, il n'y a personne* ».

La surcharge de travail se manifeste par un manque de temps (4 médecins) : « *C'est une surcharge de travail en temps, en stress, parce qu'il y a toujours des appels en supplément* ».

Un des médecins confie même devoir refuser les patients hors de son secteur : « *Je freine tous les jours la demande des patients, qui pourrait exploser si jamais je n'avais pas ces mesures de sélection pour privilégier les gens de la vallée longue... Sinon j'ai quatre semaines pleines à l'avance* ».

La surcharge de travail se dégage ici principalement par le manque de médecins depuis ces deux dernières décennies, de grandes zones géographiques à couvrir, la permanence de soins à respecter et une pression des patients.

IV. 2.1.2 L'absence d'interaction

L'absence d'interaction avec les autres médecins représente le second problème majeur pour la majorité des médecins (5).

Ce manque d'interaction est constaté par les généralistes entre eux : « *Les difficultés, je dirais que c'est la solitude dans le travail, l'absence d'interaction avec des confrères* », mais surtout avec les spécialistes (5 médecins) : « *Après, il y a peu de communication avec les spécialistes ou d'échanges* ».

Une des explications donnée est le manque crucial de temps (4 médecins) : « *Le contact avec les autres spécialistes est compliqué par le temps qui nous est compté* », « *Après, il y a peu de communication avec les spécialistes ou d'échanges [...] C'est aussi parce qu'on ne prend pas le temps* ».

Cette absence d'interaction favorise le sentiment de solitude, surtout sur des urgences vitales, et donc une responsabilité majorée (2 médecins) : « *Le fait d'être tout seul à gérer, au niveau de la responsabilité, c'est un peu lourd* », « *Des fois, on se sent un peu seul sur une urgence vraie par exemple* ».

Le manque d'interaction avec les confrères généralistes ou spécialistes impacte beaucoup les médecins questionnés en accentuant leur isolement professionnel, cela principalement causé par le manque de temps à leur disposition. Cet isolement est également constaté lors de situations d'urgence à haute responsabilité. Seul un médecin ne ressent pas ce manque d'interaction dans sa pratique et l'a clairement exprimé.

IV. 2.1.3 L'accès aux soins secondaires

L'accès aux soins secondaires est difficile, lié à l'éloignement mais également au temps de trajet (4 médecins) : « *Aller passer une radiographie, aller voir un spécialiste, c'est de suite beaucoup de route* ».

La population vieillissante dans le secteur n'est régulièrement pas véhiculée, les gens peuvent rester toute l'année sans quitter leur village. L'organisation des soins secondaires, urgents ou programmés, présente une charge supplémentaire pour le médecin (5 médecins) : « *Ça demande beaucoup de réflexion, d'organisation ; à savoir d'organiser pour un patient plusieurs rendez-vous sur la même journée quand c'est à distance, de prévoir un taxi, d'arriver à motiver un patient à aller voir le spécialiste, d'aller le revoir quand celui-ci le demande* ».

La médecine clinique prend toute sa valeur, par défaut de moyens, comparée à un médecin de ville qui aura accès plus facilement aux soins secondaires : « *Cela m'impacte, du coup tout se réfléchit, et on fait parfois plus de la médecine vétérinaire que de la médecine* ». « *On ferait moins que ce qu'on ferait en ville, clairement. En ville on va plus facilement demander un avis* ».

Par ailleurs, des systèmes de transports ont été mis en place par les communautés de communes pour palier à ce problème de transport (1 médecin) : « *Par exemple, pour les personnes âgées [...] ils peuvent prendre un taxi gratuitement pour venir nous voir* ».

Mais les praticiens s'accordent à dire qu'il y a un bon réseau de spécialistes à leur disposition, dans les villes avoisinantes. Malgré les longs délais de rendez-vous, ils restent accessibles en cas d'urgence : « *On a un grand plateau technique, les accès aux spécialistes sont assez faciles, d'autant plus qu'on est malgré tout en campagne* ».

L'accès aux soins secondaires pose un problème pour les patients du secteur, lié à la distance et au manque de transport. Cela pèse pour les médecins interrogés, surtout au niveau organisationnel. Des solutions de transports sont mises en place par certaines communes, mais par absence de choix, ils privilégient la médecine clinique. La facilité d'accès et la taille du panel de spécialistes disponibles sont satisfaisantes par ailleurs.

IV. 2.2 Thème 2 : Intérêt d'un bus médicalisé dans la pratique professionnelle

IV. 2.2.1 Une structure complémentaire

Les médecins interrogés considèrent que le bus médicalisé, comme il est décrit, pourrait être un soutien complémentaire à l'activité du cabinet libéral (5 médecins) : « *Ça pourrait être une aide importante en désengorgeant un peu les cabinets* ».

Par conséquent, cela libérerait aussi certaines plages de consultation et donc du temps, que ce soit pour des urgences, pour de la prévention, ou simplement pour les loisirs personnel et familial (4 médecins) : « *[...] libère du temps pour toutes les urgences et les aléas du quotidien* », « *[...] permettre au médecin d'avoir une vie un peu plus cool* ».

Les praticiens envisagent la possibilité d'améliorer la prise en charge et le suivi de leur patient via ce biais, mais aussi via le gain de temps et la diminution de leur surcharge de travail habituelle (4 médecins) : « *Et surtout peut-être d'avoir un peu plus facilement au cabinet les suivis de chroniques et préventifs* ».

Et que cela pourrait combler le manque de médecins, de façon transitoire, dans certaines situations (1 médecin) : « *Il y a quand même des patients qui n'ont pas de médecin traitant et ça permettrait de prendre en charge ces patients qui sont seuls et qui errent de cabinet en cabinet* ».

Le dispositif proposé pourrait être considéré comme une structure complémentaire de soins primaires, en libérant du temps aux médecins, par le biais d'une diminution du nombre de consultations, et par conséquent améliorer leur prise en charge globale et suivi de leurs patients mais aussi combler de façon transitoire la désertification médicale.

IV. 2.2.2 Un lien social

Dans les différents discours entendus, il revient à plusieurs reprises cette notion de médecin de campagne, et surtout de médecin de famille qui joue un rôle majeur dans cette vie rurale (2 médecins) : « *Un médecin de famille, c'est à dire qui vit dans le pays et qui partage la vie du pays* ».

Les médecins questionnés ont dans leur exercice quotidien, une activité de visites à domicile indissociable de leur activité de cabinet, ils manifestent une caractéristique propre à un tel dispositif, d'aller vers la population (3 médecins) : « *Mais l'idée du camion, c'est sympa parce que tu te balades (rires), c'est comme les visites à domicile, c'est ce côté-là qui est bien, c'est d'aller vers les patients c'est ce qu'on fait dans les visites à domicile* ».

Des dispositifs similaires, du côté pharmacie, ont déjà été mis en place par les communautés de communes (1 médecin) : « *Il existe aussi un service de pharmacie qui est organisé par la mairie, avec la distribution des médicaments* ».

Certains praticiens pensent que le camion médicalisé pourrait rendre un réel service à la population, surtout quand celle-ci n'a pas la capacité de se déplacer (5 médecins) : « *C'est vrai ça rend service aux gens de ne pas avoir à se déplacer surtout que parmi les personnes âgées, tout le monde ne conduit pas.* » Et qu'il aiderait à maintenir le lien social et surtout médical dans des zones vraiment isolées géographiquement : « *Pour moi, ce serait dans les zones à mi-chemin entre deux cabinets* ».

Le camion médicalisé itinérant maintiendrait un lien social avec la population, lien qui se manifesterait principalement par le biais du médecin de famille. En effet, celui-ci vient au contact en allant au domicile du patient pour explorer leur environnement. Il y aurait également un sentiment de service rendu à la communauté puisqu'il prendrait le temps de se déplacer dans des zones reculées.

IV. 2.2.3 L'accès à la spécialité

Deux des praticiens avouent qu'un passage de médecins spécialistes, dans le camion médicalisé, serait un réel plus, autant pour eux que pour les patients : « *La population est en demande, ça par contre c'est intéressant, une fois par semaine il y a un camion qui vient, c'est le cardiologue qui vient, c'est génial, l'endocrinologue, là oui. Je crois que c'est plus ça en fait, l'accès à la spécialité* ».

L'accès à la spécialité via le bus permettrait d'optimiser la prise en charge médicale.

IV. 2.3 Thème 3 : Moyens nécessaires pour le bon fonctionnement du bus médicalisé

IV. 2.3.1 Moyens humains

Les praticiens s'accordent à dire qu'au vu du projet, il faut avoir un professionnel médical dans le bus : « *Ce serait au minimum un médecin qui puisse venir se positionner* ».

On note aussi un intérêt pour l'étudiant en médecine, en particulier l'interne de médecine, ou des médecins remplaçants qui, n'ayant pas de cabinet fixe, auraient plus de facilité dans cette itinérance (4 médecins) : « *C'est intéressant de créer des postes, justement peut-être dans ce camion itinérant, d'avoir des étudiants en médecine* » dans le but d'acquérir une réelle expérience de médecin de campagne (3 médecins) : « *Ça leur permettrait de découvrir une médecine différente, c'est notre médecine plus proche des gens, ça permet d'avoir un œil sur eux, ça permet aux stagiaires de se responsabiliser, de sortir vraiment de leur zone de confort* ».

Certains praticiens pensent qu'une aide supplémentaire dans le camion serait envisageable, soit un infirmier ou un assistant médical pour tout le côté paramédical (5 médecins) : « *Avec les assistants médicaux mais du coup c'est plus un bus mais un grand bus qu'il faut avec une préparation des patients préalable, pré-remplissage des dossiers, prise des constantes* », soit une secrétaire qui s'occuperait de l'accueil des patients.

Un praticien n'a aucun argument.

La présence d'un médecin à bord du dispositif semble indispensable. Ce dernier pourrait être accompagné d'un étudiant en médecine, ou d'un professionnel paramédical pour le seconder dans les examens pratiques. Certains praticiens pensent aussi que l'étudiant pourrait acquérir une expérience différente mais enrichissante.

IV. 2.3.2 Moyens techniques

Le matériel de base est indispensable à une bonne pratique professionnelle, il faudrait au moins un stéthoscope, un tensiomètre, un thermomètre, un saturomètre, une balance, une toise : *« C'est tout ce qu'on a dans notre cabinet, qu'on puisse être capable de faire une consultation classique de médecine générale ».*

Cinq des praticiens évoquent aussi la nécessité de matériel pour gérer les urgences tel que du matériel de suture, ou un ECG : *« Il faudrait du matériel d'urgence pour faire des sutures, de la petite chirurgie ».*

La communication entre les professionnels de santé du camion et leurs confrères en cabinet est essentielle pour une meilleure prise en charge des patients (5 médecins) : *« Ce qui me paraît quand même important, c'est qu'il y ait une communication entre le bus et le groupe des personnels soignants [...] qu'ils travaillent de concert ».*

Comme moyen de communication cité, la mise à disposition d'un ordinateur est centrale avec l'utilisation d'un logiciel connecté permettant le partage des dossiers (6 médecins) : *« D'un ordinateur avec un accès à un logiciel hébergé sur internet de type WEDA® que j'utilise, ainsi il pourrait avoir un partage entre le médecin qui utilise ce logiciel et les médecins en cabinet ».*

Certains des praticiens évoquent la possibilité de mise à disposition de matériel pour le dépistage ou même de matériel pour une éventuelle consultation spécialisée : *« On pourrait faire des choses un peu plus poussées, avec des rendez-vous de temps en temps de spécialistes qui pourraient peut-être profiter du bus ».*

Ce n'est pas un équipement propre au camion mais la présence d'une salle d'attente est valorisée par deux praticiens.

La trousse médicale de base est évidemment indispensable à toute pratique de la médecine en bonne et due forme, l'équipement permettant de gérer des urgences est un outil supplémentaire non négligeable. Les praticiens s'accordent à dire que la communication est essentielle à la bonne prise en charge des patients, en utilisant les technologies mises à disposition. Le matériel de dépistage ou de spécialiste pourrait donner une fonctionnalité supplémentaire au bus médicalisé.

IV. 2.3.3 Moyens financiers

Concernant le financement du projet, l'Agence Régionale de Santé revient dans quasiment tous les discours comme premier créancier, dans un contexte d'accès aux soins primaires (6 médecins) : « *Ce serait des financements ARS liés à l'obligation d'accès aux soins* ».

Le financement pourrait être conjointement lié à une participation de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (2 médecins) : « Je pense que c'est quelque chose qui doit être financé par la sécurité sociale et l'ARS ».

Quatre des médecins pensent à une participation possible des collectivités, en particulier les communes, que ce soit sur le plan financier : « *Les communes éventuellement, puisque les communes sont très impliquées dans la prise en charge médicale de leurs administrés, peut-être que certaines communes seraient à même de participer à cette structure* » ou sur la mise à disposition de structure : « *Elles pourraient également fournir une salle, fournir le courant* ». Une participation par la région, le département, l'agglomération est aussi mise en avant.

Un praticien n'a aucun argument. Un praticien estime qu'une participation uniquement privée serait possible, tel l'achat d'un cabinet standard : « *c'est comme un médecin qui achète son cabinet (...) Ce sera un peu pareil pour moi. Ça restera de la médecine privée* ».

Le financement est nécessairement lié à une participation des hautes instances de santé telles que l'ARS ou la CPAM, mais une participation de la collectivité semble essentielle pour une meilleure intégration du projet, quoiqu'un financement strictement personnel pourrait être envisagé.

IV. 2.4 Thème 4 : Les freins à la mise en place du bus médicalisé

IV. 2.4.1 Le recrutement du professionnel de santé

Le dispositif, présenté comme tel, fait ressortir plusieurs points défavorables à prendre en compte.

La difficulté première, étant de trouver un professionnel médical acceptant d'exercer dans cette condition itinérante (4 médecins) : « *En premier lieu, le recrutement des médecins. C'est déjà difficile de recruter dans des cabinets, dans de bonnes conditions.* »

Le recrutement s'orienterait vers des médecins non installés : « *Pour moi ça ne peut pas être quelqu'un qui est installé parce que la difficulté c'est que les médecins qui sont installés, ont déjà suffisamment de travail dans leur propre cabinet* ».

IV. 2.4.2 L'adhésion des médecins

Deux praticiens précisent qu'il faut également une adhésion des médecins installés avec une bonne communication pour qu'il n'y ait pas de mésentente : « *Les relations entre les médecins sur place sont à voir, à mon avis, ça pourrait être bien accepté. Mais il y aurait peut-être un sentiment de concurrence qui pourrait être mal perçu* ».

IV. 2.4.3 L'adhésion de la population

Le deuxième point important est l'adhésion de la population à un tel dispositif, les praticiens s'accordent à dire qu'il y aura une méfiance initiale des patients (8 médecins) : « *Les patients qui vivent dans des villages reculés, au départ il faut leur dire qu'il y a un bus qui va venir, vous n'allez pas voir votre médecin traitant, ce n'est pas dit qu'ils y aillent tout de suite* ».

Une relation de confiance ne pourra s'installer qu'avec le temps et la répétition : « *mais je pense qu'après un passage et une mise en place régulière, s'il n'y a pas de couac et d'absence, la confiance va monter surtout si le patient se rend compte qu'il y a une collaboration entre ce type de camion et les médecins généralistes* ».

Malgré cette possible réticence initiale, quatre des praticiens sont d'avis à dire que les patients présenteraient un certain engouement au bus médicalisé : « *Je crois que pour le moment ils (les patients) seraient bien content d'avoir ce système là pour pallier au manque de suivi médical* ».

À noter que même si les médecins du bus ne sont pas installés, il faudrait qu'ils puissent rester un certain temps pour réaliser un suivi correct des patients et maintenir cette relation de confiance : « *Ce qui est plus discutable, c'est de savoir s'il y a un suivi par un médecin régulier parce que les patients se sentent mieux suivis quand c'est le même médecin qui vient et qui les suit que quand c'est à chaque fois un médecin différent, tout ça me semble quand même important* ».

Les médecins interrogés expriment des craintes sur un passage éphémère du camion dans les différents territoires, un projet qui ne s'inscrit pas dans le temps (6 médecins) : « *J'ai peur que ça fasse un truc où tu as des interventions ponctuelles et après pas de suivi* ».

IV. 2.4.4 L'excès d'offre de soins

Lorsqu'il n'y a pas de problème d'accès aux soins, le bus médicalisé ne semble pas avoir sa place dans la prise en charge des patients. Un praticien n'évoque aucun intérêt au bus médicalisé, n'ayant aucun souci pour suivre ses patients : « *Parce que je suis sur un territoire où on est très légèrement excédentaire donc j'arrive à suivre très correctement tous mes patients [...]. Et mon secteur est relativement étroit donc je ne sais pas comment le camion pourrait m'aider* ». Un autre praticien ne pense pas que le camion soit nécessaire pour la prise en charge primaire des patients : « *On n'améliorera pas la qualité des soins médicaux et de l'accès aux soins en mettant un camion. Je ne crois pas qu'il y ait des personnes qui en sont privés (de soins)* ».

IV. 2.4.5 Le financement

Un dernier point, qui semble essentiel, est le financement d'un tel projet qui pourrait être compliqué (3 médecins) : « *Le coût que ça peut avoir, il faut trouver les financements* ».

Les différents entretiens ont permis de faire ressortir quatre freins majeurs à ce dispositif. Sur le plan médical, il faut trouver un médecin acceptant de telles conditions de travail. Au niveau de la population, il faudrait que ce médecin soit constant, et qu'il passe de façon régulière pour permettre une installation de la relation de confiance. La nécessité d'être en zone déficitaire de soins primaires, pour que le dispositif trouve sa place. Et enfin le coût et le financement du bus médicalisé pourraient constituer un frein supplémentaire.

V. DISCUSSION

Les entretiens nous ont donc permis de recueillir les différents avis des médecins généralistes sur la mise en place d'un bus médicalisé dans le secteur étudié, et de mettre en évidence les éventuels intérêts et freins liés à ce dispositif ambulancier.

Les quatre thèmes proposés ont dégagé des sous thèmes redondants.

En particulier, on note que leur difficulté dans leur pratique est surtout liée à la surcharge de travail, au manque d'interaction entre confrères mais aussi l'accès aux soins secondaires.

Ce dispositif pourrait être une structure complémentaire à leur cabinet. Il jouerait un rôle de lien social avec la population. En prime, les spécialistes l'utiliseraient aussi.

Pour son bon fonctionnement, il nécessiterait la présence d'un médecin, avec sa trousse médicale et du matériel d'urgence. Un soutien financier serait indispensable mais pourrait aussi poser problème.

Malgré cela, il existe tout de même d'autres difficultés, tel que le recrutement du médecin ou l'adhésion de la population au projet. Dans une situation où la carence de soin n'est pas significative, le bus n'est d'aucune utilité.

V. 1 DISCUSSION DU SUJET ET DE LA MÉTHODE

V. 1.1 Le sujet

Les médecins généralistes de notre étude ont trouvé l'idée originale et intéressante. Certains étaient peu optimistes dans la réalisation d'un tel projet, d'autres ne se voyaient pas dans l'unité de soins mobiles. D'après nos recherches, un sujet de thèse évoquant la médecine foraine n'a été cité que trois fois^{32,33} durant ces dix dernières années dont une dans les Cévennes²⁵.

V. 1.2 Le choix de la méthode de recueil de données

L'entretien semi-directif permet d'établir une liste de thèmes à aborder avec les sujets de l'étude. L'entretien libre aurait pu générer un égarement dans les réponses tandis que l'entretien directif, à réponses fermées, est utilisé en recherche quantitative.

Le choix de l'entretien semi-directif semblait évident. Il a permis d'aborder les différents thèmes de la recherche et au vu du peu de nombre de médecins à questionner, ce choix paraissait plus pertinent dans la qualité des réponses.

Initialement les entretiens devaient se réaliser en vis-à-vis, puis au vu de la crise sanitaire de la COVID 19, nous avons dû nous réorganiser et réaliser la suite des entretiens par téléphone.

V. 1.3 Les entretiens

Nous avons fait le choix d'un entretien individuel de vive voix, en vis-à-vis ou téléphonique, avec des médecins généralistes d'âges et de sexes confondus permettant d'élargir le panel.

Les entretiens se sont faits initialement en vis-à-vis permettant de capter au mieux le ressenti et les émotions de la personne interrogée. La pandémie de COVID 19 nous a contraint à modifier la méthode de recueil. Ces entretiens se sont par la suite déroulés par téléphone, avec conversation téléphonique enregistrée. L'entretien est en grande partie basé sur des questions ouvertes permettant aux praticiens de s'exprimer librement.

V. 1.4 L'investigateur

Pour des raisons pratiques, l'analyse des résultats n'a été réalisée que par un seul investigateur, ne répondant pas à la triangulation des chercheurs (analyse par plusieurs chercheurs aboutissant à des résultats convergents).

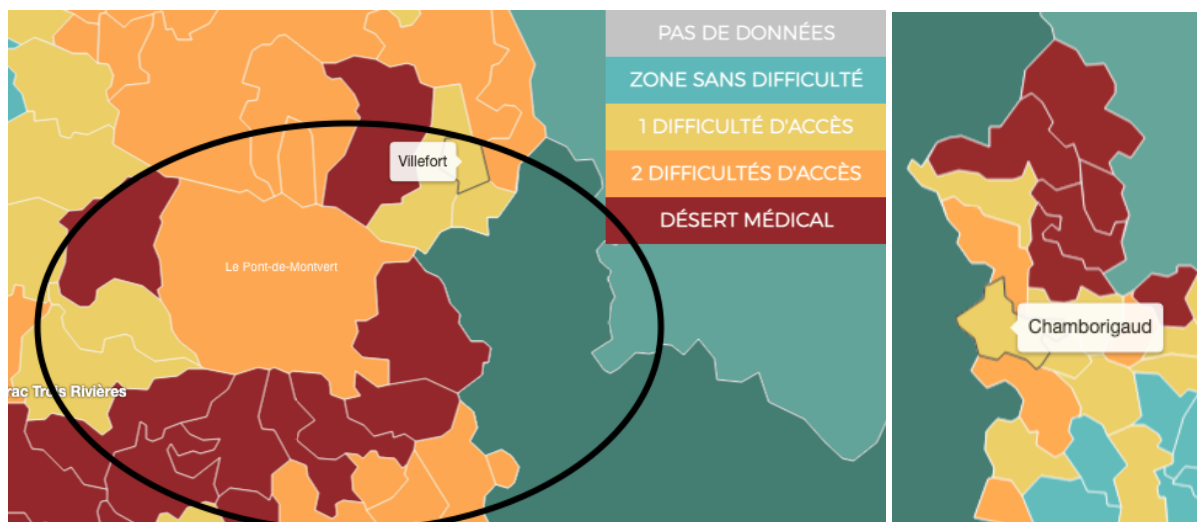
Nous n'avons bien sûr pas pu contrôler tous les biais générés par la présence de l'investigateur et de ses préjugés, mais nous avons tenté de les réduire au minimum, par exemple en limitant le plus possible son intervention au cours des entretiens.

Le fait d'avoir été interne, puis médecin remplaçant dans la zone d'étude pendant plus de 3 ans, et d'avoir travaillé avec 2 des médecins de l'étude, représente un biais de sympathie.

V. 1.5 Le lieu de l'étude et la population étudiée

Notre étude se limite à la partie sud-est de la grande région des Cévennes et ses résultats ne sont pas extrapolables tels quels au reste du territoire Français.

Il existe un biais de territoire. Le choix d'une zone limitée de la région des Cévennes est purement logistique. Les différentes cartographies nous ont confirmé que la zone était classée en difficulté d'accès aux soins. Nous aurions pu élargir cette zone ou n'étudier que les zones classées désert médical.



Classification de l'accès aux soins dans la zone étudiée. (2021). [Illustration].

Source : <https://www.le-guide-sante.org/actualites/carte-de-france-des-deserts-medicaux>

V. 2 DISCUSSION DES RESULTATS

V. 2.1 Le désert médical

Un désert médical peut désigner un territoire où les patients doivent parcourir plus d'une dizaine de kilomètres avant de trouver un médecin généraliste. Il est aussi défini par le délai d'attente pour un rendez-vous médical : plus d'une semaine pour un médecin généraliste à plusieurs mois pour certains spécialistes.

La zone étudiée est à cheval sur le département du Gard, de la Lozère, et de l'Ardèche. On peut voir sur la cartographie²⁶ ci-dessus des difficultés d'accès aux soins primaires, que ces zones sont classées en difficulté d'accès voire désert médical.

Les différents médecins interrogés se plaignent d'une surcharge de travail avec plus de 50 heures par semaine en moyenne, qui serait liée à une difficulté d'accès aux soins. Cet isolement est par ailleurs marqué par le manque d'interaction avec leurs confrères. Comme le suggère un de mes confrères, le Docteur COURSELLE²⁷, ces critères peuvent majorer le risque de burn-out chez les médecins généralistes.

L'accès aux soins secondaires est un réel problème organisationnel pour les médecins, et donc une perte de temps. Sur le secteur du Collet-de-Dèze, au niveau de la MSP, la communauté de communes a mis en place un système de transport²⁸ pour les personnes n'ayant pas de moyen de déplacement.

V. 2.2 La médecine itinérante

Dans les villages reculés, on a connu le boucher qui venait vendre sa viande dans son camion, ou l'épicier qui vendait ses produits du quotidien et pourtant, dans les différents recueils, on constate que la notion de médecine itinérante est totalement nouvelle. Certains médecins ont pu voir une médecine préventive mobile mais jamais dans un plan de soins primaires.

V. 2.2.1 Un réel intérêt

Cette notion de médecine itinérante est médiatisée en 2012 lorsque Marisol Touraine, Ministre de la Santé à l'époque, cherche à mettre en place un plan pour lutter contre les déserts médicaux.

A ce moment, en décembre 2012, l'association nationale des étudiants en médecine en France, l'ANEMF²⁹, propose dans son « plan démographie médicale », une mesure d'urgence avec la mise en place de VSPP, véhicule de santé pluri professionnels.

Le Dr Michel LEGMAN³⁰, président du CNOM en 2012, défend également le projet de médecine itinérante, terme qu'il préfère à la médecine foraine, pour le suivi des patients dans le cadre d'un désert médical.

Le ressenti global des différents médecins interrogés montre tout de même un intérêt à une médecine mobile, avec une certaine crainte sur le plan de la pérennisation. Le Dr Michel CHASSANG³⁰, le président de la CSMF, le principal syndicat de médecins libéraux, avait fait ce même constat en 2012.

V. 2.2.2 Une solution provisoire

Sur le plan de soins primaires, trois délégués d'accès aux soins, la sénatrice centriste de Mayenne, Élisabeth DOINEAU, le député LREM Thomas MESNIER et le Dr Sophie AUGROS, médecin généraliste ont remis à Agnès BUZYN, ministre de la santé, fin 2018, un rapport³¹ soulignant que la médecine mobile pourrait être une solution à la désertification médicale.

La littérature retrouve une thèse³² traitant de la médecine foraine, réalisée en 2016. Elle consistait à évaluer les représentations d'une médecine mobile itinérante auprès d'un échantillon de personnes vivant dans une zone sous-médicalisée. Cette étude présentait de nombreux biais, en particulier de sélection, car les patients interrogés disposaient tous d'un médecin à moins de 15 minutes de leur domicile. Les auteurs concluaient à une pertinence plus importante de la médecine itinérante selon le modèle des cabinets secondaires que celui des unités sanitaires mobiles.

Or cette médecine mobile itinérante présente divers avantages par rapport à un cabinet secondaire. Le premier avantage est financier, jouant sur le coût immobilier mais aussi sur le plan de l'équipement matériel à fournir aux différents cabinets secondaires. Le Dr Théophile MARTIN³³ en discute dans sa thèse de 2019, sur l'Histoire et devenir de l'interdiction de la médecine foraine en médecine générale.

Les médecins que nous avons interrogés confirment ce qui avait été retrouvé dans son étude, à savoir que cette unité mobile pouvait fournir une offre de soins primaires de façon temporaire, le temps qu'un médecin s'installe de façon définitive.

V. 2.2.3 Maintenir la proximité

L'avantage d'une médecine itinérante face à de la télémédecine est la construction d'une relation médecin-patient. Elle est reprise dans la définition³⁴ de la médecine générale, selon la WONCA Europe qui est la société européenne de médecine générale – médecine de famille. On parle donc de médecin généraliste ou de médecin de famille, de médecin proche de la population, venant au contact de celle-ci, tissant un lien social.

V. 2.2.4 L'accès aux spécialistes

Les médecins généralistes de notre thèse ont par ailleurs évoqué leur intérêt pour une médecine spécialisée itinérante, permettant un accès facilité pour les patients. Ce constat avait déjà été fait en 1941 lors de l'édition du Concours Médical³⁵. L'auteur souligne les difficultés de mobilité de l'époque malgré l'utilisation de l'automobile et du train, et dit aussi que le spécialiste disposant de cabinet secondaire peut se rendre accessible à ses patients. Il souligne également l'argument économique pour le médecin qui augmenterait sa patientèle.

V. 2.3 Les moyens nécessaires

V. 2.3.1 Les moyens humains

Dans la littérature, on retrouve en 2016 dans la thèse du Dr Erwan LANGLASSE³², une modélisation d'unité mobile de soins primaires. Les patients interrogés imaginent une camionnette en stationnement (un jour par semaine par village) près d'une salle d'attente fixe et proposant des consultations régulières, tout en étant dépendant d'un centre de soins fixe.

Il semble évident que pour médicaliser l'unité de soins mobile, il faut au minimum la présence d'un médecin généraliste, ce que s'accordent à dire tous les médecins interrogés.

Mais certains évoquent aussi la possibilité de laisser l'interne de médecine générale ou un médecin remplaçant s'occuper de l'unité de soins.

Cette phase d'apprentissage, d'expérimentation et d'autonomie avec des pratiques et des lieux différents, pourrait faciliter l'installation des internes.

En 2013, une thèse co-soutenue³⁶ portant sur le thème des facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale des jeunes internes en Rhône-Alpes, développe ce sujet.

La présence d'un assistant médical a été citée à plusieurs reprises, et serait probablement une aide supplémentaire pour le médecin en place. Il se consacrerait plus à sa consultation et perdrait moins de temps pour des tâches administratives ou pour la préparation du patient (déshabillage, carte vitale, dossier médical, prise de constantes).

Pour le moment, l'emploi d'un assistant médical dans les cabinets médicaux est encore peu répandu en France.

Dans la thèse d'octobre 2019, concernant le nouveau métier d'assistant médical, les deux co-auteurs³⁷ soutiennent une amélioration dans le confort de travail, tout en émettant une réserve. En effet, cet assistant médical peut être considéré comme un intrus autant par le médecin que le patient et perturber la relation médecin-malade.

V. 2.3.2 Les moyens matériels

Il faut savoir qu'aucune obligation légale précise n'existe concernant le matériel médical nécessaire à la pratique. Il semble évident qu'il faut le « matériel médical de base ».

Dans la littérature, on retrouve, en 2014, une étude³⁸ sur le matériel diagnostique et thérapeutique nécessaire réalisée chez les médecins généralistes du Pas-de-Calais.

La conclusion montrait un matériel souvent associé au médecin généraliste, composé du stéthoscope adulte, du tensiomètre manuel, du mètre ruban, de l'otoscope, du pèse-personne, de la toise adulte et du marteau à réflexe.

Beaucoup de médecins de l'étude ne possédaient pas de thermomètre, ou de saturomètre qui nous semblent pourtant être indispensables dans cette « trousse médicale de base ».

Dans notre étude, du matériel de petites urgences a été avancé dans plusieurs questionnaires, tel que du matériel de suture, ou un électrocardiogramme. De plus, est revenue à plusieurs reprises, la présence d'un appareil à glycémie, de bandelettes urinaires et parfois du matériel de dépistage.

V. 2.3.3 L'informatisation médicale

L'informatisation des cabinets médicaux est devenue obligatoire³⁹ le 1^{er} janvier 1998 par la mise en place des feuilles de soins électroniques et leur télétransmission. Mais cette informatisation n'est pas synonyme de dossier médical informatisé même si la pratique se démocratise.

Dans le bus médicalisé, un système informatique avec des dossiers informatisés et partagés est essentiel à la bonne coordination des soins entre les différents professionnels de santé ainsi qu'à une prise en charge partagée des patients dans les différentes structures de santé. Le rapport d'activité⁴⁰ de 1999 du Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé suggère cela, également repris dans la loi du 4 mars 2002.

Certains des médecins interrogés évoquent même la possibilité d'installation de matériel pour la pratique de certains spécialistes ou pour des dépistages multiples.

V. 2.3.4 Les moyens financiers

Pour qu'un tel projet se concrétise, il faut des financements, nous avons évalué à 70000 euros, la création du camion médicalisé.

D'après les questionnaires récoltés, nous pensons que ce n'est pas aux médecins d'y contribuer, mais aux autorités locales, départementales, voire régionales.

L'ARS⁴¹ pourrait jouer un rôle majeur dans cette situation. Elle pourrait participer au projet via le biais d'une aide financière, tel qu'il est décrit dans l'article 65 de la LFSS de 2012, avec la création d'un fond d'intervention régionale⁴². Les critères d'attribution⁴³ de cette aide sont décrits dans le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatifs au fond d'intervention régional. Hormis le plan financier, l'ARS peut aussi mobiliser trois autres leviers. Elle agit entre autres sur la régulation des autorisations de soins, son rôle dans l'impulsion et la validation des projets, et son appui méthodologique.

La CPAM pourrait également être le second acteur majeur du projet. La convention médicale 2016⁴⁴ prévoit la mise en place de 4 nouveaux contrats⁴⁵ pour lutter contre la désertification médicale. Le contrat qui pourrait intervenir serait le CAIM⁴⁶, le contrat d'aide à l'installation des médecins. Il est destiné à apporter une aide financière significative aux médecins dès leur installation en libéral en zone sous dense pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité. Cette aide est évaluée à 50000 euros pouvant être majorée de 10000 euros par l'ARS.

En Occitanie, et en zone montagneuse, ce qui est le cas ici, une aide supplémentaire de 40000 euros a été mise en place depuis le 01/10/2019 par l'ARS Occitanie⁴⁷.

Nous n'avons pas sollicité les collectivités locales mais au vu des dires, nous pensons qu'ils peuvent y participer en mettant à disposition des salles ou du personnel de secrétariat.

V. 2.4 Les freins à ce dispositif

V. 2.4.1 Le recrutement médical

Le frein majeur semblerait être la recherche d'un médecin à placer dans le dispositif. Cette difficulté existe déjà dans cette zone²⁶ considérée comme une zone difficile d'accès médical à désert médical.

On pourrait penser que l'installation des jeunes médecins seraient en baisse, or une étude de la CNOM affirme le contraire⁴⁸ : plus de 65% des jeunes médecins diplômés depuis moins de 3 ans souhaitent s'installer, sans en préciser le lieu urbain ou rural.

Nous pensons que ce dispositif pourrait attirer de jeunes médecins dans les milieux ruraux, prêts à s'engager dans une nouvelle expérience. En 2018, le Dr VERDON⁴⁹ avait décidé de faire le tour de France en camping-car, en remplaçant différents médecins installés. L'activité est différente mais le principe d'itinérance peut être comparable. Cette histoire avait fait du bruit, en passant dans les journaux télévisés pour lancer le débat sur une possible solution aux problèmes de désert médicaux.

En Mars 2021, le Dr JARDEL⁵⁰ a eu la même initiative, en faisant le tour de France des remplacements.

V. 2.4.2 L'adhésion des médecins

Deux praticiens précisent qu'il faut également une adhésion des médecins installés avec une bonne communication pour qu'il n'y ait pas de mésentente : « *Les relations entre les médecins sur place sont à voir, à mon avis, ça pourrait être bien accepté. Mais il y aurait peut-être un sentiment de concurrence qui pourrait être mal perçu* ».

Le second problème semble être l'adhésion des médecins. L'adhésion à de nouveaux projets peut provoquer une certaine crainte. Dans la thèse⁵¹ du Dr BAVAY ROBERT, ayant pour thème « Les freins à l'adhésion des médecins généralistes à un projet de pôle de santé pluri-professionnel », on pourrait corréler les craintes décrites à notre projet. Elle précise en

particulier : le manque de connaissance du projet, la peur administrative, la peur du changement des habitudes de travail mais aussi l'atteinte à leur liberté d'exercer.

Il faudrait un projet clairement défini avec une capacité d'exercer comme à leur habitude. Par ailleurs la communication entre les médecins est nécessaire pour une prise en charge conjointe des patients.

V. 2.4.3 L'adhésion des patients

L'adhésion des patients au dispositif sera la troisième étape à franchir. En effet, la population étant attachée à leur médecin de famille, une médecine itinérante avec un jeune médecin qu'il ne connaisse pas, peut décourager. Par leur expérience, concernant le camion de dépistage du diabète, Diabsat, les praticiens disent que c'était un réel apport pour les patients mais jugent que le passage irrégulier de celui-ci a tendance à les rebuter. Certains des confrères interrogés affirment que cette contrainte peut être corrigée par la régularité de la présence du bus mais aussi du même médecin, permettant d'installer une certaine relation médecin-malade.

Du côté des patients, un discours similaire est exprimé, on le constate dans l'étude³³ du Dr LANGLASSE.

L'installation d'une relation de confiance envers le bus est semblable à une relation médecin-malade. Elle nécessite du temps et du tact associés à une qualité de soins. L'étude⁵² sur la stratégie de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient conforte nos dires.

V. 2.4.4 Le financement

Le financement d'un tel projet semble le quatrième point d'inquiétude. Les sommes engendrées dans un tel projet seront toujours inférieures à celle d'un cabinet fixe ou d'une maison de santé, la finalité étant aussi différente. La CPAM a financé⁵³ un projet dans les Côtes d'Armor en 2017. Elle avait participé à hauteur de 75000 euros et l'État, de 12300 euros par le biais du contrat de ruralité. Par la suite, ce projet avait été refusé par le CDOM et le CNOM.

On remarque dans la littérature^{54,55,56,57}, que l'ARS ou la CPAM soutiennent fréquemment ce type de projet sur le plan financier, mais que l'obstacle redondant est l'Ordre des médecins ou les médecins opposés au projet, ayant peur de la concurrence.

V. 2.4.5 La concurrence déloyale

Un projet de bus médicalisé⁵⁷ de soins secondaires dans l'Oise, en 2010, avant la révision de l'article 74 du Code de la Santé Publique, a connu une forte opposition des médecins locaux, et s'est vu interdire de circuler sur le principe de la médecine foraine par l'Ordre des médecins. Une demande similaire avait été faite en 2018 par la députée LREM, Agnès THILL⁵⁸, demande qui a connu le même sort que son prédécesseur, pour les mêmes motifs, certains médecins locaux ne jugeant pas la proposition concrète.

A noter que ce dispositif fonctionne parfaitement dans 2 régions voisines que sont la Somme et l'Aisne.

Dans notre étude, la grande majorité des interlocuteurs ne semblait pas opposée au projet et n'a pas évoqué de concurrence déloyale.

Néanmoins, depuis 2019, le projet Dok'Ici⁵⁹ a vu le jour, avec quatre cabinets médicaux mobiles sillonnant l'Ain, le Rhône, l'Ardèche et la Haute-Loire⁶⁰. Il s'agit d'une coopération entre l'association ACESO, dont le président est Jean Louis TOURAINÉ, et le chef d'entreprise Alain SITBON, qui s'était déjà lancé dans des villages mobiles pour sans-abri et migrants. À l'initiative de ce projet, on retrouve Jean Louis TOURAINÉ, professeur de médecine et député LREM. Le cabinet médicalisé mobile a vu le jour, sans opposition du conseil de l'Ordre des médecins car il est rattaché à une maison de santé. Il emploie des médecins salariés, et les rendez-vous se prennent via le secrétariat du centre de santé.

VI. CONCLUSION

Cette thèse a souhaité explorer une nouvelle pratique de la médecine pour s'adapter au manque de médecins dans nos villages. Nous avons décidé d'évaluer le point de vue des médecins généralistes concernant ce projet de bus médicalisé.

L'accès aux soins dans certaines zones en France est difficile, nous avons souhaité porter notre étude dans cette partie des Cévennes.

En 2019, selon le directeur général de l'assurance maladie, Nicolas REVEL⁶¹, 5,4 millions de Français n'avaient pas de médecin traitant, et ce chiffre va tendre à augmenter.

Dans le code de déontologie médical, le décret sur la médecine foraine s'est assoupli en 2012, ouvrant de nouvelles portes, à contrario de l'interdiction totale. Malgré cela, le CNOM reste tout de même réfractaire aux cabinets médicaux mobiles même si ces derniers respectent ce décret, en s'y opposant quasi systématiquement. Certains médecins sont également du même avis, ils n'évoquent jamais le problème de la concurrence mais affirment que ces bus santé ne permettront pas de suivi de patient, et ne répondront en aucun cas au problème d'installation des jeunes médecins ou au problème de désert médical.

Les médecins de l'étude sont plutôt d'avis favorable à cette pratique même s'ils ne se voyaient pas pratiquer ce genre d'activité, par manque de temps. Ils n'ont jamais évoqué le problème de concurrence, au contraire, ils parlaient plutôt d'un allègement de leur activité qui leur donnerait une meilleure qualité de vie. Les médecins que nous avons interrogés sont pour la plupart des médecins de famille « à l'ancienne » exerçant seuls, mettant de côté leur vie de famille. Être proche du patient est fondamental. Le côté humain de la médecine générale disparaît totalement lors d'une téléconsultation, l'avantage d'une médecine mobile est de rester au contact de la population.

Leur crainte se basait sur l'adhésion de la population, la recherche d'un médecin acceptant ce genre d'activité, et surtout le financement d'un tel projet. De jeunes médecins non installés seraient plus enclin à avoir une activité de ce genre. Les autorités ont montré à plusieurs reprises leur soutien financier et logistique dans un projet similaire.

Cette solution ne pourrait qu'être provisoire mais permettrait déjà aux patients de consulter un médecin dans une France où l'accès aux soins est de plus en plus difficile.

Nous allons vers une situation où le déficit sanitaire sera important du fait des choix des divers gouvernements. Le nombre de médecins partant à la retraite dépassent le nombre de ceux qui s'installent. La situation démographique se détériore. Les recueils confortent l'idée que le bus médicalisé pourrait être une solution provisoire aux déserts médicaux.

Le rattachement du camion médicalisé à une maison de santé semble être une solution acceptée par le CNOM. Effectivement, cela réglerait le problème de concurrence, en rendant service à la population. Cette activité particulière dans les zones rurales pourrait favoriser l'installation de jeunes médecins dans ces zones éloignées des milieux hospitaliers.

Ce projet de bus médicalisé itinérant semble plaire à la majorité des médecins interrogés. Cette question nécessite néanmoins d'être étudiée plus en profondeur. En particulier, le point de vue des patients, des autres soignants et des élus locaux serait intéressant et primordial à la réalisation d'un tel projet.

Cette proposition ne pourrait-elle pas être une alternative à l'obligation d'installation des médecins que souhaiterait 8 français sur 10⁶² ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Accès territorial aux soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé [Consulté le 2 janv 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/>
2. Garantir l'accès universel aux droits et permettre l'accès aux soins [Internet]. Assurance Maladie; 3 janv 2021 [Consulté le 2 mars 2021]. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/acces-soins/acces-soins>
3. Accès aux soins [Internet]. Wikipédia [Consulté le 2 janv 2020]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Acc%C3%A8s_aux_soins
4. Article 74 - Interdiction de la médecine foraine du Code de Déontologie Médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Consulté le 5 juil 2019]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-4>
5. Article 71 – Installation convenable du Code de Déontologie Médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Consulté le 5 juil 2019]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-4>
6. Article R4127-74 du Code de la Santé Publique [Internet]. Légifrance [Consulté le 5 juil 2019]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843613/
7. GOUTEYRON A. Seconde session ordinaire de 1978-1979 du Sénat [Internet]. Rapport N°423. 21 juin 1979. p.55 [Consulté le 20 fév 2021]. Disponible sur : https://www.senat.fr/rap/1978-1979/i1978_1979_0423.pdf
8. COLLET L. Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques [Internet]. Les tribunes de la santé; 2019 [Consulté le 4 avril 2020]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2019-1-page-47.html#:~:text=Depuis%20la%20loi%20du%2012,de%208%20000%20en%202018>
9. GOLFOUSE A. & PHENG B. Les épreuves classantes nationales (ECN) donnant accès au 3^{ème} cycle des études médicales [Internet]. Rapport 2015. ONDPS; oct 2015 [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_oct2015-2.pdf
10. OCDE. Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Édition OCDE. Paris. 2015. p.132[Consulté le 20 fév 2021]. Disponible sur : https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2015-fr.pdf?expires=1616940933&id=id&accname=guest&checksum=9104DF1FA28C1E1C75A1CFF43997AA67

11. BOUET P. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; janv 2018 [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

12. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale en région Languedoc-Roussillon - Situation en 2015 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. p.50. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/kzucm/atlas_languedoc_roussillon_2015.pdf

13. Contrat Local de Santé – Pays Cévennes [Internet]. Agence Régional de Santé. 2018. p.18 [Consulté le 6 avril 2020]. Disponible sur : https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-02/30_%20PaysCevennes_VF.pdf

14. La vie de famille des professionnels de santé : concilier vie professionnelle et vie privée [Internet]. RemplaFrance; 13 déc 2019 [Consulté le 6 avril 2020]. Disponible sur : <https://remplafrance.com/blog/vie-de-famille-professionnel-sante>

15. VALLANCIEN G. Transformer les déserts médicaux en oasis de santé, c'est possible ! [Internet]. Les Échos; 16 août 2017 [Consulté le 6 avril 2020]. Disponible sur : <https://www.lesechos.fr/2017/08/transformer-les-deserts-medicaux-en-oasis-de-sante-cest-possible-1116571>

16. Maison de santé pluriprofessionnelle : avantages et inconvénients [Internet]. MACSF; 17 déc 2017 [Consulté le 6 avril 2020]. Disponible sur : <https://www.macsfr.fr/exercice-liberal/Exercer-en-groupe/Maison-sante-pluridisciplinaire-avantages-inconvenients>

17. JAUSSENT V. "Sans nous les services ne tournent pas" : pourquoi les internes en médecine appellent à une grève illimitée à partir d'aujourd'hui [Internet]. Franceinfo; 30 nov 2019 [Consulté le 6 avril 2020]. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/sans-nous-les-services-ne-tournent-pas-pourquoi-les-internes-en-medecine-appellent-a-une-greve-illimitee_3720811.html

18. AROLD M. Maisons médicales : gaspillage à gogo ! [Internet]. Contrepoints; 23 avril 2018 [Consulté le 15 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.contrepoints.org/2018/04/23/314629-maisons-medicales-gaspillage-a-gogo>

19. Le conseil de l'ordre stoppe le bus santé [Internet]. Le Parisien; 11 mai 2010 [Consulté le 6 avril 2020]. Disponible sur : <https://www.leparisien.fr/oise-60/beauvais-60000/le-conseil-de-l-ordre-stoppe-le-bus-sante-11-05-2010-916989.php>

20. CAFFIN P. Beauvaisis : un bus santé pour lutter contre les déserts médicaux ? [Internet]. Le Parisien; 25 mars 2018 [Consulté le 6 avril 2020]. Disponible sur : <https://www.leparisien.fr/oise-60/la-chapelle-aux-pots-60650/beauvaisis-un-bus-sante-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux-25-03-2018-7627803.php>

21. FAVEREAU E. Loi santé : Buzyn rejette toute contrainte faite aux médecins [Internet]. Libération; 18 mars 2019 [Consulté le 6 avril 2020]. Disponible sur : https://www.liberation.fr/france/2019/03/18/loi-sante-buzyn-rejette-toute-contrainte-faite-aux-medecins_1715985/

22. Médecin remplaçant, elle fait le tour de France en camping-car [Internet]. Allo Docteurs; 13 déc 2018 [Consulté le 6 avril 2020]. Disponible sur : https://www.allodocteurs.fr/se-soigner/professions-medicales/medecin-remplacant-elle-fait-le-tour-de-france-en-camping-car_26001.html#:~:text=Un%20jeune%20m%C3%A9decin%20qui%20parcourt,%C3%A0%20bord%20de%20sa%20caravane
23. Primary Health Care – Health Bus [Internet]. Saskatchewan Health Authority [Consulté le 6 avril 2020]. Disponible sur : https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/Primary-Health/Pages/HealthBus.aspx
24. BELANGER JF. Targuiz, un hôpital sur rail [Internet]. Radio-Canada [Consulté le 6 avril 2020]. Disponible sur : <https://ici.radio-canada.ca/special/transsiberien-russie/ch4/>
25. LA FOURNIERE T de. AVICENNE, un projet médico-social mobile en sud-Lozère [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
26. BACH S. Déserts médicaux : la carte de France [Internet]. Le Guide Santé; 5 nov 2020 [Consulté le 20 fév 2021]. Disponible sur : <https://www.le-guide-sante.org/actualites/carte-de-france-des-deserts-medicaux>
27. COURSELLE T. Prévention du burn-out des médecins généralistes en Picardie : Étude des connaissances et repérage des besoins. [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Amiens. Faculté de médecine; 2016.
28. Besoin d'un transport ? [Internet]. Maison de santé Collet-Pont-Vialas [Consulté le 20 fév 2021]. Disponible sur : <http://www.mspducollet.fr/dependance/besoin-dun-transport/>
29. Les 10 mesures de l'ANEMF pour lutter contre les déserts médicaux [Internet]. Le quotidien du médecin; 25 nov 2012 [Consulté le 20 fév 2021]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/les-10-mesures-de-lanemf-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux>
30. BIENVAULT P. Des médecins itinérants au secours des déserts médicaux [Internet]. La Croix; 3 déc 2012[Consulté le 20 fév 2021]. Disponible sur : https://www.la-croix.com/Actualite/France/Des-medecins-itinerants-au-secours-des-deserts-medicaux_EP_-2012-12-03-883131
31. TRANTHIMY L. Les praticiens mobiles ont le vent en poupe [Internet]. Le quotidien du médecin; 18 oct 2018 [Consulté le 20 fév 2021]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/les-praticiens-mobiles-ont-le-vent-en-poupe>
32. LANGLASSE E. Représentations d'un modèle de médecine générale itinérante par un échantillon de population en zone sous-médicalisée. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Faculté de médecine; 2016.
33. MARTIN T. Histoire et devenir de l'interdiction de la médecine foraine en médecine générale. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen. Faculté de médecine; 2019.

34. BOUSQUET M-A. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris VI. Faculté de médecine; 2013.
35. DOURIEZ P. «Sur l'interdiction des cabinets multiples». *Le Concours Médical*, 65e année. 1941. p.605-607.
36. CHANDEZ C. CHIRON F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône - Alpes : étude qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Grenoble. Faculté de médecine; 2013.
37. RAGUIDEAU C. LEVESQUE L. Le nouveau métier d'assistant médical en cabinet de médecine générale : représentations des médecins généralistes et des patients, une étude qualitative en miroir. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Marseille. Faculté de médecine; 2019.
38. VASSEUR M. Le matériel diagnostique et thérapeutique du médecin généraliste du Nord-Pas-de-Calais : Quel taux d'équipement ? Quelle fréquence d'utilisation ? Etat des lieux et propositions d'amélioration. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille 2. Faculté de médecine; 2014.
39. *Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Code de la santé publique.* [Internet]. [Consulté le 22 fév 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005620824/>
40. MEILLE AJ., DASSIE ML. & LABREZE L. Le dossier médical informatisé [Internet]. Caducee.net [Consulté le 22 fév 2021]. Disponible sur : <https://www.caducee.net/DossierSpecialises/systeme-information-sante/dmi.asp#:~:text=Utilit%C3%A9%20d'un%20dossier%20patient%20informatis%C3%A9&text=Informatiser%20un%20dossier%20de%20sant%C3%A9,de%20soins%20d'un%20r%C3%A9seau>
41. De quels leviers dispose l'ARS pour soutenir un projet de coopération ? [Internet]. Ministère de la Santé et des Solidarités; Avril 2012 [Consulté le 22 fév 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/FR_15_-_soutien_ARC.pdf
42. Article 65 Section 5. LOI n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. JORF n°0296 du 22 décembre 2011. [Internet]. [Consulté le 22 fév 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000025006286>
43. Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé. JORF n°0050 du 28 février 2012. [Internet]. [Consulté le 22 fév 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025411455/>
44. TOURAINE M. ECKERT C. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 [Internet]. Journal Officiel. 23 oct 2016 [Consulté le 22 fév 2021]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/488067/document/arrete-20-octobre-2016_journal-officiel.pdf

45. Aide à l'installation ou à la pratique du médecin dans les zones sous dotées [Internet]. Assurance Maladie; 30 déc 2020 [Consulté le 22 fév 2021]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/herault/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees#:~:text=Le%20contrat%20d'aide%20C3%A0,et%2050%20%25%20apr%C3%A8s%201%20an>
46. Fiche démographie – Contrat d'aide à l'installation (CAIM) [Internet]. Assurance Maladie; Oct 2018 [Consulté le 23 fév 2021]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/497913/document/fiche_caim.pdf
47. Le pari des territoires : des actions et des résultats concrets ici en Occitanie [Internet]. Agence Régionale de Santé; sept 2019 [Consulté le 23 fév 2021]. Disponible sur : https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-10/ACCES%20AUX%20SOINS_Synth%C3%A8se_092019.pdf
48. Étude sur l'installation des jeunes médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Consulté le 23 fév 2021]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf
49. Médecin remplaçant : le tour de France en camping-car de Hélène Verdon [Internet]. FranceInfo; 21 oct 2018 [Consulté le 27 fév 2021]. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/france/medecin-remplacant-le-tour-de-france-en-camping-car-de-helene-verdon_2997193.html
50. BERTRAND P. Le tour de France des médecines rurales [Internet]. France Inter; 10 mars 2021 [Consulté le 3 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.franceinter.fr/emissions/l-esprit-d-initiative/l-esprit-d-initiative-10-mars-2021>
51. BAVAY ROBERT L. Les freins à l'adhésion des médecins généralistes à un projet de pôle de santé pluri-professionnel. L'exemple du projet de pôle de santé du Canton de Saint-Savin en Gironde [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Faculté de médecine; 2014.
52. SALA B. Stratégie de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice. Faculté de médecine; 2018.
53. PODEVIN JF. La Chèze (Côtes-d'Armor) : le projet de bus santé abandonné [Internet]. Le Courrier Indépendant; 27 sept 2019 [Consulté le 27 fév 2021]. Disponible sur : https://actu.fr/bretagne/loudeac_22136/la-cheze-cotes-darmor-projet-bus-sante-abandonne_27532199.html
54. TOSSERI B. Un camion pour affronter les déserts médicaux [Internet]. La Croix; 19 avril 2019 [Consulté le 27 fév 2021]. Disponible sur : <https://www.la-croix.com/France/Initiatives-et-solidarite/camion-affronter-deserts-medicaux-2019-04-19-1201016816>
55. HAMON JP. Le show de Jean-Paul Hamon contre la médecine foraine [Internet]. FMF; 24 juin 2009 [Consulté le 27 fév 2021]. Disponible sur : <https://www.fmfpro.org/le-show-de-jean-paul-hamon-contre-la-medecine-foraine.html>

56. SCHLEGEL T. Déserts médicaux : un bus santé sillonne Dreux [Internet]. France Culture; 29 mai 2019 [Consulté le 2 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.franceculture.fr/emissions/le-reportage-de-la-redaction/desert-medicaux-un-bus-sante-sillonne-dreux>
57. Oise. Un projet de « bus santé » itinérant inquiète les médecins [Internet]. Ouest France; 26 mars 2018 [Consulté le 20 fév 2021]. Disponible sur : <https://www.ouest-france.fr/sante/oise-un-projet-de-bus-sante-itinerant-inquiete-les-medecins-5647810>
58. BELLANGER E. Absence de concertation, médecine foraine : des médecins de l'Oise fustigent un projet de bus santé [Internet]. Le quotidien du médecin; 28 mars 2018 [Consulté le 20 fév 2021]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/absence-de-concertation-medecine-foraine-des-medecins-de-loise-fustigent-un-projet-de-bus-sante>
59. MARQUES A. Un médecin dans un camion : l'idée d'un député contre les déserts [Internet]. Egora.fr; 9 juil 2020 [Consulté le 2 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.egora.fr/actus-pro/demographie-medecale/60001-un-medecin-dans-un-camion-l-idee-d-un-depute-contre-les-deserts>
60. FRISULLO E. Les premiers cabinets médicaux mobiles vont sillonner Auvergne Rhône-Alpes dès 2019 [Internet]. 20 minutes; 28 sept 2018 [Consulté le 2 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.20minutes.fr/societe/2344991-20180928-premiers-cabinets-medicaux-mobiles-vont-sillonner-auvergne-rhone-alpes-2019>
61. GATTUSO C. Nicolas Revel, directeur général de l'Assurance maladie : « L'accès au médecin traitant me préoccupe » [Internet]. Legénéraliste.fr; 9 janv 2020 [Consulté le 2 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/nicolas-revel-directeur-general-de-l-assurance-maladie-l-acces-au-medecin-traitant-me-preoccupe>
62. GERVAIS JB. Obligation d'installation des médecins : 8 Français sur 10 pour, et la FHF se tâte [Internet]. What's Up Doc ?; 14 mars 2019 [Consulté le 2 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/obligation-dinstallation-des-medecins-8-francais-sur-10-pour-et-la-fhf-se-tate>

ANNEXES

Annexe 1

QUESTIONNAIRE

Présentation personnelle

Je m'appelle HOU Philippe, j'ai 30 ans, j'ai fait mon externat de médecine à Paris VI Pitié Salpêtrière, et mon internat au CHU de Montpellier, je termine actuellement mes études de médecine générale.

Mon sujet de thèse : Camion médicalisé itinérant dans les régions à faible densité médicale, étude dans les Cévennes

1. Comment vous appelez-vous ?

2. Quel est votre métier ?

3. Quel âge avez-vous ?

4. Depuis quand êtes-vous installés ?

5. Où exercez-vous ?

Ajout de deux questions après 2 questionnaires :

6. Quels sont vos horaires en moyenne ?

7. Combien de jours par semaine travaillez-vous ?

8. Que pensez-vous de la démographie médicale de votre région ?

9. Quelles sont les difficultés liées à l'isolement/éloignement dans votre pratique professionnelle ?

10. Avez-vous déjà entendu parler d'un projet de bus ou camion médicalisé itinérant ?

Si oui, qu'en pensez-vous ?

Si non, le projet Avicenne vous dit quelque chose ? ou le projet de dépistage du diabète, Diabsat ?

Présentation du projet

Je souhaiterais créer un camion avec au minimum, un médecin généraliste, et tout le matériel nécessaire pour en faire un cabinet ambulancier mais connecté. Ce camion a pour vocation de s'installer le temps d'une demi-journée dans un village sous médicalisé, de façon régulière, afin d'y réaliser des consultations de médecine générale. Il ne se substitue pas au cabinet fixe, et n'a pas vocation à lui faire de la concurrence.

On pourrait penser que ce camion a pour but de faire de la médecine foraine, mais ce n'est pas le cas. S'il se réalise, ce projet aura un programme géographique de consultation bien défini, de façon régulière et fixe.

Le code de santé publique a revu sa loi sur la médecine foraine et autorise ce genre d'exercice depuis le décret du 7 mai 2012.

Pour le moment, il n'y a pas de projet similaire, de consultation de médecine générale de façon ambulante en France, seulement de la médecine préventive.

11. Après cette présentation, comment selon vous le bus médicalisé pourrait vous aider dans votre pratique ?
12. Quels moyens humains, matériels et financiers seraient nécessaires pour le bon fonctionnement du bus médicalisé, selon vous ?
13. Quels seraient selon vous les freins à ce dispositif ?
14. Si ça ne marche pas, que proposez-vous ?

Annexe 2

Questionnaire (Données anomysées pour mise en ligne)

Alors je me présente, je m'appelle HOU Philippe, j'ai 30 ans, j'ai fait mon externat de médecine à Paris VI Pitié-Salpêtrière et mon internat au CHU de Montpellier. Je termine actuellement mes études de médecine générale, mon sujet de thèse : Camion médicalisé itinérant dans les régions à faible densité médicale, études dans les Cévennes.

Comment vous appelez-vous ?

Docteur (Données anomysées pour mise en ligne)

Quel est votre métier ?

Médecin généraliste.

Quel âge avez-vous ?

J'ai 63 ans.

Depuis quand êtes-vous installés ?

Je suis installé dans les Cévennes depuis 1995, auparavant j'avais fait quelques remplacements dans des zones urbaines.

Où exercez-vous ?

J'exerce à Chamborigaud, un petit village d'à peu près 1000 habitants, une petite commune qui englobe des communes avoisinantes notamment Genolhac, La Vernarède, Vialas, on tourne autour de plusieurs communes environnantes qui n'ont pas de médecin. C'était une région minière, j'ai un cabinet principal à Chamborigaud mais j'exerce aussi dans différents dispensaires, dans des petits villages isolés. Pour rendre service à la population, on a gardé les dispensaires qui existaient du temps des mines, quatre fois par semaine, je suis dans ces villages, dans ses locaux un peu vétustes pour faire des consultations libres.

Quels sont vos horaires en moyenne ?

En détail, le matin à partir de 8h30 je fais des consultations au cabinet jusqu'à midi, le mercredi et le vendredi un peu plus tôt, de 11h30 jusqu'à 14 heures, je vais dans des dispensaires, le samedi de 9h15 jusqu'à 10h30 et le lundi après-midi de 14h30 à 15h30 dans un autre dispensaire. L'après-midi, je fais des visites, à 17h30 je reviens au cabinet puis je consulte jusqu'à qu'il n'y a plus de patients c'est-à-dire vers 20 heures-21 heures parfois un peu plus. En moyenne je fais 8h30-21 heures.

Combien de jours par semaine travaillez-vous ?

Du lundi au vendredi et samedi matin donc cinq jours et demi sans compter les gardes. On est quatre médecins sur un grand secteur qui va de Villefort jusqu'à Chamborigaud et Vialas donc on fait une garde, une nuit sur quatre et un week-end sur quatre.

Que pensez-vous de la démographie médicale de votre région ?

C'est vrai que le nombre de médecins a nettement diminué, puisque moi, je me suis installé, il y a un peu plus de 20 ans. Il y avait quatre médecins sur les deux villages de Génolhac et Chamborigaud. Quand je suis arrivé, je remplaçais un couple de médecins qui partaient à la retraite donc ils m'ont laissé les deux clientèles, une clientèle apparentée aux mines et une clientèle libérale. Puis par la suite à Génolhac il y avait deux médecins pendant quelques années, il y en a eu un qui est parti et le dernier qui est resté, est décédé il y a trois ans donc il n'y a plus du tout de médecins là-bas. Maintenant, on est plus que deux voir même un et demi. Il y a le Docteur (Données anomysées pour mise en ligne) pour me seconder et qui était à cheval sur un secteur assez loin, Le Pont-de-Montvert, il venait au départ deux jours par semaine, maintenant trois jours par semaine, sur mon secteur. Donc de quatre médecins on est passé à un et demi, il manquerait un médecin de plus, déjà ça serait plus confortable.

Quels sont les difficultés liées à l'isolement l'éloignement dans votre pratique professionnelle ?

Le fait d'être tout seul à gérer, au niveau de la responsabilité, c'est un peu lourd, mais la responsabilité, je pense que même les médecins qui travaillent à plusieurs en ont aussi. Le suivi des malades est un peu plus lourd aussi parce qu'on est seul à gérer des patients et qu'on est un peu éloigné des structures médicales, vu que le premier hôpital, dans une grande ville,

est situé à une demi-heure de route, ce qui à la fois pas très loin mais qui pose problème pour les personnes qui ont peu de moyens de mobilité. On est toujours un peu sur la brèche, on aspire des soins programmés mais aussi des soins non programmés, au niveau urgences. L'été, on est un peu plus sur chargé avec les touristes, vu que c'est une zone touristique. Au niveau des spécialistes en ville, on a quand même un bon éventail de spécialistes, bien que certaines spécialités commencent à manquer notamment dermatologie, ophtalmologie, encore il y a eu quelques arrivées en ophtalmologie mais sinon on se retrouve avec un seul dermatologue pour une grande ville comme ça, ça pose problème. D'une façon générale depuis que je suis installé, les délais pour avoir un rendez-vous chez les spécialistes ont nettement augmenté, ils se sont multipliés par 4 ou 5. Un rendez-vous de spécialiste, il y a 20 ans, en une semaine on avait un rendez-vous, maintenant, c'est parfois trois mois d'attente.

Avez-vous déjà entendu parler d'un projet de bus médicalisé itinérant ?

Il y a eu des interventions pour les suivis diabétiques, Diabsat, il me semble, qui sont venus faire des interventions une ou deux fois mais finalement on ne les a pas trop vus par la suite. Ils essayent de cadrer les malades dans une certaine spécialité telle que le diabète. Mis à part le centre de transfusion, l'EFS, qui vient faire des prélèvements pour les transfusions mais sinon on n'a pas tellement d'interventions extérieures au moyen du bus.

Ok, très bien, alors je vous présente mon projet. Je souhaiterais créer un camion avec au minimum, un médecin généraliste, et tout le matériel nécessaire pour en faire un cabinet ambulancier mais connecté. Ce camion a pour vocation de s'installer le temps d'une demi-journée dans un village sous médicalisé, de façon régulière, afin d'y réaliser des consultations de médecine générale. Il ne se substitue pas au cabinet fixe, et n'a pas vocation à lui faire de la concurrence.

On pourrait penser que ce camion a pour but de faire de la médecine foraine, mais ce n'est pas le cas. S'il se réalise, ce projet aura un programme géographique de consultation bien défini, de façon régulière et fixe.

Le code de santé publique a revu sa loi sur la médecine foraine et autorise ce genre d'exercice depuis le décret du 7 mai 2012.

Pour le moment, il n'y a pas de projet similaire, de consultation de médecine générale de façon ambulante en France, seulement de la médecine préventive.

Après cette présentation, comment selon vous le bus médicalisé pourrait vous aider dans votre pratique ?

Ça peut être comparable au type d'intervention que j'ai dans les dispensaires parce que je me déplace dans les dispensaires des différents villages donc c'est vrai ça rend service aux gens de ne pas avoir à se déplacer surtout que parmi les personnes âgées, tout le monde ne conduit pas. Il existe aussi un service de pharmacie qui est organisé par la mairie, avec la distribution des médicaments. C'est vrai que les personnes âgées étaient contentes qu'il y ait des interventions dans leur village. De ce côté-là ça me paraît intéressant. Ce qui est plus discutable, c'est de savoir s'il y a un suivi par un médecin régulier parce que les patients se sentent mieux suivis quand c'est le même médecin qui vient et qui les suit que quand c'est à chaque fois un médecin différent, tout ça me semble quand même important. Les patients parlent plus de leurs soucis, de leur maladie, se sentent quand même mieux suivis quand c'est la même personne, il y a des liens qui se créent.

Quels moyens humains, matériels et financiers seraient nécessaires pour le bon fonctionnement du bus selon vous ?

Les moyens humains, dans l'idéal ça serait un médecin plus une infirmière, elle pourrait servir aussi de secrétaire mais aussi pour tout ce qui est à côté de ce qui est purement médical.

Je pense que la démographie médicale pose un problème, dans notre secteur, on accueille des internes stagiaires, pour essayer de leur faire connaître la médecine de campagne qui, comparé à la médecine de ville, est une médecine apparemment assez différente. C'est différent et c'est assez méconnu de ce que peuvent vivre les étudiants en médecine à l'hôpital ou en ville. C'est intéressant de créer des postes, justement peut-être dans ce camion itinérant, d'avoir des étudiants en médecine qui puissent voir comment ça se passent réellement dans la campagne

Comme matériel, comme dans un cabinet, il faut du matériel pour des examens courants, ce n'est pas du matériel qui coûte très cher non plus, tel un ECG, du matériel de suture pour des petites interventions cutanées, et du matériel d'examen. Ce n'est pas du matériel qui nécessite un très gros budget. Ça dépend des limites qu'on se donne, on pourrait faire des choses un peu plus poussées, avec des rendez-vous de temps en temps de spécialistes qui pourraient peut-être profiter du bus mais c'est encore à discuter.

Au niveau financier, je ne serai pas d'une aide efficace parce que je ne vois pas trop le prix d'un bus, l'aménagement d'un bus, à mon avis ça serait l'ARS qui pourrait s'occuper de ces projets-là sachant que sur Chamborigaud, on a un projet d'une maison médicale où il va y avoir un regroupement de professionnels mais dans les petits villages, ça peut être intéressant d'avoir des interventions. Ce qui me paraient quand même important, c'est qu'il y ait une communication entre le bus et le groupe des personnels soignants qu'ils y auraient dans cette maison médicale, qu'ils travaillent de concert. Par exemple, si le bus passe une fois par semaine dans ces villages-là, le reste du temps, il faudrait bien qu'il y ait une communication avec les médecins qui sont sur place. Il faudrait sûrement des dossiers connectés. Dans le projet de cette maison médicale, on a choisi un logiciel WEDA®, qu'on partage avec les médecins des alentours, on a décidé de se mettre tous sur le même logiciel pour pouvoir communiquer les données sur nos patients, avec leur accord bien sûr. Donc le médecin (D [redacted] on [redacted] mais également sur la maison de santé qui né [redacted] existe plus loin au Collet-de-Dèze, à Florac et Le Pont-de-Montvert, c'est le même logiciel. es [redacted] Dans le village qui est à 40 km, à Villefort, c'est aussi le même logiciel donc on pourrait tel [redacted] partager des données. Ça serait intéressant quand même que si un bus intervient, il puisse an [redacted] communiquer les dossiers des patients avec les médecins sur place. ys [redacted] se [redacted] s [redacted] po [redacted] ur [redacted] mi [redacted] se [redacted] en [redacted] ne [redacted])

Quelle serait selon vous les freins ce dispositif ?

Il faut que le système soit bien accepté par les médecins sur place. Ce qui paraît positif, c'est que dans les campagnes, il manque de toute façon de médecins et crucialement dans certains endroits, surtout en Lozère. Pendant certaines gardes, j'ai déjà été appelé à plus de 70 km du cabinet, je n'ai pas pu y aller mais bon. Sur un rayon de 70 km on sentait qu'il y avait un manque de médecins de garde. Il y a des endroits qui sont vraiment en pénurie grave donc ce système, c'est sûr que ça pourrait être intéressant. Les relations entre les médecins sur place sont à voir, à mon avis, ça pourrait être bien accepté. Mais il y aurait peut-être un sentiment de concurrence qui pourrait être mal perçu. Concernant les patients, dans les zones où il y a vraiment pénurie, je pense que ça serait bienvenue, bien que je pense que les patients préféreraient avoir un médecin comme on appelle, un médecin de famille, c'est à dire qui vit dans le pays et qui partage la vie du pays. Je crois que pour le moment, ils seraient bien contents d'avoir ce système là pour pallier au manque de suivi médical. Ça participe à la

désertification des campagnes, il n'y a plus de médecins, les gens ne peuvent plus s'installer dans les campagnes, surtout les retraités.

Si ce projet ne se réalise pas que proposez-vous ?

Pour combler les déserts médicaux, il faudrait que, dans l'idéal, une carte sanitaire comme il existe pour les pharmacies, par exemple, soit en place, qu'il y ait un nombre de médecins pour une population donnée. Ce n'est pas bien accepté par la nouvelle génération de médecins mais la liberté d'installation devrait être remise en question. Le système d'incitation à l'installation est déjà en place, par des avantages en matériel. Les avantages matériels qu'on pourrait proposer n'ont pas vraiment fonctionné, tel qu'un cabinet proposé par la mairie gratuitement, beaucoup de facilité, des primes d'installation. Ce qui existe déjà, c'est le fait qu'on soit dans une zone sous peuplée en médecins, il y a des exonérations d'impôts mais bon à priori, ça n'a pas bien fonctionné non plus. Il faudrait des motivations en plus.

Questionnaire Dr (Données anomysées pour mise en ligne)

Alors je me présente, je m'appelle HOU Philippe, j'ai 30 ans, j'ai fait mon externat de médecine à Paris VI Pitié-Salpêtrière et mon internat au CHU de Montpellier. Je termine actuellement mes études de médecine générale. Mon sujet de thèse : Camion médicalisé itinérant dans les régions à faible densité médicale, études dans les Cévennes.

Alors, comment vous appelez-vous ?

(Données anomysées pour mise en ligne)

Quel est votre métier ?

Médecin généraliste.

Quel âge avez-vous ?

61 ans.

Depuis quand êtes-vous installés ?

Je suis installé depuis 1998 et dans les Cévennes depuis 2020.

Données anomysées pour mise en ligne

Où exercez-vous ?

Au Collet-de-Dèze, en maison de santé pluridisciplinaire, sur plusieurs sites dont Le Pont-de-Montvert, (Données anonymées pour mise en ligne) s les sites sont tellement éloignés qu'en pratique, on ne se voit jamais et on ne partage pas les mêmes patients.

Quels sont vos horaires en moyenne ?

Je commence à 8h30 et je termine à 20 heures puis ça bascule sur la garde, du lundi au vendredi, j'ai à peu près une heure de pause à midi. Je fais très peu de visites, heureusement, sinon je ne pourrais pas. Je fais à peu près quatre visites par semaine.

En consultation pure, 50 heures par semaine. En comptant les visites et l'administratif environ 60 heures par semaine. Je consulte tous les jours sauf le samedi et j'ai aussi une activité de médecin coordinateur à l'EHPAD du Collet-de-Dèze. Je suis de garde tous les week-ends et tous les soirs, je suis de permanence tout le temps sauf le samedi matin.

Que pensez-vous de la démographie médicale dans votre région ?

Elle est trop faible. Géographiquement, on a de grands bassins par médecin. Moi, par exemple, j'ai un bassin de 30 km sur 10 qu'on appelle la vallée longue. Il y a une grosse pression des patients qui habitent hors de cette région, par défaut de densité médicale, aussi dans le Gard mais aussi dans des villes très populaires comme La Grande Combe. J'avais des patients de la Grande Combe qui venaient me voir mais je n'en ai plus parce que je ne veux plus, je freine tous les jours la demande des patients, qui pourraient exploser si jamais je n'avais pas ces mesures de sélection pour privilégier les gens de la vallée longue et décourager les gens qui viennent du Gard voire d'Alès. Si on met Doctolib à accès libre, j'ai quatre semaines pleines à l'avance.

Quels sont les difficultés liées à l'isolement, l'éloignement dans votre pratique professionnelle ?

Les difficultés, je dirais que c'est la solitude dans le travail, l'absence d'interaction avec des confrères. Avec la période de COVID, c'est très compliqué, on essaye de mettre en place des soirées une fois tous les deux mois, de partage d'expériences. Les grosses difficultés qui existent encore, c'est l'absence de possibilité pour moi parce que je suis dans un secteur de garde où je suis le seul médecin de garde, du coup les gardes me reviennent tout le temps, je

trouve ça très pesant. Je peux partir en étant conscient que lorsque je quitte la région il n'y a personne. Il faut trouver un remplaçant, ce qui est déjà arrivé. Je me fais souvent remplacer mais globalement, à Noël par exemple, j'ai dit que je ne serai pas de garde parce qu'il y avait toute la famille, je n'avais pas envie de leur infliger ça et du coup je n'ai pas eu de garde. Pendant trois jours, les gens se sont débrouillés avec le 15, en étant redirigés vers d'autres secteurs. Je pense qu'il faudrait plus de médecins sur le Collet-de-Dèze. Par exemple, si on met deux médecins, et qu'on ouvre Doctolib à tous les patients, en deux semaines c'est plein pour les deux médecins avec 25 actes minimums par jour et par médecin. Tout ça en faisant attention à respecter une certaine déontologie dans la pratique à savoir ne pas faire revenir les patients tous les mois. Tous mes patients ont une ordonnance minimale de trois mois voire très souvent de six mois, je reste malgré tout surbooké. Le contact avec les autres spécialistes est compliqué par le temps qui nous est compté. Si je veux voir mes 25-30 patients par jour, je n'ai pas beaucoup le loisir dans la journée pour téléphoner à des spécialistes. Il y a un temps de contact avec les patients qui est tellement chronophage que ça me laisse peu de temps d'appréhender d'autres activités plus relationnelles avec d'autres professionnels de santé. On fait des réunions de RCP tous les mois avec tous les gens qui travaillent à la maison de santé, c'est très intéressant, on parle des personnes qui posent problèmes, avec plusieurs voix, avec plusieurs compétences. C'est actuellement un protocole pour la fin de vie, il faut mobiliser des midis pour se voir. Il y aurait plein de projets à mettre en route et qui seraient sympas mais le temps nous manque, je suis trop fatigué pour faire ça le soir, je deviens vieux.

Avez-vous déjà entendu parler d'un projet de bus ou de camions médicalisés itinérants ?

Je connais le projet Avicenne dans le cadre de la prévention mais pas dans le cadre de consultations médicales.

Ok, très bien, alors je vous présente mon projet. Je souhaiterais créer un camion avec au minimum, un médecin généraliste, et tout le matériel nécessaire pour en faire un cabinet ambulancier mais connecté. Ce camion a pour vocation de s'installer le temps d'une demi-journée dans un village sous médicalisé, de façon régulière, afin d'y réaliser des consultations de médecine générale. Il ne se substitue pas au cabinet fixe, et n'a pas vocation à lui faire de la concurrence.

On pourrait penser que ce camion a pour but de faire de la médecine foraine, mais ce n'est pas le cas. S'il se réalise, ce projet aura un programme géographique de consultation bien défini, de façon régulière et fixe.

Le code de santé publique a revu sa loi sur la médecine foraine et autorise ce genre d'exercice depuis le décret du 7 mai 2012.

Pour le moment, il n'y a pas de projet similaire, de consultation de médecine générale de façon ambulante en France, seulement de la médecine préventive.

Après cette présentation, comment selon vous le bus médicalisé pourrait vous aider dans votre pratique ?

Tout dépend de sa régularité, c'est-à-dire, si c'est un bus qui passe de manière régulière au même endroit, dans des endroits qui sont vraiment des zones sous denses, un peu plus à l'écart que les autres, dans le sens où elles font parties d'un secteur éloigné du cabinet et que du coup les gens rechignent. Par exemple à Saint-Germain-de-Calberte, donc à 40 minutes du cabinet, il ne faut pas qu'ils oublient quelque chose, pour ne pas les faire revenir deux fois dans la même semaine. Il y a des zones géographiques un peu plus excentrées, difficiles d'accès dans lesquels possiblement une consultation qui viendrait en dépannage parfois quand ils ne peuvent pas se déplacer, pourquoi pas. La beauté de la médecine générale, c'est le suivi, c'est le fait de connaître les gens, c'est le fait de faire un bout de chemin dans le temps avec eux donc si c'est un interne qui passe, qui change, ce n'est pas intéressant. Si c'est de la médecine humanitaire pourquoi pas mais si c'est de la médecine qui devient une médecine de famille, je ne sais pas si ça serait agréable pour les gens d'avoir affaire à des internes qui changent tout le temps, je crois qu'ils n'apprécieraient pas du tout. Pour moi, ce serait dans les zones à mi-chemin entre deux cabinets.

Quels moyens humains, matériels, financiers seraient nécessaires pour le bon fonctionnement du bus, selon vous ?

Les moyens humains, il faudrait trouver un médecin qui voudrait s'engager pour un temps conséquent. Si c'est un interne qui change tous les quatre mois, à mon avis ça ne sera pas intéressant pour les gens, ça sera beaucoup trop changeant et non repérant. Par contre si c'est quelqu'un qui s'engage pour trois, quatre ans, pour quelque chose de suivi, pourquoi pas. Il serait intéressant qu'il y ait une assistante pour tout ce qui est débrouillage administratif.

L'assistant médical, ce qui intéressant c'est qu'il débrouille les consultations, il fait gagner du temps, c'est mon cas au cabinet, c'est l'assistant médical qui prend les tensions, ça m'évite de le faire moi-même et ça me gagne du temps pour les consultations mais pour une consultation comme ça il faudrait voir si beaucoup de gens adhèrent, viennent, il faut tenter l'expérience. A priori est-ce qu'il y aurait beaucoup de monde au pas ? Je ne sais pas. On n'est pas dans la brousse africaine, moi j'ai fait de la médecine comme ça, dans des dispensaires en Afrique, on débarquait en avion sur de petites pistes pourries. Si ce n'était pas nous, il ne voyait pas de médecin de leur vie. Du coup on avait la queue aux dispensaires tous les jours.

J'ai un petit questionnaire par rapport au fait que les gens qui ont encore la possibilité de se véhiculer dans les communautés de communes comme les nôtres. Par exemple, pour les personnes âgées, ils ont le transport payé par la communauté de communes, ils peuvent prendre un taxi gratuitement pour venir nous voir. Du coup, ils ont quand même des moyens pour se rendre au cabinet. Le seul problème, c'est que le cabinet n'était pas toujours très disponible pour les recevoir rapidement mais est-ce que cela les orienterait plus vers le bus itinérant. Sachant que le bus ne viendrait qu'une fois par mois, une fois tous les X temps, je ne sais pas trop. Je pense que c'est une expérience qui est intéressante à tenter mais je me demande si on est assez en détresse pour que ça marche.

Sur le plan matériel, tout dépend de comment le bus fonctionnera, si on fait des consultations d'appoint, pour des gens qui sont déjà suivis ailleurs, pour pouvoir communiquer la consultation au médecin traitant, pour travailler en collaboration avec celui-ci, un peu comme quand un spécialiste voit quelqu'un ou quand un service d'urgence voit quelqu'un, il envoie un courrier à son médecin traitant. Je pense que ce serait une bonne manière de le faire accepter par les gens et par les médecins. Le logiciel connecté sera intéressant mais à condition d'avoir les mêmes logiciels, tout le monde n'est pas sur les mêmes logiciels, on ne pourra pas accéder comme ça aux logiciels des médecins, je ne m'y connais pas assez pour répondre. Il faudrait du matériel d'urgence pour faire des sutures, de la petite chirurgie, de la médecine de base, pas plus que dans un cabinet habituel.

Ce projet pourrait peut-être être financé par les communautés de communes qui seraient vraiment en grosse difficulté. Le projet est original, c'est un peu sympa l'histoire du bus qui sillonne mais en même temps, est-ce que ça ne serait pas plus facile pour les communes qui sont en grandes difficultés de recrutement de faire des cabines de télémédecine ? Les gens

viennent là où il n'y a pas de médecins, dans une cabine de télémédecine et il y a un médecin qui au bout du fil peut les consulter par un tiers infirmier. On perd par contre ce côté humain, ça n'a rien à voir avec une consultation classique, c'est amputé d'une dimension indispensable de contact.

Quelle serait selon vous les freins à ce dispositif ?

En premier lieu, le recrutement des médecins. C'est déjà difficile de recruter dans des cabinets, dans de bonnes conditions. Dans un bus, je ne sais pas, à moins d'avoir l'âme très poète. Un autre frein serait le financement, qui paye le bus ? Ça ne serait pas les patients, je suppose. Ça pourrait être financé par la CPAM dans le sens où ils pourraient avoir des consultations payantes, en tout cas rémunéré par la sécurité sociale puisqu'elles sont faites par un médecin pour des gens qui sont à 100 % ou en CMU.

Mais aussi l'adhésion des patients au dispositif pourrait être difficile.

Si ça ne marche pas que proposez-vous ?

Ce qu'on essaie de faire dans la Lozère c'est qu'on essaie de promouvoir avec l'ALUMPS par exemple, avec d'autres associations, l'attractivité du département pour faire venir de jeunes médecins. Ça marche, il y a pas mal de jeunes médecins qui arrivent en ce moment, qui sont très intéressés par la Lozère. Il y a des dispositifs déjà mis en place, de payer les études des gens, il y a plusieurs médecins qui sont installés parce qu'ils ont une bourse d'études pendant deux, trois ans ou même quatre, cinq ans. Mais les difficultés de recrutement de médecins partout y compris dans les grandes villes. À Paris, il y a des patients qui n'ont pas de médecin traitant.

Questionnaire Dr (Données anonymées pour mise en ligne)

Alors je me présente, je m'appelle HOU Philippe, j'ai 30 ans, j'ai fait mon externat de médecine à Paris VI Pitié-Salpêtrière et mon internat au CHU de Montpellier. Je termine actuellement mes études de médecine générale mon sujet de thèse : Camion médicalisé itinérant dans les régions à faible densité médicale, études dans les Cévennes.

Alors, comment vous appelez-vous ?

(Données
anonymisées pour
mise en ligne)

Quel est votre métier ?

Médecin généraliste.

Quel âge avez-vous ?

29 ans.

Depuis quand êtes-vous installés ?

Un an.

Où exercez-vous ?

Au Pont-de-Montvert, en Lozère, dans une maison de santé pluri professionnelle et multi-site, avec trois médecins.

Quels sont vos horaires en moyenne ?

De 9 heures à 19 heures.

Combien de jours par semaine travaillez-vous ?

Quatre jours par semaine.

Que pensez-vous de la démographie médicale de votre région ?

Elle est sous dense (rires), pas sur mon village particulièrement mais très clairement pour être de garde sur le secteur de Florac, il y a un manque cruel et progressiste de médecins et de paramédicaux d'ailleurs. Si on prend le secteur de permanence de soins, ils étaient cinq, maintenant ils ne sont plus que deux, je dirais qu'il en manque trois.

Quels sont les difficultés liées à l'isolement, l'éloignement dans votre pratique professionnelle ?

Sur mon activité à moi, il y a le fait de manquer d'échanges avec mes confrères directs, généralistes et spécialistes. Et après au sujet des patients, c'est vraiment la grande difficulté

pour accéder aux soins secondaires, aller passer une radiographie, aller voir un spécialiste, c'est de suite beaucoup de route, il y a des gens qui ne peuvent pas se déplacer, quand il fait moche, plus personne ne fait rien. Cela m'impacte, du coup tout se réfléchit, et on fait parfois plus de la médecine vétérinaire que de la médecine, ça demande beaucoup de réflexion, d'organisation ; à savoir d'organiser pour un patient plusieurs rendez-vous sur la même journée quand c'est à distance, de prévoir un taxi, d'arriver à motiver un patient à aller voir le spécialiste, d'aller le revoir quand celui-ci le demande. De faire des examens d'imageries, des prises de sang compliquées qui ne se font pas à domicile. On ferait moins que ce qu'on ferait en ville, clairement. En ville on va plus facilement demander un avis, on va plus facilement faire une imagerie.

Alors avez-vous déjà entendu parler d'un projet de bus ou de camion médicalisé itinérant ?

Oui, j'avais vu un reportage d'une dame qui faisait ça, mais je ne sais plus si c'était vraiment un camion ambulancier, il me semblait que c'était un camping-car. Mais sinon on a un camion de dépistage de diabète qui vient faire des fonds d'œil.

Ok, très bien, alors je vous présente mon projet. Je souhaiterais créer un camion avec au minimum, un médecin généraliste, et tout le matériel nécessaire pour en faire un cabinet ambulancier mais connecté. Ce camion a pour vocation de s'installer le temps d'une demi-journée dans un village sous médicalisé, de façon régulière, afin d'y réaliser des consultations de médecine générale. Il ne se substitue pas au cabinet fixe, et n'a pas vocation à lui faire de la concurrence.

On pourrait penser que ce camion a pour but de faire de la médecine foraine, mais ce n'est pas le cas. S'il se réalise, ce projet aura un programme géographique de consultation bien défini, de façon régulière et fixe.

Le code de santé publique a revu sa loi sur la médecine foraine et autorise ce genre d'exercice depuis le décret du 7 mai 2012.

Pour le moment, il n'y a pas de projet similaire, de consultation de médecine générale de façon ambulante en France, seulement de la médecine préventive.

Après cette présentation, comment selon vous le bus médicalisé pourrait vous aider dans votre pratique ?

Je trouve l'idée intéressante, pas forcément immédiatement sur mon secteur dans la mesure où nous n'avons pas de villages très reculés. Moi je suis déjà sur un petit village donc les hameaux loins sont déjà proches. À l'époque il n'y avait pas de médecins sur Le Pont-de-Montvert, y en avait un sur Florac, les hameaux d'ici étaient très mal desservis. Mais moi là, sur le secteur, je pense sincèrement que pour les soins, on couvre la zone, après ça reste tout à fait valable sur des secteurs comme les Cévennes. Quand je suis en permanence de soins, ça m'arrive fréquemment d'avoir des patients qui font plus d'une heure de route pour voir un médecin généraliste donc quand c'est des jeunes en bonne santé, oui, quand c'est des plus âgés je pense qu'ils ne font pas la route. Il y a vraiment des zones qui sont actuellement reculées et les gens ont fait le choix en connaissance de cause, ils sont prêts à faire beaucoup de route pour voir un médecin généraliste, c'est vrai que c'est discutable, que ça pourrait être amélioré. Honnêtement Je ne pense pas être un bon exemple, parce que je suis sur un territoire où en est très légèrement excédentaire donc j'arrive à suivre très correctement tous mes patients, donc je n'ai pas des patients qui sont abandonnés si je peux dire. Et mon secteur est relativement étroit donc je ne sais pas comment le camion pourrait m'aider.

Quels moyens humains, matériels, financiers seraient nécessaires pour le bon fonctionnement du bus médicalisé selon vous ?

Humain, c'est la présence médicale mais je pense qu'il faut une personne référente et non pas plusieurs personnes différentes, quoi qu'avec le dossier partagé, je ne sais pas, je retire.

En tout cas une présence médicale systématique, et pas juste une infirmière de pratiques avancées, vraiment la présence médicale. La présence de l'infirmière en plus n'est pas systématique, si c'est pour aller sur de tout petits secteurs il y aura spontanément non plus pas beaucoup de monde, je pense donc que le médecin pourra s'organiser seul. Après si c'est pour venir faire une demi-journée à Florac parce qu'ils sont débordés ce n'est pas une infirmière qu'il faudrait mais plutôt deux (rires). Je pense que ça dépend des secteurs mais à faible géographie, sur un petit secteur, tout dépend de la quantité de patients qui est attendue sur la demi-journée. S'il y a beaucoup de patients, on peut envisager, ce qui est déjà en place avec les assistants médicaux mais du coup c'est plus un bus mais un grand bus qu'il faut avec

une préparation des patients préalables, pré remplissage des dossiers, prise des constantes. S'il y a du monde qui est attendue, parce que là, le médecin sera débordé donc oui.

Sur les moyens techniques effectivement la connectivité Internet pour que ce soit des dossiers accessibles partout, l'accès aux connaissances, aux recommandations, etc. En plus du matériel classique, un ECG. Après, c'est peut-être plus de la prévention, tel une spirométrie ce n'est peut-être pas dans l'idée initiale du projet. Je dirais spontanément ce qu'on a nous, en cabinet en étant isolée, le matériel de base plus un ECG.

Sur le plan financier je ne maîtrise pas du tout, j'imagine que les villages dans lequel il passerait, auraient tout intérêt mais de là, à dire que ce soit la commune ou le département ou les mairies qui payent, je pense que ce n'est pas possible. Ce serait des financements ARS lié à l'obligation d'accès aux soins, aux arrêtés énoncés du type avoir accès à un médecin généraliste sous temps. Éventuellement avec une mise à disposition d'un local par les collectivités pour avoir un peu plus de place pour une salle d'attente par exemple et puis aux collectivités de faire de l'information pour que le camion ne vienne pas à vide.

Quel serait selon vous les freins à ce dispositif ?

Le fait que le passage soit certes régulier mais espacé. En médecine générale, on fait du suivi mais on se fait aussi de l'urgence généraliste donc dans ces zones-là, si ça tombe le jour où le camion est là tant mieux, si ça ne tombe pas tant pis. Donc c'est vraiment le côté présence permanente qui pose un souci, éventuellement que ce ne soit pas toujours le même médecin, le médecin traitant, le but n'est pas de le substituer. Est-ce que les gens adhèreraient à avoir un suivi conjoint, associé sur certains éléments ? Et aussi la compréhension du dispositif par les patients ? À moins d'avoir des lignes claires sur ce qui est pris en charge par ce dispositif, et ce qui relève du médecin traitant, il y aurait possibilité de flou. Et dernier point, faire le lien avec le médecin traitant.

Si ça ne marche pas que proposez-vous ?

Comme alternative ? (Rires) De faire venir des jeunes médecins à s'installer. Sur des gros secteurs tels que Florac, je pense qu'il faut promouvoir la médecine rurale, éventuellement proposée, ce n'est pas des stages d'immersion, ça se fait déjà avec les stages d'internat, mais c'est une pratique un peu différente éventuellement mettre en avant le dispositif ce qui est essayé par le département, l'association des médecins de Lozère, l'ALUMPS, c'est vraiment

promouvoir une installation fixe des jeunes en équipe pour ne pas se sentir seul isolé dans un secteur mais je n'ai pas d'autres solutions.

Questionnaire Dr (Données anonymées pour mise en ligne)

Alors je m'appelle Philippe j'ai 30 ans j'ai fait mon externat de médecine à Paris-VI Pitié-Salpêtrière et mon internat au CHU de Montpellier, je termine actuellement mes études de médecine générale.

Alors mon sujet de thèse : camion médicalisé itinérant dans les régions à faible densité médicale, étude dans les Cévennes.

Comment vous appelez-vous ?

(Données anonymées pour mise en ligne)

Quel est votre métier ?

Je suis médecin généraliste.

Quel âge avez-vous ? et depuis quand êtes-vous installée ?

J'ai 40 ans, et je suis installé depuis 10 ans.

D'accord où exercez-vous ?

À Villefort dans la Lozère.

Que pensez-vous de la démographie médicale dans votre région ?

La question est floue (rires). Il en manquerait au moins un ou deux. C'est plus compliqué pour les gardes et les congés, ce n'est pas vraiment une surcharge mais surtout pour les gardes et les congés.

Quelles sont les difficultés liées à l'isolement l'éloignement dans votre pratique professionnelle ?

Je dirais, gérer le transport, c'est ça le plus compliqué que ce soit une urgence ou pas, il faut toujours trouver une solution pour que le patient arrive jusqu'au spécialiste. Hormis le transport, pas de problème particulier, on a un bon réseau donc ça va.

Avez-vous déjà entendu parler d'un projet de bus ou de camions médicalisés itinérants ?

Oui dans le cadre du diabète, le suivi du diabète en Ardèche je ne sais pas si c'est la même chose.

Alors je vous présente mon projet. Je souhaiterais créer un camion avec au minimum, un médecin généraliste, et tout le matériel nécessaire pour en faire un cabinet ambulancier mais connecté. Ce camion a pour vocation de s'installer le temps d'une demi-journée dans un village sous médicalisé, de façon régulière, afin d'y réaliser des consultations de médecine générale. Il ne se substitue pas au cabinet fixe, et n'a pas vocation à lui faire de la concurrence. On pourrait penser que ce camion a pour but de faire de la médecine foraine, mais ce n'est pas le cas. S'il se réalise, ce projet aura un programme géographique de consultation bien défini, de façon régulière et fixe.

Le code de santé publique a revu sa loi sur la médecine foraine et autorise ce genre d'exercice depuis le décret du 7 mai 2012.

Pour le moment, il n'y a pas de projet similaire, de consultation de médecine générale de façon ambulante en France, seulement de la médecine préventive.

Après cette présentation, comment selon vous, le bus médicalisé pourrait vous aider dans votre pratique ?

Si je comprends bien, le bus serait là pour aller dans les petits villages autour de nous faire des renouvellements d'ordonnance et le contrôle tensionnel et libère du temps pour toutes les urgences et les aléas du quotidien, c'est plutôt pas mal. Il y a des zones où on va moins souvent parce que c'est éloigné, on se déplace pas mal pour l'instant. C'est vrai que ça nous permettrait de nous déplacer encore plus facilement si on avait un médecin de plus mais on ne se déplace pas trop mal, quelque chose de ce style-là permettrait de passer déjà quelques renouvellements et d'avoir peut-être un contrôle une fois de plus sur les trois mois c'est vrai que ça peut être aussi une alternance ou d'améliorer le suivi.

Quels moyens humains matériels et financiers seraient nécessaires pour le bon fonctionnement du bus médicalisé selon vous ?

Financier, je n'en ai aucune idée (rires). Le financement, l'ARS, je pense que c'est quelque chose qui doit être financé par la sécurité sociale et l'ARS.

Au niveau humain, oui, un médecin généraliste, après je pense que c'est itinérant, c'est la difficulté pour trouver un médecin généraliste, peut-être dans le cadre des études. Même avec un interne, il faut qu'il soit en lien avec le médecin, ça peut être pas mal. Les fins de stage, les SASPAS, ça peut être même une bonne idée. Ça leur permettrait de découvrir une médecine différente, c'est notre médecine plus proche des gens, ça permet d'avoir un œil sur eux, ça permet aux stagiaires de se responsabiliser, de sortir vraiment de leur zone de confort avant de se lancer pour de vrai et nous de nous soulager, en sachant qu'il y ait quand même un vrai suivi, c'est très bien. Et c'est plus que les infirmières ASALEE, les infirmières ASALEE peuvent faire plein de trucs mais elles ne vont pas prescrire et elles ont toujours recours aux médecins, si besoin. Ça ne soulage pas forcément une consultation.

En moyens matériels, il faut comme au cabinet, stéthoscope, tout l'équipement de base, les bandelettes urinaires, les streptotests. Parce que le patient qui viendra faire son renouvellement, il aura peut-être aussi des complications, un truc pas prévu. Ce qui me paraît par contre difficile à gérer, c'est les gens qui vont venir, pour un vertige, pour d'autre chose qu'un renouvellement. Il faut évidemment la connexion (internet), le téléphone.

Quelle serait selon vous les freins à ce dispositif ?

Le coût que ça peut avoir, il faut trouver les financements. Le fait de trouver le médecin qui va le faire parce que je peux trouver un interne une fois mais si c'est aléatoire il n'y aura personne qui va adhérer au projet, il faut que nos patients acceptent l'idée. Les patients qui vivent dans des villages reculés, au départ il faut leur dire qu'il y a un bus qui va venir, vous n'allez pas voir votre médecin traitant, ce n'est pas dit qu'ils y aillent tout de suite. (Rires). C'est déjà mon avis, ces trois premiers freins. Après si c'est en lien avec le médecin traitant, il aura le dossier et on est au bout du fil et c'est peut-être pas mal.

Si on vous le propose, est-ce que vous participerez une demie journée par semaine à ce projet-là ?

Sincèrement, Je ne sais pas, parce que si c'est moi, ça ne me libère pas de temps pour mes patients. Du coup je ne suis pas sûr que l'itinérance ce soit ce que je cherche. Il faudrait y réfléchir pour voir si ça peut apporter pour les patients je le ferai, si je ne vois pas d'apport je ne le ferai pas.

Questionnaire Dr [Données anonymées pour mise en ligne]

Alors je me présente, je m'appelle HOU Philippe, j'ai 30 ans, j'ai fait mon externat de médecine à Paris VI Pitié-Salpêtrière et mon internat au CHU de Montpellier. Je termine actuellement mes études de médecine générale mon sujet de thèse : Camion médicalisé itinérant dans les régions à faible densité médicale, études dans les Cévennes.

Alors, comment vous appelez-vous ?

[Données anonymées pour mise en ligne]

Quel est votre métier ?

Médecin généraliste.

Quel âge avez-vous ?

47 ans.

Depuis quand êtes-vous installées ?

Depuis 2003.

Où exercez-vous ?

À la Grande Combe dans le Gard.

Quels sont vos horaires en moyenne ?

9 heures - 17 heures.

Combien de jours par semaine travaillez-vous ?

Quatre jours par semaine, un samedi matin sur deux et un mercredi matin par mois donc quatre jours et demi par semaine.

Que pensez-vous de la démographie médicale de votre région ?

Depuis que je suis installée, depuis 17 ans, elle s'est grandement détériorée on est passé de douze médecins à trois médecins il y a de nouveaux médecins qui vont arriver prochainement, mais il manque cruellement de médecins dans notre secteur.

Quels sont les difficultés liées à l'isolement, l'éloignement dans votre pratique professionnelle ?

Là où je suis installée, je ne me sens pas vraiment isolée, on n'est quand même pas très loin du CH d'Alès, à 15 minutes de voiture, je ne sens pas tant d'isolement que ça, on n'est pas dans la grande campagne. Au niveau des spécialistes pareils, sur Alès, on a un grand plateau technique, les accès aux spécialistes sont assez faciles, d'autant plus qu'on est malgré tout en campagne, on peut les joindre très facilement par téléphone, je ne me sens pas isolée dans ce sens-là.

Avez-vous déjà entendu parler d'un projet de bus ou de camions médicalisés itinérants ?

Non, le projet Avicenne me dit quelque chose sans plus, j'ai entendu parler du programme de dépistage du diabète, Diabsat. Ils sont passés en 2019 et c'était la première fois que j'étais au courant qu'il passait dans le village mais apparemment ils étaient déjà passés une fois, il y a plusieurs années. De ce que j'ai compris, il ne pouvait pas passer toutes les années au même endroit.

Qu'en pensez-vous ?

Je pense que c'est très bien, mais pour que ce soit efficace, il faudrait que ce soit suffisamment préparé en amont et que ce soit répété. C'était bien pour faire un dépistage mais c'était très ponctuel et s'il n'y a rien derrière, ce n'est pas très efficace.

Ok, très bien, alors je vous présente mon projet. Je souhaiterai créer un camion avec au minimum, un médecin généraliste, et tout le matériel nécessaire pour en faire un cabinet ambulancier mais connecté. Ce camion a pour vocation de s'installer le temps d'une demi-

journée dans un village sous médicalisé, de façon régulière, afin d'y réaliser des consultations de médecine générale. Il ne se substitue pas au cabinet fixe, et n'a pas vocation à lui faire de la concurrence.

On pourrait penser que ce camion a pour but de faire de la médecine foraine, mais ce n'est pas le cas. S'il se réalise, ce projet aura un programme géographique de consultation bien défini, de façon régulière et fixe.

Le code de santé publique a revu sa loi sur la médecine foraine et autorise ce genre d'exercice depuis le décret du 7 mai 2012.

Pour le moment, il n'y a pas de projet similaire, de consultation de médecine générale de façon ambulante en France, seulement de la médecine préventive.

Après cette présentation, comment selon vous le bus médicalisé pourrait vous aider dans votre pratique ?

Je le verrai en complément de notre activité, parce qu'effectivement sur notre territoire il y a quand même des patients qui n'ont pas de médecin traitant et ça permettrait de prendre en charge ces patients qui sont seuls et qui errent de cabinet en cabinet. En fonction de nos disponibilités à nous, si on peut les recevoir, ce n'est jamais quand ils ont besoin que nous sommes disponibles donc je pense que ce dispositif pourrait être une structure complémentaire au cabinet.

Quels moyens humains matériels et financiers seraient nécessaires pour le bon fonctionnement du bus selon vous ?

Humain, ce serait au minimum un médecin qui puisse venir se positionner.

Matériel, c'est tout ce qu'on a dans notre cabinet, qu'on puisse être capable de faire une consultation classique de médecine générale, que ce soit une suture, que ce soit un frottis, que ce soit la consultation de base, de renouvellement de traitement, prendre la tension artérielle, le poids, mesurer, la consultation pour les petits, la pesée.

En moyen financier, bonne question, je ne sais pas, l'ARS, puisqu'il nous serve à pas mal de choses pour financer des trucs quand ils sont d'accords (rires). Les communes éventuellement, puisque les communes sont très impliquées dans la prise en charge médicale de leurs administrés, peut-être que certaines communes seraient à même de participer à cette structure. Elles pourraient également fournir une salle, fournir le courant. Je suis même sûr

qu'il y a des communes qui sont prêtes à mettre de l'argent dans un bus, participer s'il y a une consultation régulière qui se fait sur leur territoire. Je pense aussi aux agglomérations, la région, au département.

Quelle serait selon vous des freins à ce dispositif ?

Trouver le professionnel de santé à mettre dans le camion, je pense que ça pourrait être un médecin qui ne ferait que ça, ça peut être aussi un médecin qui fait ça plus autre chose, par exemple, les remplaçants, les SASPAS, sous supervision de leur maître de stage qui doit être joignable et mobilisable, qui n'ont pas de cabinet fixe. Pour moi ça ne peut pas être quelqu'un qui est installé parce que la difficulté c'est que les médecins qui sont installés, ont déjà suffisamment de travail dans leur propre cabinet. C'est compliqué de quitter notre cabinet pour aller dans un camion faire des consultations sur une autre localité. Pour moi ça ne peut être que quelqu'un qui n'est pas installé. Au niveau de la population, comme toute chose nouvelle au départ, ça risque d'interpeller, de poser des questions mais sinon je ne pense pas qu'il y ait des soucis, pour tous les gens qui n'ont pas de médecin traitant, ils seraient très contents d'avoir ce genre de consultation à disposition.

Si ce projet ne se réalise pas, que proposez-vous ?

Je ne sais pas, tant qu'on n'aura pas plus de médecins qui s'installent, je ne pense pas que ça soit de notre ressort, c'est une décision gouvernementale pour inciter à l'installation des jeunes médecins. Au début quand je me suis installée, il y a 18 ans, on cherchait des cabinets de groupe, on ne voulait plus s'installer tout seul. Le temps que je m'installe, que la patientèle soit bien établie, que mes associés qui étaient plus âgés que moi partent à la retraite, on s'est rendu compte que les jeunes médecins ne cherchaient plus spécialement des cabinets de groupe mais plutôt des maisons de santé en regroupement pluri professionnelle et plus qu'uni professionnel. On se rend compte que c'est quand même très difficile de trouver des associés donc je ne sais pas ce qui peut inciter les jeunes médecins à s'installer, je n'ai pas d'autres solutions je pense que c'est une histoire d'opportunité et de rencontres qui permettraient la décision de l'installation

Questionnaire (Données anonymées pour mise en ligne)

Alors je me présente, je m'appelle HOU Philippe, j'ai 30 ans, j'ai fait mon externat de médecine à Paris VI Pitié-Salpêtrière et mon internat au CHU de Montpellier. Je termine actuellement mes études de médecine générale mon sujet de thèse : Camion médicalisé itinérant dans les régions à faible densité médicale, études dans les Cévennes.

Quel est votre métier ?

Médecin généraliste.

Quel âge avez-vous ?

Soixante-deux ans.

Depuis quand êtes-vous installée ?

1988.

Où exercez-vous ?

En cabinet médical rural, toute seule.

Quels sont vos horaires en moyenne ?

En moyenne, huit à dix heures par jour. De 8h à 20h.

Combien de jours par semaine travaillez-vous ?

Cinq jours par semaine.

Que pensez-vous de la démographie médicale de votre région ?

Elle est conservée, elle est encore assez bonne. Je pense qu'on est encore assez bien gâté pour le nombre de médecins et tout ça.

Quels sont les difficultés liées à l'isolement l'éloignement dans votre pratique professionnelle ?

Les difficultés de transport déjà, principalement. Pour les moyens d'ambulance, ce n'est pas toujours évident, voilà.

Des difficultés après ? Non, pour avoir des rendez-vous... C'est surtout l'éloignement du centre, de Montpellier. L'éloignement. Après ça va. Et puis moi bon, la distance des visites parfois. Vu qu'elles ne sont pas nombreuses mais voilà, de temps en temps.

Avez-vous déjà entendu parler d'un projet de bus médicalisé itinérant ?

Non, je n'ai jamais entendu parler de ça. Sauf par toi, dans ta thèse mais non.

Ok, très bien, alors je vous présente mon projet. Je souhaiterais créer un camion avec au minimum, un médecin généraliste, et tout le matériel nécessaire pour en faire un cabinet ambulancier mais connecté. Ce camion a pour vocation de s'installer le temps d'une demi-journée dans un village sous médicalisé, de façon régulière, afin d'y réaliser des consultations de médecine générale. Il ne se substitue pas au cabinet fixe, et n'a pas vocation à lui faire de la concurrence.

On pourrait penser que ce camion a pour but de faire de la médecine foraine, mais ce n'est pas le cas. S'il se réalise, ce projet aura un programme géographique de consultation bien défini, de façon régulière et fixe.

Le code de santé publique a revu sa loi sur la médecine foraine et autorise ce genre d'exercice depuis le décret du 7 mai 2012.

Pour le moment, il n'y a pas de projet similaire, de consultation de médecine générale de façon ambulante en France, seulement de la médecine préventive.

Après cette présentation, comment selon vous le bus médicalisé pourrait vous aider dans votre pratique ?

Peut-être en soulageant certaines visites, pour les villages isolés comme moi, pour aller à Ceilles tous les mardis, si le bus allait à Ceilles tous les mardis. Au moins une fois par semaine, ça pourrait déjà donner une après-midi de congé en plus. Ça pourrait augmenter un peu notre temps libre. Après, ça pourrait permettre aux gens qui n'ont pas de voiture de consulter sur place sans qu'on ne soit obligé de faire des visites.

Quels moyens humains matériels et financiers seraient nécessaires pour le bon fonctionnement du bus selon vous ?

Il faudrait donc un médecin généraliste. Éventuellement, on pourrait... Quoi que, on pourrait le faire aussi... Imaginer qu'il fasse des prises de sang, s'il passait le matin à certains endroits pour éviter les gens d'aller au laboratoire. Mais bon, quoi que non, ce n'est pas indispensable parce que les infirmières se déplacent bien à domicile. Ce serait un autre problème si les infirmières ont trop de travail ou pas.

Juste le matériel d'un médecin généraliste classique, plus peut-être un électrocardiogramme, puis le nécessaire pour des pansements, des choses comme ça, des sutures.

On pourrait imaginer que c'est le médecin généraliste. C'est son cabinet. Comme les coiffeurs à domicile, il pourrait financer son cabinet.

Donc plutôt un financement personnel ?

Personnel oui. Pas public forcément. C'est-à-dire que tout dépend du kilométrage et tout... Enfin, c'est comme un médecin qui achète son cabinet, qui prend un cabinet, soit il le loue soit il l'achète. Ce sera un peu pareil pour moi. Ça restera de la médecine privée.

Après, on peut imaginer aussi que ce soit quelqu'un qui soit salarié, et puis que ce soit l'état qui lui paye son salaire, son bus et voilà. Les deux sont imaginables.

Quelle serait selon vous les freins ce dispositif ?

C'est un peu l'organisation. Peut-être le fait que certains patients auraient des difficultés à avoir deux médecins traitants, plus ce médecin qui passe à domicile. Il faut une bonne coordination avec les autres médecins quoi. Sauf si c'est un médecin généraliste qui décide de ne pas s'installer au cabinet, ou qui s'installe au cabinet mais qui deux jours par semaine, fait ça avec son petit camion. Ou trois jours. Ça pourrait être aussi ça.

Et sinon, l'adhésion de la population, oui.

Si ce projet ne se réalise pas que proposez-vous ?

Dans les zones sous médicalisées, moi je pense qu'il faudrait peut-être un peu comme l'a dit le gouvernement, obliger les médecins à faire un an ou deux ans dans des zones sous médicalisées. Mais enfin, c'est pareil. Peut-être qu'ils s'y plairaient et qu'ils resteraient... Enfin, je ne sais pas. Après, il n'y a pas trop de chose...

Questionnaire

(Données anonymées pour mise en ligne)

j'ai fait mon externat de médecine à Paris VI Pitié-Salpêtrière et mon internat au CHU de Montpellier. Je termine actuellement mes études de médecine générale mon sujet de thèse : Camion médicalisé itinérant dans les régions à faible densité médicale, études dans les Cévennes.

Comment vous appelez-vous ?

(Données anonymées pour mise en ligne)

Quel est votre métier ?

Médecin généraliste.

Quel âge avez-vous ? Depuis quand êtes-vous installés ?

Mon âge, c'est 63 ans je suis installé depuis 1983 en Belgique et depuis 2009 en France.

Où exercez-vous ?

À Chamborigaud dans le Gard et je travaille aussi sur Le Pont-de-Montvert en Lozère

Quelles sont vos horaires en moyenne ?

Alors en moyenne je fais de 8h du matin jusqu'à fin de matinée, les maisons de retraite et puis l'après-midi à partir de 13 heures jusqu'à 19 heures, sur rendez-vous, en consultation au cabinet, plus les urgences en fin de journée donc parfois ça va jusqu'à 21h00, 21h30. Cela cinq jours sur sept sauf les week-end où je suis de garde, ça fait non-stop.

Que pensez-vous de la démographie médicale dans la région ?

On est un peu sous médicalisé, on aurait besoin d'avoir un peu plus de présence médicale puisque depuis déjà trois ans, le médecin du village d'à côté étant décédé, il n'y a plus de médecins sur ce village là et que sur les villages aux alentours il y a eu beaucoup de départ en retraite donc que la population se demande où aller, où rencontrer des médecins.

Quelles sont les difficultés liées à l'isolement, l'éloignement dans votre pratique professionnelle ?

C'est une surcharge de travail en temps, en stress, parce qu'il y a toujours des appels en supplément, des urgences qu'il faut gérer au fur et à mesure de la journée et donc c'est effectivement une surcharge de travail avec des difficultés de faire de la prévention médicale puisqu'on est plus dans le réactif que dans la prévention.

Avez-vous déjà entendu parler d'un projet de bus ou de camion médicalisé itinérant ?

Alors le seul camion itinérant dont j'ai entendu parler et qui existe dans la région, c'est un camion sur la Lozère, Avicenne, qui fait principalement de la prévention et pas de thérapeutique et donc ils font du dépistage notamment ils ont fait le Fibroscan pour détecter l'élasticité du foie.

Ok, très bien, alors je vous présente mon projet. Je souhaiterai créer un camion avec au minimum, un médecin généraliste, et tout le matériel nécessaire pour en faire un cabinet ambulancier mais connecté. Ce camion a pour vocation de s'installer le temps d'une demi-journée dans un village sous médicalisé, de façon régulière, afin d'y réaliser des consultations de médecine générale. Il ne se substitue pas au cabinet fixe, et n'a pas vocation à lui faire de la concurrence.

On pourrait penser que ce camion a pour but de faire de la médecine foraine, mais ce n'est pas le cas. S'il se réalise, ce projet aura un programme géographique de consultation bien défini, de façon régulière et fixe.

Le code de santé publique a revu sa loi sur la médecine foraine et autorise ce genre d'exercice depuis le décret du 7 mai 2012.

Pour le moment, il n'y a pas de projet similaire, de consultation de médecine générale de façon ambulante en France, seulement de la médecine préventive.

Après cette présentation, comment selon vous le bus médicalisé pourrait vous aider dans votre pratique ?

Donc c'est un bus si j'ai bien compris qui pourrait faire la médecine générale c'est-à-dire du suivi de patients, de la prescription d'ordonnance, du programmé probablement pour des suivis des bilans sanguins pour les patients chroniques et donc que ça pourrait être une aide

importante en dégageant un peu les cabinets et de permettre au médecin d'avoir une vie un peu plus cool et surtout peut-être d'avoir un peu plus facilement au cabinet, les suivis de chroniques et préventifs.

Quels moyens humains matériels et financiers seraient nécessaires pour le bon fonctionnement du bus, selon vous ?

Alors au niveau humain, je pense qu'il faudrait au moins un médecin généraliste accompagné d'un aide médical, les nouveaux trucs mis en place par la sécurité sociale ou une infirmière. Et au niveau technique et matériel technique, il faudra un camion équipé d'un ordinateur avec un accès à un logiciel hébergé sur internet de type WEDA® que j'utilise ainsi il pourrait avoir un partage entre le médecin qui utilise ce logiciel et les médecins en cabinet.

Au niveau financier, je pense que pour tout ce qui est technique, camion et matériels, il faudrait que ce soit financé par les autorités tel que l'ARS et que pour le reste pour le travail du médecin et du personnel que ce soit plutôt en activité libérale ou alors discuter d'une activité salariée, ça c'est à voir entre les différentes personnes.

Quel serait selon vous les freins à ce dispositif ?

Dans un premier temps, le frein ce serait peut-être une défiance de la population qui a surtout dans nos régions, qui a tendance à avoir des difficultés à s'adapter à des nouveautés mais je pense qu'après un passage et une mise en place régulière. S'il n'y a pas de couac et d'absence, la confiance va monter surtout si le patient se rend compte qu'il y a une collaboration entre ce type de camion et les médecins généralistes avec lesquels on a l'habitude de travailler.

Si ce projet ne se réalise pas, que proposez-vous ?

Par rapport à l'essai de comblement de déserts médicaux, il y a les fameuses maisons de santé. D'expérience, ce n'est pas ce qui apporte facilement l'arrivée de jeunes médecins dans la région puisque moi je fais partie d'une de maison de santé et je suis sur une création d'une autre maison de santé et donc qu'est-ce qui pourrait combler d'autres ? Je ne vois pas trop là, moi je pense que c'est vraiment une bonne solution, une bonne étude.

D'accord très bien je vous remercie.

Alors avez-vous quelque chose à rajouter ?

Oui, ici sur le cabinet de Chamborigaud, depuis un peu moins d'un an, on a une collaboration avec une infirmière ASALEE qui travaille un jour par semaine pour moi et un jour par semaine pour mon collègue. Cette infirmière ASALEE, nous aide déjà dans la prévention et dans le suivi de certains patients chroniques. C'est le tout début, ça commence à s'organiser et ça peut aussi être intéressant, c'est une technique d'approche par rapport à diminuer notre charge de travail c'est vraiment le tout début et je pense qu'il n'y a pas d'opposition entre un camion circulant et ce type d'activité parce que l'infirmière ASALEE est au cabinet.

Questionnaire (Données anonymées pour mise en ligne)

Alors je me présente, je m'appelle HOU Philippe, j'ai 30 ans, j'ai fait mon externat de médecine à Paris VI Pitié-Salpêtrière et mon internat au CHU de Montpellier. Je termine actuellement mes études de médecine générale mon sujet de thèse : Camion médicalisé itinérant dans les régions à faible densité médicale, études dans les Cévennes.

Quel est votre métier ?

Je suis médecin spécialiste en médecine générale.

Quel âge avez-vous ?

J'ai 31 ans.

Depuis quand êtes-vous installé ?

Ça fait un petit peu moins de 18 mois.

Où exercez-vous ?

C'est un cabinet seul, initialement avec un projet d'avoir un interne et en milieu rural.

Quels sont vos horaires en moyenne ?

Mes horaires moyennes, je travaille que l'après-midi et le matin je fais les domiciles. Donc au cabinet je suis présent de 13 heures à 20 heures au moins et voir plus si besoin et le matin je fais trois quatre domiciles à chaque fois et je suis ouvert le samedi matin.

Ça fait environ un volume d'une soixantaine d'heures par semaine à peu près, un petit peu moins en fonction des semaines.

Combien de jours par semaine travaillez-vous ?

Donc je travaille cinq jours et demi par semaine.

Est-ce que vous avez des gardes de nuit ?

Oui, on se met sur le planning de garde quand il y a besoin. Et là je suis en train de mettre en place avec le pharmacien quand on est de garde, qu'il m'appelle sur le téléphone portable quand il y a besoin. Comme ça, c'est en réseau local on va dire.

Que pensez-vous de la démographie médicale de votre région ?

Alors, à plusieurs points de vue c'est compliqué. Au niveau paramédical, c'est très compliqué. Pour avoir une infirmière disponible rapidement, avoir la rééducation avec les kinésithérapeutes aussi c'est très compliqué. Alors après, encore plus paramédical c'est-à-dire les psychomotriciens, tout ça, c'est quasiment impossible. Bon déjà au niveau paramédical c'est compliqué, ensuite au niveau médical, on est très souvent seul, il faut gérer, essayer de renvoyer le moins possible chez le spécialiste. Et quand il faut envoyer, le plus proche, il est à un peu moins d'une heure en voiture.

Je couvre une zone entre cinq et dix kilomètres au maximum. Un médecin de plus ne serait pas de trop parce que, disons que quand je me suis installé, on était plus de médecins généralistes et là il y a eu quelques départs à la retraite et la charge de travail a augmenté ces derniers mois, vraiment fortement.

Quels sont les difficultés liées à l'isolement l'éloignement dans votre pratique professionnelle ?

Ah là c'est ce que je disais tout à l'heure, vis-à-vis des spécialistes c'est très compliqué. Pour faire une radio, même pour faire une biologie, un petit peu en urgence, on y réfléchit à deux fois. On doit gérer le transport parce que souvent c'est des personnes âgées. Pas de voiture, pas de moyen de locomotion. Même des fois, on demande aux voisins, on demande aux amis de les emmener plutôt qu'une ambulance, parce qu'une ambulance c'est aussi très compliqué. Et parfois même, on est obligé de regrouper les spécialistes. C'est-à-dire en

profiter pour voir le cardiologue, l'ophtalmologue, le diabétologue dans la même journée. C'est un peu le marathon. Mais là où on a le plus de difficulté c'est vraiment d'avoir les avis des spécialistes. Parce qu'après, sur les avis en urgence, on a toujours les copains... Enfin je ferme le cabinet et je l'envoie aux copains par téléphone et c'est moins compliqué.

Avez-vous déjà entendu parler d'un projet de bus ou camion médicalisé itinérant ?

Je n'en ai pas entendu parler. J'avais juste entendu parler d'un autre camion, je ne me rappelle plus du nom, qui passait dans les villes.

Dans les Cévennes, il y a un camion qui s'appelle Avicenne, ça vous dit quelque chose ?

Je pense que ça doit être ça que j'avais entendu.

Effectivement, ils font plus du social que des consultations médicales. Et sinon, il y a aussi des camions de dépistage qui peuvent passer de temps en temps, ils ne font que ça.

Ok, très bien, alors je vous présente mon projet. Je souhaiterais créer un camion avec au minimum, un médecin généraliste, et tout le matériel nécessaire pour en faire un cabinet ambulancier mais connecté. Ce camion a pour vocation de s'installer le temps d'une demi-journée dans un village sous médicalisé, de façon régulière, afin d'y réaliser des consultations de médecine générale. Il ne se substitue pas au cabinet fixe, et n'a pas vocation à lui faire de la concurrence.

On pourrait penser que ce camion a pour but de faire de la médecine foraine, mais ce n'est pas le cas. S'il se réalise, ce projet aura un programme géographique de consultation bien défini, de façon régulière et fixe.

Le code de santé publique a revu sa loi sur la médecine foraine et autorise ce genre d'exercice depuis le décret du 7 mai 2012.

Pour le moment, il n'y a pas de projet similaire, de consultation de médecine générale de façon ambulante en France, seulement de la médecine préventive.

Après cette présentation, comment selon vous le bus médicalisé pourrait vous aider dans votre pratique ?

Il pourrait m'aider en fonction de nos besoins, ce serait ça le point important. C'est-à-dire d'une part, faire un dépistage qu'on a rarement le temps de faire au cabinet dans de bonnes

conditions et après, autre chose, ce serait de pouvoir réaliser une biologie, peut-être faire des ECG aux patients ou bien même gérer la communication avec les spécialistes. Organiser tout ce qui est rendez-vous annuel chez le cardiologue ou chez l'ophtalmologue pour les diabétiques pour faire le point, qui est très chronophage au cabinet. C'est un des trucs qui prend le plus de temps, appeler les collègues, organiser tout ça. Bien sûr, ce serait intéressant qu'il y ait une plateforme médicale mais je pense que la plateforme administrative devrait suivre aussi. Alors, peut-être pas sur place mais à côté ; quelqu'un qui répond au téléphone et qui gère les dossiers aussi des patients. Un peu comme une aide complémentaire qui me soulagerait sur tout ce côté-là. La grosse limite, ce serait la régularité. Si c'est juste une fois, ça me paraît compliqué. Une demi-journée, ça me paraît difficile de voir beaucoup de patients en une demi-journée.

Quels moyens humains matériels et financiers seraient nécessaires pour le bon fonctionnement du bus selon vous ?

En moyens humains, on peut avoir un médecin sénior pour le suivi global des patients. Et un médecin junior qui pourrait être un interne ou un SASPAS, quelqu'un qui changerait tous les six mois mais je pense que ce serait une bonne expérience pour l'interne, ce genre de chose. Très formateur de changer de ville, de voir de nouveaux patients, organiser des choses comme ça dans l'urgence sanitaire on va dire, et social parfois.

Après au niveau paramédical, ce serait bien une infirmière et après une plateforme administrative. Alors je ne sais pas sous quelle forme, il faudrait voir en fonction sur la distance. Une sorte de secrétariat pour gérer le transfert des dossiers au médecin traitant, soit par courrier soit par dossier partagé, pour gérer le suivi des patients, éventuellement communiquer les résultats si jamais il y a prise de sang ou bien autre chose, électrocardiogramme. Enfin, pour gérer correctement des dossiers et du suivi.

Au niveau matériel, je mettrais de quoi faire de la prévention de base, vaccination, frottis et de quoi peser et mesurer les enfants qui se présentent au camion. Ensuite, pour les personnes un peu plus âgées, de quoi prélever un électrocardiogramme, et peut être même une spirométrie avec lecture par un spécialiste à distance. A voir, ça serait intéressant aussi parce qu'avec les nouveaux matériels informatiques, la plupart sont connectés à l'ordinateur donc ce serait intéressant de pouvoir en profiter, soit avec l'hôpital rattaché au camion ou bien un cabinet rattaché au camion.

Le financement, c'est la question la plus compliquée parce que c'est sûr que l'ARS va vouloir mettre la main... Enfin je ne sais pas si elle voudrait. Il faudra qu'elle mette la main à la poche pour ça. Ensuite peut être en parler à la région et à l'agglomération de commune, ce serait intéressant aussi parce que les communes mettent de plus en plus d'argent dans des maisons médicales, qui ne sont jamais dépourvues en médecins ou très rarement donc c'est une solution pour ça. Ça me paraît indispensable de prévoir un financement avec de l'argent public. Après avec du privé, ça me paraît compliqué. Dès qu'on parle de dépistage et de liaisons de ville-hôpital liaisons ville-spécialiste, ou ville-ville, ça n'intéresse pas trop le privé en général.

Quelle serait selon vous les freins à ce dispositif ?

Pour moi, le frein ça va être de trouver quelqu'un de régulier, un médecin sénior. Comme je vous le disais, le médecin sénior qui va chapoter le projet. Si jamais il change tous les trois mois, ça me paraît impossible de garder quelque chose de viable sur le projet. Donc c'est pour ça, je pense cette personne-là va être difficile à trouver. Ensuite, le financement sera lui aussi difficile à trouver, parce qu'il y aura quatre personnes à temps plein quasiment. Après avec un interne, un médecin junior, lui payé par la fac donc vis-à-vis du reste ça fait quand même minimum trois personnes à plein temps, plus l'aide administrative. On pourrait peut-être imaginer que les communes fournissent la logistique d'un secrétariat téléphonique ou bien d'une personne dédiée au sein d'une commune mais le moyen financier me paraît être un gros obstacle dans tout ça. Et ensuite, ce sera la régularité, il faut se présenter régulièrement auprès des gens pour qu'ils puissent adhérer au projet, pour qu'ils adhèrent au médecin. Personnellement, j'ai vu des patients qui avaient des réticences à aller voir l'interne, des réticences à aller voir des médecins qu'ils ne connaissaient pas. Après, devant le peu d'accès aux soins, je pense qu'ils n'auront pas le choix. Mais il faut quand même un petit peu de temps, l'affaire de quelques passages évidemment... Avec une régularité encore, je redis le même mot, ça me paraît primordial.

Si ce projet ne se réalise pas, que proposez-vous ?

Ça, c'est compliqué. Moi j'avais en tête des espèces de structures, un peu comme votre camion mais en fixe. Avec un médecin sénior pas forcément sur place et gérer par des internes

entre eux, comme des SASPAS niveau 1, mais en fonction des internes c'est très compliqué, parce que certains sont autonomes, certains ne sont pas du tout autonomes.

Une sorte de cabinet secondaire ?

Exactement, un cabinet qui ferait... Ou plutôt même un dispensaire, sans rendez-vous ou avec des rendez-vous larges et gérer par des internes. Mais je sais que pour beaucoup d'internes, ce serait difficile de gérer ça. Sinon, faire rendre obligatoire un des stages en milieu rural, rajouter des internes en milieu rural.

Questionnaire

(Données anonymées pour mise en ligne)

Alors je me présente, je m'appelle HOU Philippe, j'ai 30 ans, j'ai fait mon externat de médecine à Paris VI Pitié-Salpêtrière et mon internat au CHU de Montpellier. Je termine actuellement mes études de médecine générale mon sujet de thèse : Camion médicalisé itinérant dans les régions à faible densité médicale, études dans les Cévennes.

Comment vous appelez-vous ?

(Données anonymées pour mise en ligne)

Quel est votre métier ?

Médecin généraliste.

Votre âge ?

43 ans.

Et depuis quand êtes-vous installés ?

Janvier 2014.

Où exercez-vous ?

À Villefort, en Lozère.

Quels sont vos horaires en moyenne ?

Le cabinet est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30, on garde toujours la ligne l'une ou l'autre (Données anomysées pour mise en ligne) entre midi et deux. Et après de 14 heures, on fait les visites à domicile jusque vers 16 heures et après 16h à 19 heures les consultations à nouveaux au cabinet. Et on prend une journée par semaine chacune parce qu'il y a encore mon père qui est en activité et qui du coup vient suppléer ces deux jours-là. Ensuite il y a les gardes, le samedi matin, on n'ouvre pas, on passe directement sur l'horaire de garde.

Que pensez-vous de la démographie médicale de votre région ?

Elle est assez disparate, disons dans le département de la Lozère par contre il en manque un petit peu. Dans notre secteur, il manquerait quand même un médecin.

Quels sont les difficultés liées à l'isolement l'éloignement dans votre pratique professionnelle ?

La communication avec les hôpitaux, d'arriver à simplifier, dès qu'on veut joindre un confrère. Mais ça je pense que ce n'est même pas à cause de l'éloignement, c'est de manière générale, je trouve que c'est la plus grosse difficulté, le temps qu'on perd le plus. Après, il y a peu de communication avec les spécialistes ou d'échanges, en tout cas, nous, on ne l'a pas mis en place, d'arriver à avoir des échanges pluridisciplinaires ou en tout cas aussi entre médecins, tout simplement. Ça demanderait une démarche personnelle, c'est aussi parce qu'on ne prend pas le temps. L'éloignement d'une grande ville ne me manque pas (rires), et je n'ai pas l'impression que ça soit quelque chose d'important. Des fois, on se sent un peu seul sur une urgence vraie par exemple et encore. Par exemple l'été, l'hélicoptère est vite là. Il y a un maillage qui s'est mis en place sur le plan médical, je n'ai pas l'impression qu'il y ait de grosse perte de chance à vivre ici par rapport aux grandes villes, comme Paris ou Lyon.

Alors avez-vous déjà entendu parler d'un projet de bus ou de camions médicalisés itinérants ?

C'est des choses qui nous ont traversé l'esprit (rires). On n'a pas de projet mais c'est vrai que tu finis par y penser. Parce qu'il y a pas mal de visites à domicile, parce qu'il y a des secteurs qui sont un peu délaissés, parce que je trouve que la solution cabinet secondaire c'est pas du tout pratique. Et qu'à la limite, autant avoir son camion et circuler, par contre sur un secteur

fixe. À savoir que c'est toujours les mêmes qui passent. Il y a un camion qui était venu pour le diabète, c'est intéressant, mais ça ne s'est produit qu'une fois puis pouf. C'était très ponctuel.

Ok, très bien, alors je vous présente mon projet. Je souhaiterais créer un camion avec au minimum, un médecin généraliste, et tout le matériel nécessaire pour en faire un cabinet ambulancier mais connecté. Ce camion a pour vocation de s'installer le temps d'une demi-journée dans un village sous médicalisé, de façon régulière, afin d'y réaliser des consultations de médecine générale. Il ne se substitue pas au cabinet fixe, et n'a pas vocation à lui faire de la concurrence.

On pourrait penser que ce camion a pour but de faire de la médecine foraine, mais ce n'est pas le cas. S'il se réalise, ce projet aura un programme géographique de consultation bien défini, de façon régulière et fixe.

Le code de santé publique a revu sa loi sur la médecine foraine et autorise ce genre d'exercice depuis le décret du 7 mai 2012.

Pour le moment, il n'y a pas de projet similaire, de consultation de médecine générale de façon ambulante en France, seulement de la médecine préventive.

Après cette présentation, comment selon vous, le bus médicalisé pourrait vous aider dans votre pratique ?

Je réfléchissais en même temps que tu présentais le projet. Moi j'ai peur que ce genre d'interventions ponctuelles, c'est bien mais qu'on en vienne aux mêmes principes, c'est-à-dire qu'on n'aura pas la présence médicale, là où il y en a besoin, quand il y en a besoin. Et tu as dû te rendre compte que l'activité de médecine générale, tu ne sais jamais comment va se passer la journée (rires). Donc c'est bien, dans l'idée, comment ça pourrait permettre de suppléer, c'est compliqué. Moi je verrais plutôt ça : par exemple, tu prends à Villefort, le cabinet médical on le mettrait dans un camion, et tu assumes une activité de médecine générale. Mais c'est pareil, ça va faire le même principe qu'un cabinet secondaire, parce que si tu te retrouves à Genolhac, le lundi, à Malon, le mardi, c'est compliqué comme organisation. J'ai peur que ça fasse un truc où tu as des interventions ponctuelles et après pas de suivi. Et c'est celui qui est sur place qui va devoir assurer le suivi. Il va y avoir des jours où on va se retrouver à trois à Villefort, parfait, mais aussi bien ça va être un jour où on n'est absolument pas sollicité. Et le lendemain on va être débordé quoi, tu vois ce que je veux dire. Autant avoir

un cabinet fixe, et que les gens soient véhiculés jusqu'à ton cabinet. Mais l'idée du camion, c'est sympa parce que tu te balades (rires), c'est comme les visites à domicile, c'est ce côté-là qui est bien, c'est d'aller vers les patients c'est ce qu'on fait dans les visites à domicile. Par contre, l'été tu as un surcroît d'activité, t'as plein de touristes, là il faudrait quelqu'un en plus qui fait toute la partie bobologie, qui vient encombrer la consultation à partir de 16 heures parce qu'ils ont fini la journée, parce qu'ils ont fini de se baigner, parce qu'ils ont mal à la tête, qu'ils ont de la fièvre. Tout ça oui, tu ne sais pas d'où ça vient, mais à la fin de la journée tu en as dix qui se rajoutent. Mais sur tout ce qui est suivi, je n'ai pas l'impression que malgré la ruralité, il y ait des gens qui passent vraiment à travers les mailles du filet et qu'il n'y ait pas de suivi. On n'améliorera pas la qualité des soins médicaux et de l'accès aux soins en mettant un camion. Je ne crois pas qu'il y ait des personnes qui en sont privés (de soins). L'activité spécialistes oui dans le camion, qu'ils viennent un peu (rires), que l'hôpital vienne un peu. Il y avait eu des consultations avancées sur le CH de PONTEILS, ça nous avait vachement rendu service, cardiologue, gynécologue et tout. Si ce n'est pas suivi, pas continu, c'est dommage. La population est en demande, ça par contre c'est intéressant, une fois par semaine il y a un camion qui vient, c'est le cardiologue qui vient, c'est génial, l'endocrinologue, là oui. Je crois que c'est plus ça en fait, l'accès à la spécialité.

Quels moyens humains matériels financiers seraient nécessaires pour le bon fonctionnement du bus médicalisé, selon vous ?

Sur le plan financier, je n'en sais rien (rire).

Sur le plan matériel, je n'ai pas besoin de grand-chose, un stéthoscope, un appareil à tension, (rires), c'est déjà pas mal, mais c'est que ça soit connecté ça paraît indispensable maintenant, peut-être ce que je te disais, des compétences autres que celles que nous on peut apporter en tant que médecin généraliste, tout le côté spécialiste.

Sur le plan humain, je ne sais pas du tout.

Et enfin quel serait selon vous les freins à ce dispositif ?

Il n'y a pas vraiment de freins, c'est un peu à la motivation et en ce qu'on va mettre dedans. Moi j'ai l'impression que ça va faire quelque chose, plus comme un cabinet secondaire, sans qu'il y ait vraiment un suivi très continu, c'est ce que je craignais.

Et si ça ne marche pas est-ce que vous auriez une autre solution ?

Non, je n'ai pas vraiment de solution non.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

PERMIS D'IMPRIMER

RÉSUMÉ

Introduction :

L'accès à un médecin généraliste devient de plus en plus difficile en milieu rural. Il existe dans certaines régions un bus médicalisé venant au contact de la population délivrer des soins primaires. Ce mode de soins d'un nouveau genre pourrait avoir sa place dans la région des Cévennes, où la pénurie de médecin est marquée.

Objectifs :

L'objectif principal est d'étudier les avis des différents médecins généralistes de la région des Cévennes sur la mise en place d'un bus médicalisé itinérant. L'objectif secondaire est d'étudier les besoins de ces médecins généralistes et de savoir ce qu'ils attendent de ce bus.

Matériels et méthode :

Étude qualitative par entretiens semi-directifs en vis-à-vis ou téléphoniques avec analyse thématique. Neuf médecins généralistes d'âge et de sexe confondus exerçant dans le secteur étudié ont été recrutés entre juillet 2020 et février 2021.

Résultats :

Les médecins généralistes interrogés précisent que les difficultés dans leurs pratiques sont surtout liées à la surcharge de travail, au manque d'interaction entre confrères mais aussi l'accès aux soins secondaires. Le bus médicalisé pourrait être une structure complémentaire à leur cabinet. Il jouerait un rôle de lien social avec la population. Pour son bon fonctionnement, il nécessiterait la présence au minimum d'un médecin ainsi qu'un soutien financier. Des freins peuvent empêcher la mise en place du projet. Il faudrait trouver un praticien acceptant d'exercer dans de telles conditions, l'adhésion de la population au dispositif mais aussi des médecins alentours et la participation financière.

Conclusion :

La mise en place d'un bus médicalisé sur ce secteur pourrait améliorer l'accès aux soins primaires. Les médecins de l'étude semblent être du même avis. Ils émettent tout de même quelques réserves. Cette solution permettrait de garder le lien avec les patients isolés. Il faudrait recueillir l'avis d'autres protagonistes tel que les patients, les élus, les autres professionnels de santé afin d'évaluer plus globalement l'intérêt pour ce projet.

Mots-clés :

Médecine foraine, unité de soins mobile, désert médical, zone rurale, accès aux soins, recherche qualitative.