Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

présentée et soutenue publiquement
le 3 Octobre 2024 à Poitiers
par Monsieur Maxime MISBERT

Le cabinet de médecine générale itinérant proposé comme l'une des solutions à la désertification médicale,
Qu'en attendent les patients ?
Étude qualitative par focus group auprès de patients vivant en zone rurale sous-dotée dans la CPTS du Niortais.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Docteur Régis AUDIER
Monsieur le Docteur Elrick KICHENAMA

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Eloi PIKETTY

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation *(en disponibilité)*
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1er cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1er cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro- entérologie, hépatologie – **Assesseur 3e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation **– assesseur 1er cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique *(en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022)*
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie *(absente jusqu'au 29/12/2023)*
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie **– assesseur 1er cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020)*
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaèle
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **référent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie **– Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements :
Je tiens avant tout à remercier les médecins qui ont accepté de m'accompagner dans la dernière ligne droite de ce Marathon :
Mon président de Jury de thèse, le Professeur Olivier Mimoz, ainsi que les membres de mon Jury de thèse, le Docteur Régis Audier et le Docteur Elrick Kichenama.
Bien sûr ma gratitude va tout particulièrement à mon directeur de thèse, le Docteur Eloi Piketty, pour son soutien, ses questionnements constructifs permanents et son engagement qui m'ont permis la réalisation de ce travail.
Je souhaitais vraiment que le Docteur Piketty m'accompagne sur la fin de mon cursus, car il était mon premier maître de stage en médecine générale durant mon externat. C'est lui qui m'a donné le goût de la discipline. Ainsi, la boucle est bouclée.

Je pense également à tous ceux qui durant mon cursus m'ont guidé jusqu'à cette thèse et me guideront toujours dans la suite de ma pratique médicale.
J'en remercie ici quelques-uns.
Merci à l'équipe de Van Gogh pour leur humanité,
Merci au Docteur Page pour son humour,
Merci au Professeur Meurice pour sa bienveillance,
Merci à la Docteure Portet-Tixidor pour son engagement,
Merci à toute l'équipe des Urgences de Niort qui ont fait de moi un vrai médecin,
Merci au Docteur Kichenama pour son efficacité qui lui permet à nouveau d'être là pour ma soutenance de thèse, comme pour les parties de billard endiablées,
Merci à la Docteure Dezeix pour son encadrement,
Merci à la Docteure Moreau-Turek pour sa joie de vivre,
Merci au Docteur Crémieux pour son calme, au Docteur Kuchly pour sa force, et au reste de l'équipe de Gériatrie de Saint-Jean d'Angély pour leur accueil inoubliable malgré les difficultés,
Merci à toute l'équipe de Gynécologie-Obstétrique de Châtellerault pour leur résilience,
Merci à la Docteure Moreau pour son attention,
Merci à la Docteure Raimbault-Mallet pour sa douceur,
Merci à la Docteure Duthil pour sa patience,
Merci à la Docteure Tisseraud-Tartarin pour son rire,
Merci au Docteur Lardeur pour sa franchise,
Merci à la Docteure Mesrine pour sa rigueur,

Maintenant sur un plan plus personnel, ces études de médecine ont aussi été le théâtre de grands bouleversements dans ma vie. J'ai perdu successivement durant ces années, mon père, ainsi que mes quatre grands-parents.

Merci donc à mon Papa, Joël, pour tout l'amour dont tu m'as inondé pendant toute mon enfance ! Tu as toujours été là pour moi jusqu'à ce que tu ne le sois plus… Je n'oublierai jamais nos bagarres, nos trisous, nos négociations à n'en plus finir, nos parties de foot dans le jardin (désolé pour le genou, mais ça à l'air d'être de famille), et surtout ton sens de l'humour et de justice à toutes les échelles. Je te souhaite la plus belle des siestes, mon petit Papa chéri d'amour que j'aime de tout mon cœur !

Merci à mon Papy Claude pour toutes ces sagesses paysannes qui me guideront toujours, pour tes leçons de jardinage, pour tes tartines de saucisson, pour ta douceur et ta résilience. Y peu tô dire qu'y t'aimerai toujours, et ça olé pas rin !

Danke meine liebe Moma für deine Belesenheit und Kultur. Ich hoffe immer noch, wenn ich den Briefkasten öffne, dass eins deiner Pakete dort auf mich wartet. Du hast im Leben immer mehr für die Anderen als für dich selbst gemacht, und das hast du mir wohl vererbt . Ich hab' dich lieb !

Merci à ma Mamie Huguette pour les cache-cache, pour les goûters sous le sapin, pour les parties de Rummikub, de Monopoly, de Tarot ou de Belote. Pour toutes les fois où tu m'as écoutée et pour tous ces moments de partage que tu m'as offerts, je t'aime !

Mein lieber Bopa, ich bedanke mich für die vielen tollen Geschichten und Gespräche. Deine sensibele Art hat mich berührt. Danke für deine Liebe der Natur und der guten Sachen die sie uns bringt ! Man muss So und so können, aber lieben kann ich dich nur SO !

Place maintenant aux vivants, à ceux qui comptent !

Avant tout, ma douce Oriane ; sans toi, je ne sais pas si j'aurai pu affronter tous les épreuves que j'ai traversé. Tu es ma force, mon courage et ma foi en l'avenir, je t'aime !

A mes amis, tous différents et complémentaires, avoir vogué avec vous m'a permis d'affronter les tempêtes comme les accalmies sans jamais défaillir, la camaraderie est la base de tout, elle est la coque qui évite de couler, la voile qui permet d'avancer et la boussole qui donne le cap !
Dans l'ordre chronologique d'entrée dans l'équipage :
Quentin, Arthur, Philippe, Daniella, Rémi, Adrien, Loïc, Oriane, Mégane, Quentin, Matthieu, Henri, Chloé, Audrey, Valentin, Lucas, Camille, Louise et Pepe ; Je vous aime !

Un câlin amical aussi à Tonton Oui, Axel, Enaël, Audrey, Auxane, Roseline, Antoine, Hector, Tristan, Guillaume, Baptiste, Emilie, Emma, François, Jules, Philippe, Samy, Jonathan, Joris, Jérémy, Alexandre, Alexandra, Pauline, Léo, Pierre, Armand, Jacqueline, Svenja, Thorsten et ceux que je n'ai pas cité mais qui se reconnaîtront.

A ma famille française qui, bien que réduite, a toujours été présente quand j'en ai eu besoin. Je ne vous remercierai jamais assez. J'espère être plus présent pour vous maintenant qu'une certaine stabilité devrait pouvoir se mettre en place dans ma vie. Je vous aime.

An meine deutsche Familie, trotz der vielen Kilometer seid ihr auch immer für mich da gewesen. Ich wette, dass wir gemeinsam noch in 50 Jahren einen guten Wein in Petit Village und dann ein frisches Bier in Lüdersen geniessen werden (vieleicht bei Vosges), ich habe euch lieb !

A ma belle-famille :
Renée, restes comme tu es aussi longtemps que possible.
Henri, quel bonheur d'avoir pu te connaître !
Béa et Alain, merci de m'avoir accueilli avec autant de cœur dans vos vies. Vous avez été mon oasis familiale lorsque la mienne partait en éclats et je ne vous remercierai jamais assez d'avoir su trouver la bonne distance pour m'entourer dans l'Etoile Verte ou à la Tuilière.
Hâte d'être votre voisin !

Bien sûr un mot particulier pour Emilie et Timo, pour avoir su m'ouvrir la voie dans ces études de médecine, qu'auraient dits nos ancêtres Misbert ou Eilert en nous voyant là ?

Und nun, an dich, meine liebe Mama ! Wir hatten gemeinsam die vieleicht schönste Zeit unseres Lebens und gleich darauf die schwierigste… Zum Glück kennen wir aus der Sauna die Möglichkeit, vom Heissen zum Kalten überzuspringen. Jetzt wird's aber wieder mal Zeit, uns einen kleinen Aufguss zu gönnen, meinst du nicht ?

Deine Ausdauer und deine Offenheit hast du mir mit auf den Weg gegeben.

Sie waren für mich wie ein Schild und ein Schwert, um dieses Jahrzehnt durchzuhalten.

Ohne dich wäre ich nicht ich, und ohne dich wäre ich übrigens einfach nichts.

Ich freue mich schon auf die vielen Feuer im Kamin, und auf die vor uns liegenden Reisen von Badenweiller bis an das andere Ende der Welt !

Ich liebe dich !

Glossaire :

ALD : Affection Longue Durée

AMF : Association des Maires de France

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

APPSUM : Association des Praticiens libéraux pour la Permanence des Soins et les Urgences Médicales

ASALEE : Action de SAnté Libérale En Équipe

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

FNADT : Fonds National d'Aménagement et de Développement du Territoire

INSEE : Institut National des Statistiques et des Études Économiques

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

MSU : Maître de Stage des Universités

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RZD : Российские железные дороги (compagnie de chemins de fer russe)

SAS : Service d'Accès aux Soins

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNCF : Société Nationale des Chemins de fer Français

UMM : Unité Médicale Mobile

URML : Union Régionale des Médecine Libéraux

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

Table des matières

I. ÉTAT DES LIEUX ET SYNTHESE A PROPOS DE LA DEMOGRAPHIE DES SOINS PRIMAIRES EN FRANCE 12

I.1. LES DIFFICULTES DE L'OFFRE DE SOINS PRIMAIRES EN FRANCE 12
I.1.1. GENERALITES 12
I.1.2. EN FRANCE 16
I.1.3. EN REGION NOUVELLE-AQUITAINE 17
I.1.4. EN DEUX-SEVRES 18
I.1.5. CPTS DU NIORTAIS 19
I.2. SOLUTIONS POUR AMELIORER L'OFFRE DE SOINS PRIMAIRES PROPOSEES EN FRANCE 24
I.2.1. ACTIONS SUR LES ETUDES DE SANTE 24
I.2.2. ACTIONS SUR L'ATTRACTIVITE TERRITORIALE STRUCTURELLE ET FINANCIERE 26
I.2.3. ACTIONS POUR EPARGNER DU TEMPS MEDICAL 28
I.2.4. ADAPTATION DES STRUCTURES POUR OPTIMISER LA REPONSE AUX SOINS NON-PROGRAMMES 30
I.2.5. INITIATIVES RECENTES POUR LA MEDECINE GENERALE 31
I.3. LE CABINET ITINERANT EN MEDECINE GENERALE, OBJET DE NOTRE ETUDE 33
I.3.1. DANS LE MONDE 33
I.3.2. LA MEDECINE AMBULANTE ET LES UMM DANS L'HISTOIRE EN FRANCE 36
I.3.3. LE CAS DE LA MEDECINE FORAINE EN FRANCE : ASPECTS DEONTOLOGIQUES ET JURIDIQUES 38
I.3.4. LE MODELE DU MEDICOBUS® 40
I.3.5. PREMIERS RESULTATS ET PERSPECTIVES : LE PLAN FRANCE RURALITES 44

II. INTRODUCTION 48

III. METHODE 50

III.1. TYPE D'ETUDE 50
III.2. CHOIX DE LA METHODE DES GROUPES DE DISCUSSION (FOCUS GROUPS) 50
III.3. PARTICIPANTS 52
III.3.1 PATIENTS 52
III.3.2 INVESTIGATEURS 52
III.4. GUIDE D'ENTRETIEN 53
III.5. RECUEIL DES DONNEES 54
III.6. ANALYSE DES DONNEES 54
III.7. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES 55

IV. RESULTATS 55

IV.1. CONSTAT DES CHANGEMENTS DU SYSTEME DE SANTE VECUS COMME UNE PERTE 57
IV.1.1. CHANGEMENTS D'ACCESSIBILITE 57
IV.1.2. CHANGEMENTS DEMOGRAPHIQUES 57
IV.1.3. CHANGEMENTS SOCIO-CULTURELS 57
IV.1.4. CHANGEMENTS DES MOYENS DE COMMUNICATION 58
IV.1.5. CHANGEMENTS REPERCUTES AUPRES DES SOINS PRIMAIRES 59
IV.2. DEUIL DE L'EVIDENCE D'ACCES AUX SOINS PRIMAIRES 59
IV.2.1. DENI 60

IV.2.2. COLERE....60
IV.2.3. MARCHANDAGE....62
IV.2.4. DEPRESSION/PEUR....63
IV.2.5. MISE EN DANGER....64
IV.2.6. ACCEPTATION....66
IV.3. ACTIONS D'ADAPTATION AUX DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS PRIMAIRES....67
IV.3.1. ACTIONS DES PATIENTS FACILITANT L'ACCES AUX SOINS PRIMAIRES....67
IV.3.2. ACTIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE FACILITANT L'ACCES AUX SOINS PRIMAIRES....68
IV.3.3. ACTIONS SUR LE SYSTEME DE SANTE FACILITANT L'ACCES AUX SOINS PRIMAIRES....69
IV.3.4. ALTERNATIVES D'ACCES AUX SOINS DE PREMIER RECOURS....69
IV.4. CAS DU CABINET ITINERANT PROPOSE COMME L'UNE DES SOLUTIONS A LA DESERTIFICATION MEDICALE....71
IV.4.1. UN CABINET ITINERANT AUX MEMES COMPETENCES QU'UN CABINET FIXE....71
IV.4.2. UN CABINET ITINERANT AUX COMPETENCES DIFFERENTES D'UN CABINET FIXE....76
IV.4.3. COMPATIBILITE DES DIFFERENTS MODELES PROPOSES....81
IV.4.4. LIMITES DE CABINET ITINERANT SOULEVEES....82
IV.4.5. SOLUTIONS PROPOSEES AUX PROBLEMATIQUES SOULEVEES PAR UN FONCTIONNEMENT ITINERANT....88
IV.4.6. BENEFICES DU CABINET ITINERANT ATTENDUS....94

V. DISCUSSION....98

V.1. LE RESULTAT PRINCIPAL....99
V.1.1. ORGANISATION ATTENDUE D'UN CABINET ITINERANT....99
V.1.2. QUALITES DU CABINET ITINERANT ATTENDUES....100
V.1.3. BENEFICES DU CABINET ITINERANT ATTENDUS....101
V.2. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE....103
V.3. FORCES ET LIMITES....105
V.4. PERSPECTIVES....106

VI. CONCLUSION....108

Annexes :

→Annexe 1 : Tableau des aides proposées par l'Assurance Maladie en lien avec les ARS pour favoriser l'exercice de la médecine générale en zone sous-dotée - page 110

→Annexe 2 : Tableau des aides proposées par les ARS pour favoriser l'exercice de la médecine générale en zone sous-dotée - page 110
→Annexe 3 : Les différentes options proposées par le SAS - page 111
→Annexe 4 : Mail envoyé le 22 décembre 2023 aux patients dépourvus de médecin traitant des 15 communes en ZIP de la CPTS du Niortais par leur messagerie d'assuré à la CPAM des Deux-Sèvres - page 112
→Annexe 5 : Imprimé de recrutement pour l'étude laissé dans les commerces et lieux publiques acceptant leur dépose dans les 15 communes en ZIP de la CPTS du Niortais (8x12 cm) - page 113
→Annexe 6 : Guide d'entretien pour les focus groups - page 114
→Annexe 7 : Verbatim anonymisé du troisième entretien collectif (focus group 1) - page 115
→Annexe 8 : Verbatim anonymisé du troisième entretien collectif (focus group 2) - page 147
→Annexe 9 : Verbatim anonymisé du troisième entretien collectif (focus group 3) - page 181
→Annexe 10 : Engagement de traitement des données - page 212

I. État des lieux et synthèse à propos de la démographie des soins primaires en France

I.1. Les difficultés de l'offre de soins primaires en France

I.1.1. Généralités

Tout d'abord, les soins primaires sont définis par l'OMS en 1978 comme une approche visant à garantir le niveau de santé et de bien être le plus élevé possible pour une population. Ils sont le premier niveau auquel les individus, la famille et la communauté entrent en contact avec le système national de santé. Cela implique un rapprochement des soins de santé avec les lieux où les habitants vivent et travaillent. Les soins primaires constituent ainsi le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire (1).

On retrouve également les expressions de : « soins de première ligne » ou encore « soins premiers » en opposition aux soins secondaires regroupant les spécialistes d'organes et les centre hospitalier généraux et les soins tertiaires, hyperspécialisés, se concentrant dans les CHU (2).

On y inclut généralement les médecins généralistes, les infirmières, les dentistes, les pharmaciens, les sage-femmes, les kinésithérapeutes. D'autres spécialistes médicaux peuvent également en faire partie comme les pédiatres et les psychiatres (3).

Dans ce travail, nous nous concentrerons sur les médecins généralistes donc l'accessibilité a fortement diminué ces dernières années. En effet, les effectifs de médecins généralistes libéraux ont baissé de 15% entre 2012 et 2021 (soit 16 000 médecins de moins en France) (4).

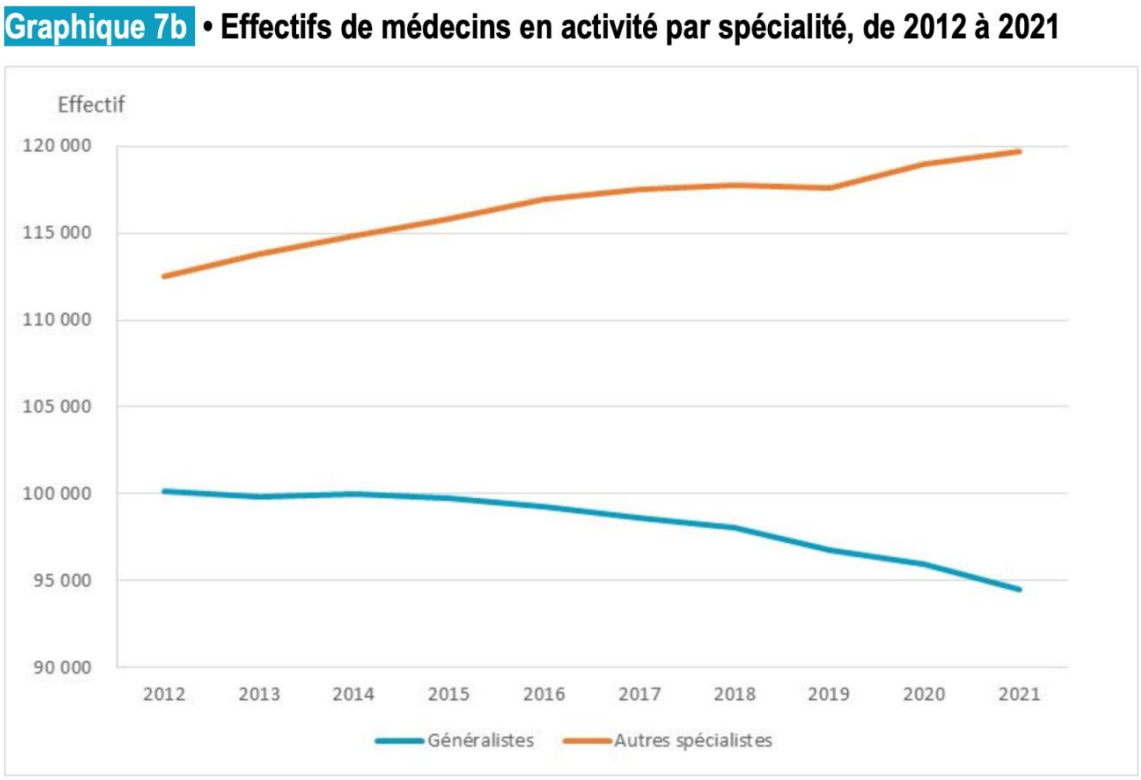


Figure 1 : Effectifs de médecins en activité par spécialité de 2012 à 2021 en France (5)

Cette chute de la démographie médicale en France, touche en priorité les médecins généralistes en milieu rural, principalement en périphérie des pôles urbains. Certains déterminants de ces inégalités dans l'installations des médecins généralistes sont décrits.
On peut citer l'adaptation au conjoint qui trouvera plus facilement un emploi en zone urbaine (6).
Notons surtout la reproduction sociale importante dans les études de santé. En effet, il a été démontré que le premier facteur d'installation de professionnels en zone sous-dense est celui d'en être issu ou a minima d'y avoir vécu plusieurs années (7). Or les modalités de sélection et d'évaluation des premières années de formation médicale favorisent les étudiants issus de classes sociales plus favorisées, majoritairement en provenance des centres urbains (8).

Dans le même temps, la population française a continué d'augmenter (+ 2,39 millions) et de vieillir (+ 1,5 ans) (9,10). On remarque également une majoration de la consommation de soins médicaux entrainant une saturation des consultations de soins primaires (11). Les médecins généralistes figurent pourtant déjà parmi les médecins qui effectuent individuellement le plus grand nombre de consultations par jour avec 22 consultations

quotidiennes en moyenne (12,13). De plus le nombre moyen de patients d'un médecin généraliste l'ayant déclaré comme médecin traitant est déjà de 1 060 (14).

La résultante de ces dynamiques est une diminution inégale de l'accès aux soins primaires, souvent qualifiée de désertification médicale. Inverser cette tendance est ainsi devenu une des missions principales du Ministère du travail, de la santé et des solidarités (15).

La limitation importantes depuis les années 1970 de la formation de nouveaux médecins par l'instauration puis la restriction permanente du numerus clausus en France semble être le facteur le plus important permettant d'expliquer cette baisse d'effectifs de médecins et la désertification médicale qui en découle (16). De plus, cette désertification parait devoir se poursuivre car les générations de médecins à la démographie la plus dense étant les plus âgées, ce sont également celles dont les départs en retraite sont prévisibles à court échéance (17).

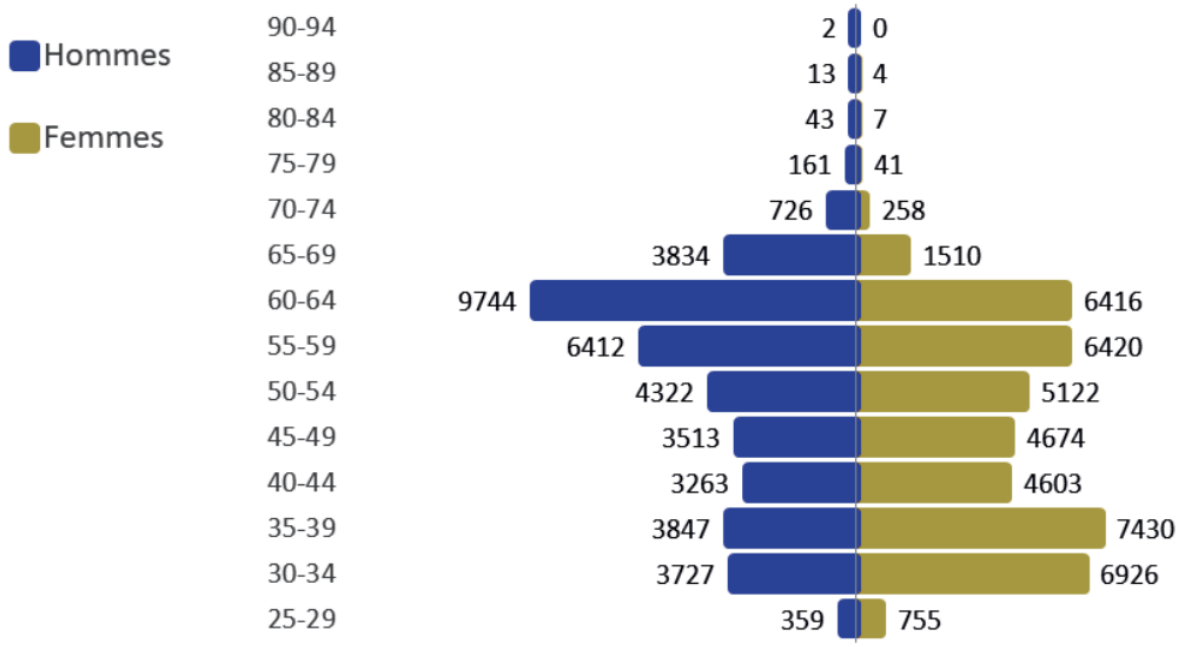


Figure 2 : Pyramide des âges du nombre de médecins généralistes en activité régulière en 2022 (17)

Afin de rendre compte de ces inégalités territoriales françaises d'accès à un médecin généraliste, plusieurs critères ont été utilisés au cours du temps.

Historiquement, le critère principal utilisé par l'INSEE est la densité médicale (ratio qui rapporte les effectifs médicaux à la population d'un territoire donné) qui s'exprime en nombre de médecins pour 100 000 habitants.
Cependant, ce critère ne semble pas adapté au changement générationnel qui est en train de s'opérer en médecine. En effet, les jeunes généralistes, souhaitent travailler moins que leurs aînés car ils sont davantage préoccupés par leur vie personnelle et/ou familiale (18). Pourtant cet indicateur ne prend pas en compte cette variabilité inter-individuelle de la fréquence et quantité de consultation.

D'autres indicateurs ont pu être envisagés pour évaluer les inégalités d'accès aux soins primaires, comme l'accessibilité spatiale, désignant la distance et la durée de trajet pour accéder au lieu de soins médicaux le plus proche. Ce critère a rapidement été abandonné, la proximité géographique d'un médecin ne rendant pas compte de ses capacités à recevoir des patients.

C'est ainsi qu'en 2012 la DREES et l'IRDES ont développé conjointement un indicateur d'accessibilité aux soins primaires médicaux hors hôpital : l'APL (accessibilité potentielle localisée). Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins généralistes. Il intègre également une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale et permet des variantes tenant compte de l'âge des médecins ou encore de leur secteur de conventionnement (13).

L'APL, plus opérant que les indicateurs traditionnels de densité médicale par bassin de vie ou de temps d'accès au professionnel le plus proche, a permis de cartographier avec plus de finesse les inégalités territoriales d'accès aux soins primaires.

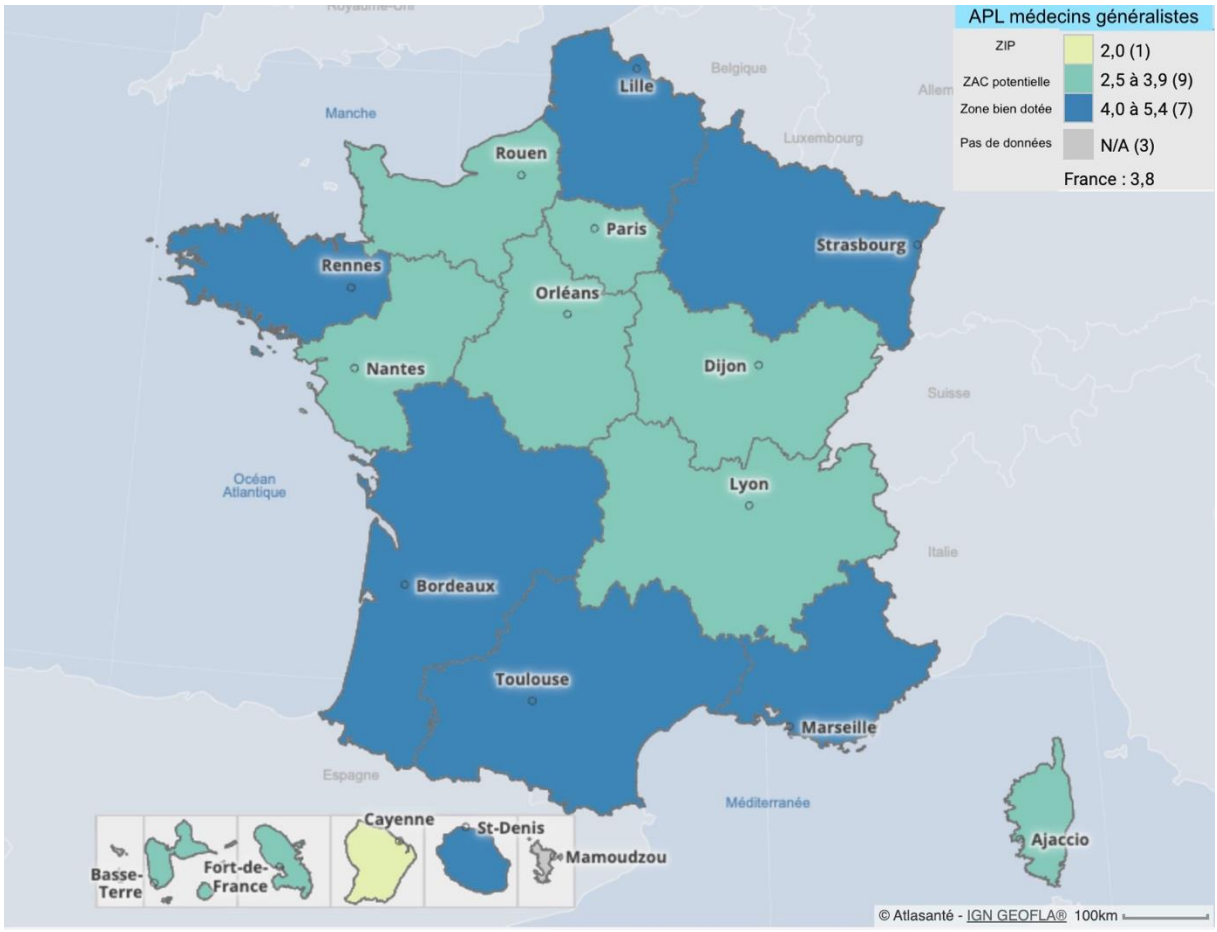
Dans l'optique de définir cette notion de désert médical, un seuil d'APL de 2,5 consultations potentielles par habitant et par an a été retenu.
Ce seuil d'APL permet, commune par commune, de fixer les zones d'intervention prioritaire (ZIP) pour l'accessibilité médicale depuis 2017. Dans le même temps, une « fragilité d'accès » a été définie pour une APL de 2,5 à 4 consultations par habitant et par an. Au sein de ces zones de fragilité, les ARS élisent, sur des critères moins définis, d'autres territoires d'intervention prioritaires appelées zones d'action complémentaire (ZAC) (19).

I.1.2. En France

Dans les pays de l'OCDE le nombre moyen de médecins, toutes spécialités confondues, a augmenté ces dernières années, passant de 2.7 pour 1 000 habitants en 2000 à 3.7 pour 1 000 habitants en 2023, mais la France présente davantage de difficultés que la moyenne de ces pays avec 3,2 médecins en exercice pour 1 000 habitants (20,21).

Ainsi, en 2022, 8% de la population française vivait dans ces zones sous denses (ZIP), et plus de 20 millions de français (soit 30 % de la population) sont régulièrement confrontés à la pénurie en médecins généralistes avec les difficultés d'accès au soin qui en découlent (13,22).

L'APL moyen en France est de 3,8 consultations par an et par habitant, cependant, même à l'échelle inter-régionale on remarque d'importantes disparités avec, en métropole, une APL de 3 en région Centre-Val de Loire contre 4,3 en région PACA par exemple.
Ces disparités sont d'autant plus marquées en outre-mer avec une APL de 2 en Guyane française, contre 5,4 sur l'île de la Réunion par exemple (23).

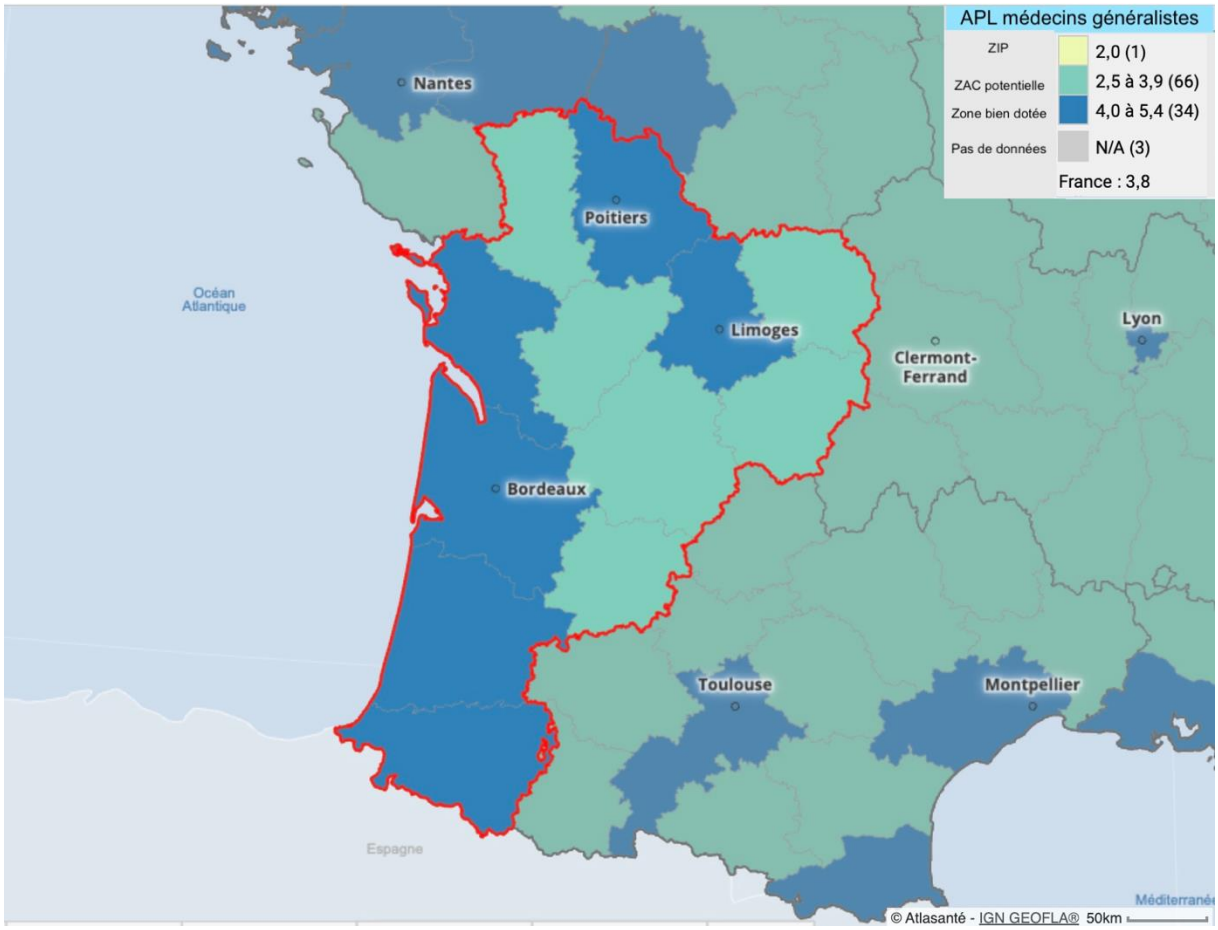


Carte 1 : APL régionales aux médecins généralistes sans limite d'âge en France en 2023

I.1.3. En région Nouvelle-Aquitaine

Intéressons-nous plus spécifiquement à la Région Nouvelle-Aquitaine dans laquelle se trouve la Faculté de médecine de Poitiers auprès de laquelle nous soutiendrons ce présent travail de thèse de médecine générale.

On remarque que, prises dans sa globalité, cette Région ne semble pas souffrir de carences de soins. En effet, son APL moyenne est de 4,2 consultations par an et par habitant en ce qui concerne l'accès aux généralistes (23).
En se plaçant à l'échelle départementale, on note cependant de franches inégalités au sein de cette région, pourtant bien dotée dans l'ensemble.



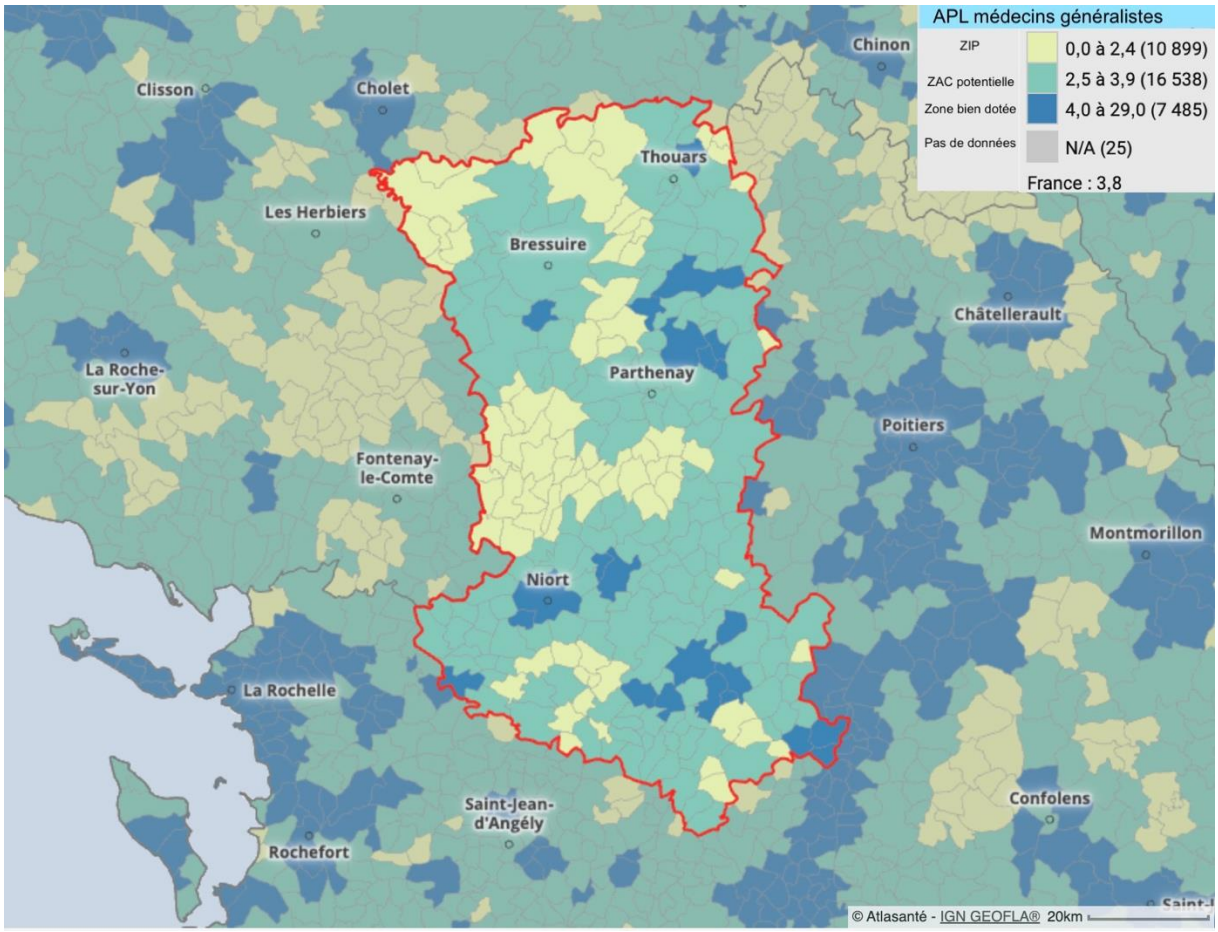
Carte 2 : APL départementales aux médecins généralistes sans limite d'âge en Nouvelle-Aquitaine en 2023

Les trois départements les moins bien dotés y sont la Creuse, le Lot-et-Garonne et les Deux-Sèvres avec une APL au généraliste de 3,1 consultations par an et par habitant en moyenne. Ils sont ainsi considérés comme des zones de fragilité, bien en deçà de la moyenne Nationale de 3,8 consultations par an et par habitant.

D'autre part, certains départements de Nouvelle-Aquitaine affichent une bonne dotation en généralistes comme les Pyrénées-Atlantiques avec une APL de 4,6 ou la Gironde avec une APL de cinq consultations de médecine générale par an et par habitant (23).

I.1.4. En Deux-Sèvres

Dans la zone d'influence du CHU de Poitiers, le département de Nouvelle-Aquitaine le plus touché par ces difficultés d'accès à un généraliste est celui des Deux-Sèvres. Mais là encore, en observant cette accessibilité à l'échelle communale, on remarque une nette disparité.



Carte 3 : APL communales aux médecins généralistes sans limite d'âge en Deux-Sèvres en 2023

On remarque que les principales villes du département semblent moins touchées par les difficultés d'accès les plus importantes, bien que certaines d'entre elles font partie des zones dites fragiles comme Parthenay, Bressuire ou Thouars avec des APL entre 3,5 et 3,8 consultations par habitant et par an.
Les ZIP les plus touchées, sont la Gâtine au centre du département, le Nord Deux-Sèvres et la périphérie Sud du Niortais (23).

I.1.5. CPTS du Niortais

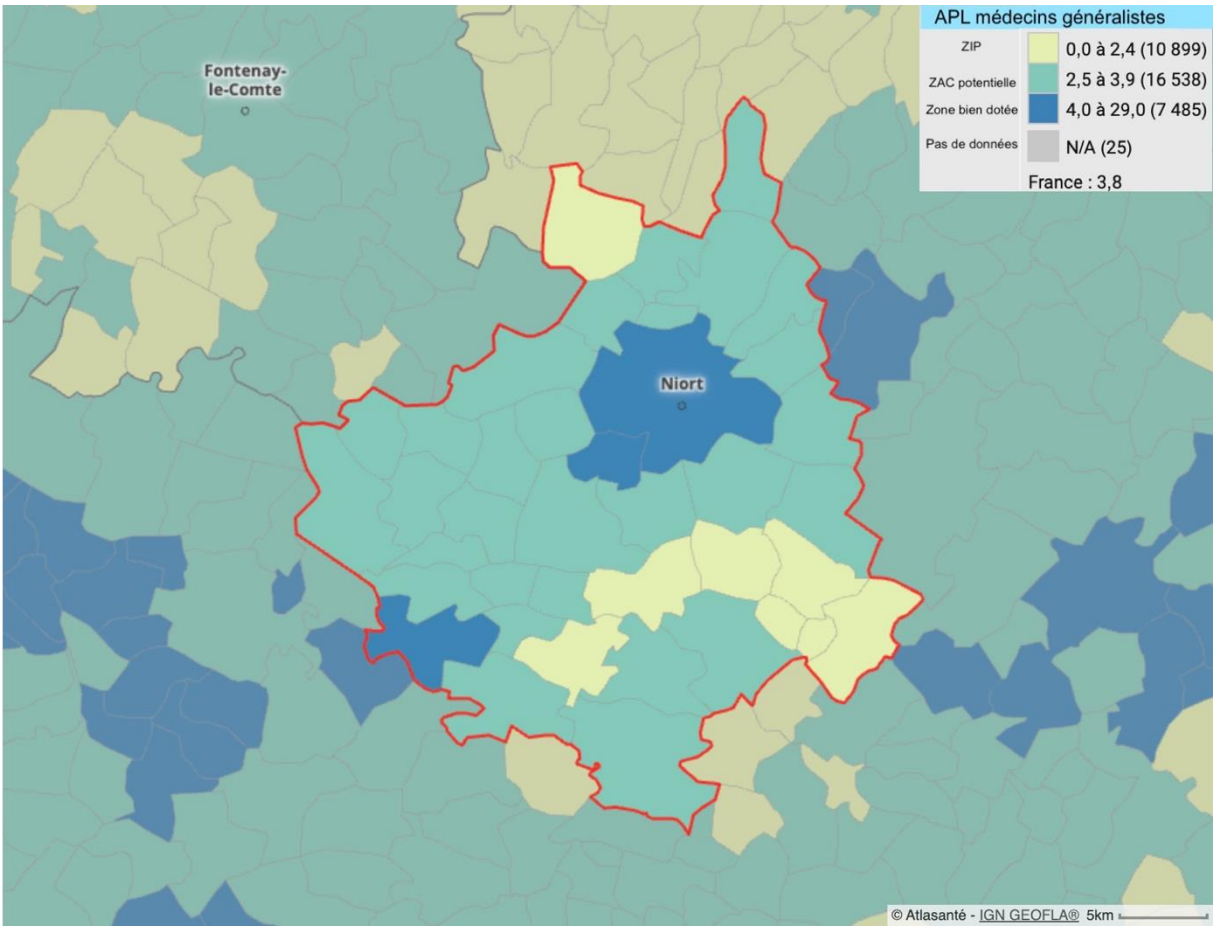
L'échelon des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) dans le maillage territorial de santé en France a été introduit en 2016 avec la loi de modernisation de notre système de santé (24).
Le 6 janvier 2023, le président de la République a confirmé l'objectif de couvrir l'intégralité du territoire français par ces organisations. Actuellement, l'ensemble du territoire est déjà

couvert par ces CPTS à différents niveau de maturité, de la lettre d'intention reçue à l'accord conventionnel interprofessionnel signé (25).
Les missions confiées à ces organisations sont, l'amélioration de l'accès aux soins (notamment l'accès à un médecin traitant et l'accès aux soins non programmés), l'organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient, le développement des actions territoriales de prévention, l'amélioration de la qualité et la pertinence des soins ainsi que l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (25).

Comme nous le décrirons plus tard, nous souhaitons dans ce travail aborder le thème des cabinets médicaux itinérants, proposés comme une des solutions à la désertification médicale en cours dans notre pays.

Nous verrons aussi que ce type de cabinet devra probablement être rattaché à une structure médicale territoriale. Il semblerait que l'échelon de la CPTS soit prédestiné à remplir cette fonction de structure « mère » pour un tel cabinet mobile, de par sa mission d'amélioration de l'accès à un médecin traitant et aux soins non programmés.
Il semble donc important de se centrer sur cet échelon territorial pour notre étude.

Étant originaire du Marais Poitevin, aux alentours de Niort, et souhaitant éventuellement m'installer sur ce territoire dans l'avenir, il m'a semblé logique de prendre comme référence territoriale pour ce travail de recherche, la CPTS du Niortais.



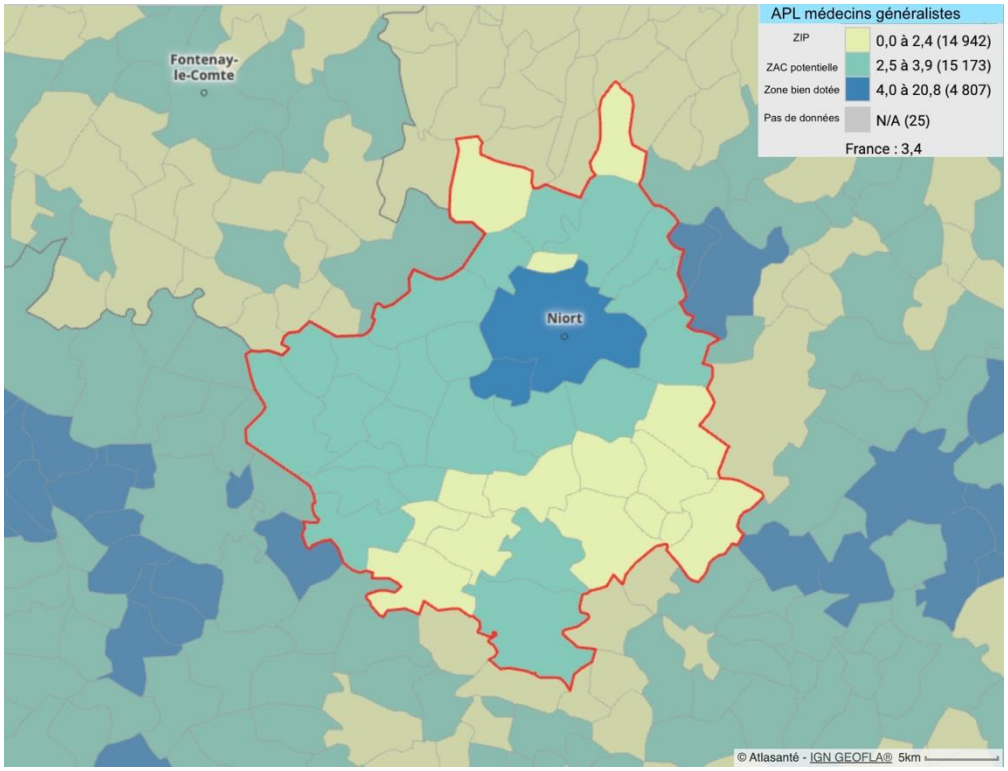
Carte 4 : APL communales aux médecins généralistes sans limite d'âge dans la CPTS du Niortais en 2023.

Au sein de cette CPTS, on remarque qu'en dehors de Niort même, Bessines, commune adjacente à la préfecture et Mauzé-sur-le-Mignon, jouxtant la Charente-Maritime voisine, l'ensemble du territoire est considéré comme zone de fragilité d'accès à un généraliste.
Huit communes dites ZIP en font partie : Villers-en-plaine (au Nord, proche de la Gâtine), ainsi que La Foye-Monjault, Granzay-Gript, Fors, Saint-Martin-de-Bernegoue, Juscorps, Saint-Romans-des-Champs, et Brûlain au Sud de la CPTS du Niortais (23).

Il ne s'agit pas de la CPTS la plus touchée du département par les difficultés d'accès aux médecins généralistes, mais elle est assez représentative du phénomène de désertification médicale qui semble, en France, toucher principalement le territoire rural et les périphéries des villes moyennes (26).

On remarque que depuis 2021, l'indicateur de l'APL est affiné pour prendre en compte les départs en retraite de médecins à venir (27,28). Ainsi en appliquant cette mise à jour récente à

la CPTS du Niortais, donc en ne prenant plus en compte les professionnels de plus de 65 ans dans le calcul de l'APL, on note une dégradation logique de l'accessibilité mesurée aux soins de médecine générale.



Carte 5 : APL communales aux médecins généralistes âgés de moins de 65 ans dans la CPTS du Niortais en 2023

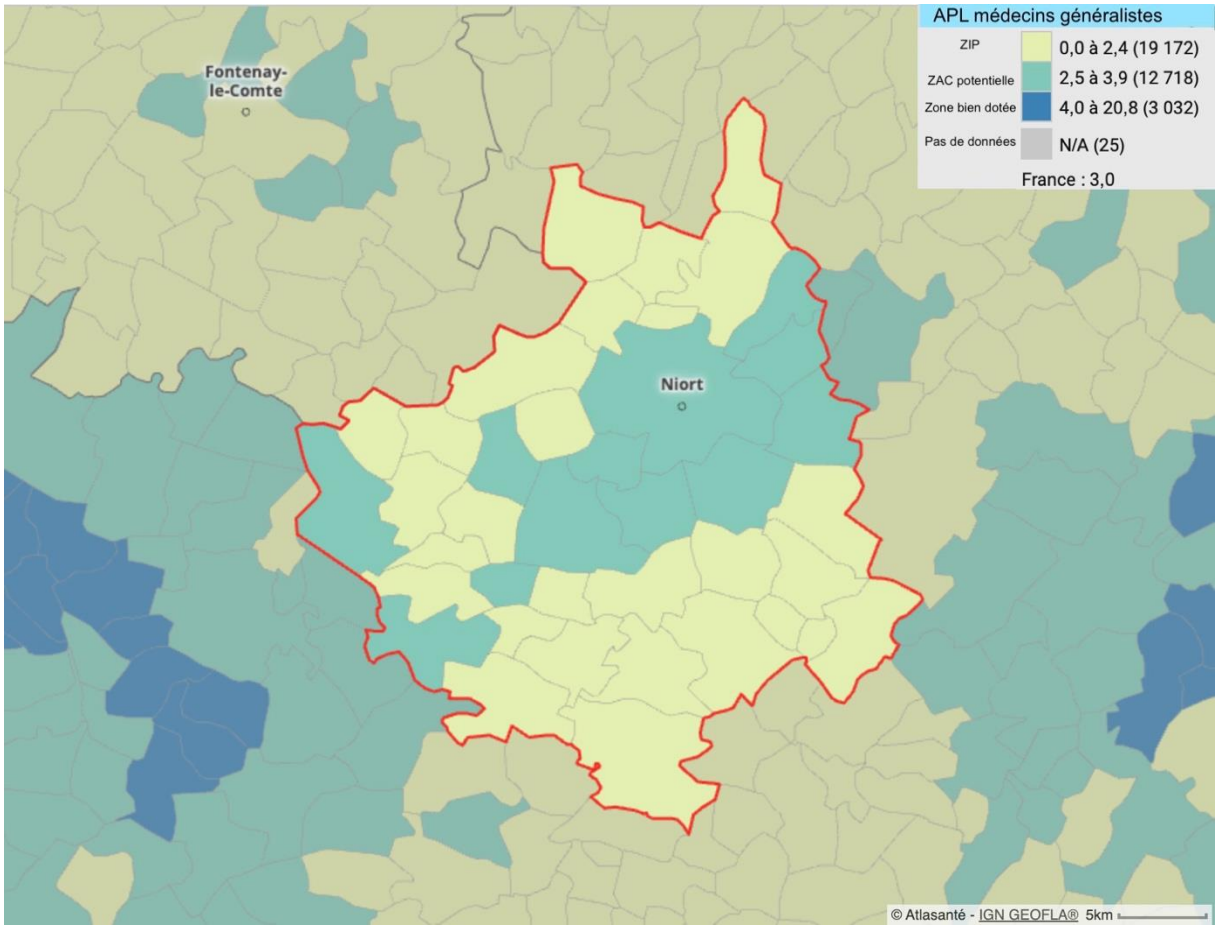
En effet, seules deux communes, Niort et Bessines, restent suffisamment dotées et généralistes, mais ce sont alors 15 communes qui se retrouvent d'emblée reléguées au rang de ZIP (Germond-Rouvre, Siecq, Val-du-Mignon, La Rochénard, Vallans, Marigny et Prahecq s'ajoutant aux précédentes) (23).

Nous nous concentrerons dans notre étude sur ces 15 communes, dont l'APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans (actuel standard de la mesure des zones d'intervention prioritaires et d'action complémentaires des politiques publiques) les place en ZIP.

Selon ces critères, dans la CPTS du Niortais, on compte environ 70 généralistes pour un bassin de population de 121 754 habitants (29,30).

Cependant, pour pousser encore l'évaluation de la démographie médicale à venir, l'outil « CartoSanté » mis en ligne par la direction du numérique des Ministères sociaux permet de visualiser l'offre de soins de médecine générale avec un APL ne prenant plus en compte les

professionnels de moins de 62 ans, anticipant ainsi les départs en retraite à court et moyen terme.



Carte 6 : APL communales aux médecins généralistes âgés de moins de 62 ans dans la CPTS du Niortais en 2023

La situation, bien que peu réaliste, ne prenant pas en compte les futures installations qui compenserons partiellement ces départs en retraite, a le mérite de mettre en lumière la fragilité de ce territoire. En effet, on ne retrouve alors aucune commune correctement dotée, 12 considérées comme fragiles et 28 en ZIP (23).

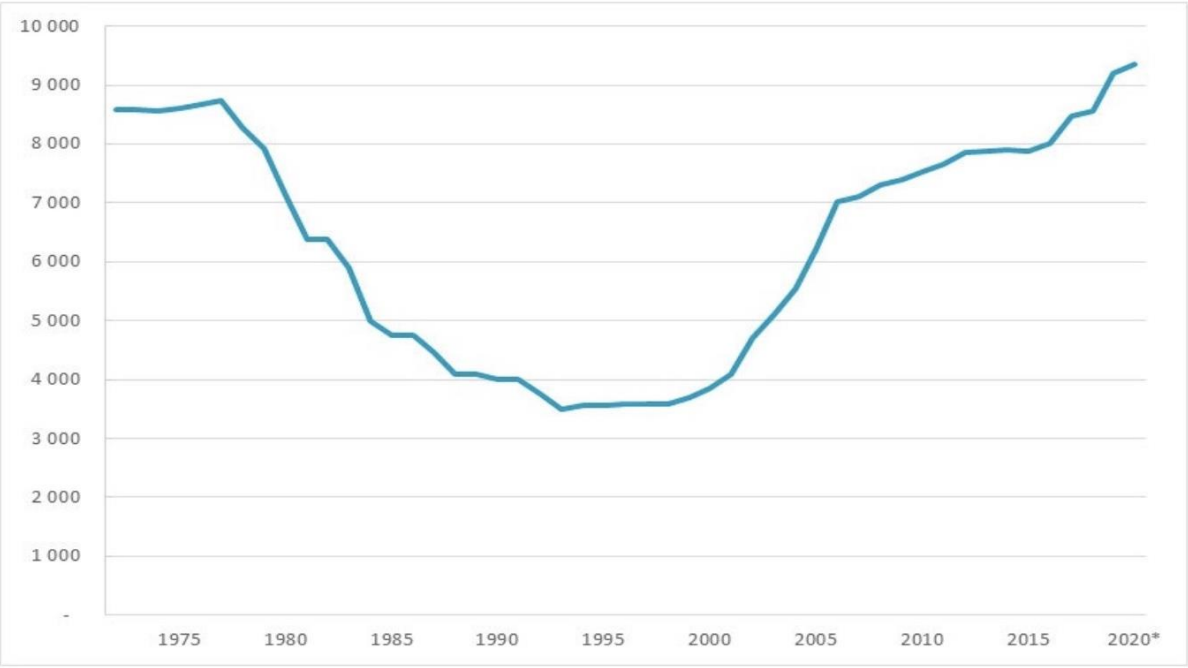
I.2. Solutions pour améliorer l'offre de soins primaires proposées en France

I.2.1. Actions sur les études de santé

Comme nous l'avons vu précédemment, la limitation importantes du nombre de nouveaux médecins formés a été instaurée en France par la création du numerus clausus depuis une loi promulguée 1972 (31).

Cette restriction du nombre d'entrants dans les études médicales semble être le facteur le plus important ayant entrainé la carence d'accès aux soins médicaux actuelle et à venir (19).

C'est pourquoi l'une des principales mesures prises par les pouvoirs publics contre la désertification médicale est l'assouplissement puis la suppression de ce numerus clausus après qu'il a atteint son niveau le plus bas avec 3500 places en 1993 contre environ 8500 annuelles avant son instauration en 1972.



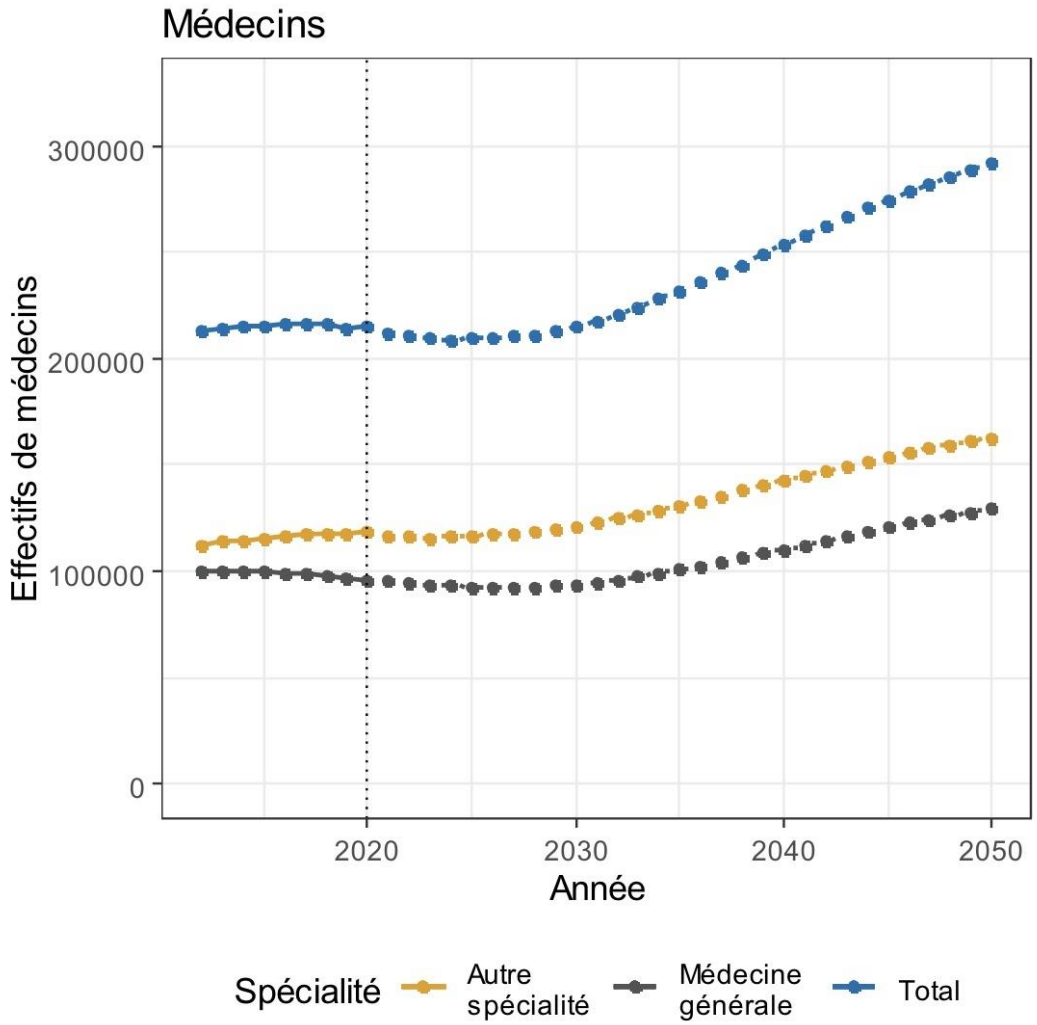
Note > *Numerus clausus* complémentaire, passerelles et droits aux remords apparaissent en 2011. Aussi, jusqu'en 2009, le *numerus clausus* présenté correspond au *numerus clausus* principal. En 2010, il correspond au *numerus clausus* principal auquel on a ajouté les passerelles de 3e année arrivées en 2011 mais qui viennent grossir la cohorte 2010. À partir de 2011, il correspond aux *numerus clausus* principal et complémentaire, aux passerelles et aux droits au remords, les passerelles de 3e année étant comptabilisées l'année suivante (avec la cohorte concernée). Les nombres de places considérés sont les places pourvues et non les places ouvertes.
Source > ONDPS.

Figure 3 : Numerus clausus national pourvu en médecine depuis 1972 (5)

Cette politique d'assouplissement progressif du numerus clausus se poursuit jusqu'à sa suppression et son remplacement par le numerus apertus en 2019 (32). La mission de fixer le nombre d'étudiants à admettre en deuxième année de médecine est, depuis, déléguée aux ARS

en lien avec les universités de médecine en fonction des besoins médicaux de leur territoire (33).

Depuis 2012, le nombre de médecins généralistes a chuté de 5,6 % jusqu'en 2021 alors que le nombre de médecins d'autres spécialités a augmenté de 6,4 % dans le même temps (5).
Les prévisions de la DRESS montrent que, malgré la facilitation récente d'accès aux études médicales, les effectifs de médecins généralistes devraient continuer à diminuer entre 2021 et 2026, passant de 95 400 à 92 300, et ne repartiraient à la hausse qu'ensuite contrairement aux effectifs des autres spécialités (5).



Champ > Médecins en activité de moins de 70 ans, France entière.
Source > Modèle de projection DREES par microsimulation, alimenté par les données des médecins inscrits à l'Ordre (RPPS) et sur les études médicales (SISE, ECN).

Figure 4 : Effectifs de médecins par spécialité observés et projetés entre 2012 et 2050 (5)

Les pouvoirs publics ont tenté de favoriser le choix de la spécialité de médecine générale, idéalement en zone sous-dotée au cours des études médicales pour limiter la désertification. Il a en effet été montré que le passage auprès d'un MSU (Maître de Stage Universitaire) durant les études de médecine générale, favorisait l'association, ou à minima, l'installation à proximité de celui-ci (34).
Notons le bénéfice réciproque de cette forme d'enseignement qui, en protégeant les MSU du burn-out, favorise la pérennisation de leur installation (35).

Ainsi, depuis 2015, un stage de trois mois au cours du deuxième cycle des études médicales (externat) est instauré (36). Il doit permettre, aux étudiants en médecine, une première approche de la médecine générale afin de les y sensibiliser avant les choix de spécialité médicale.
De plus, une quatrième année dite de « docteur junior » sera ajoutée à la fin de l'internat de médecine générale dès novembre 2026 (pour la promotion d'internes 2023-2024). Son but affiché est de renforcer la démographie médicale dans les zones sous-denses et dans l'espoir de voir certains étudiants, ayant découvert ces territoires, s'y installer à la fin de leurs études (37).
Enfin, rappelons qu'il a été démontré que le premier facteur d'installation de professionnels en zone sous-dense est celui d'en être issu ou a minima d'y avoir vécu plusieurs années (7). Or les modalités de sélection et d'évaluation des premières années de formation médicale favorisent les étudiants issus de classes sociales plus favorisées, majoritairement en provenance des centres urbains (8). Ce phénomène de reproduction sociale devra donc probablement davantage être pris en compte à l'avenir, au moment de la sélection des étudiants, afin de limiter les inégalités territoriales futures d'accès aux soins primaires.

I.2.2. Actions sur l'attractivité territoriale structurelle et financière

Deux types d'actions ont principalement été mise en place par les pouvoirs publics afin de favoriser l'installation des médecin généralistes dans les zones sous-denses après leurs études.

D'une part, l'exercice en MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles) est favorisé. Il vise à améliorer le confort de la pratique de la médecine générale dans ces territoires en évitant l'isolement des professionnels et en partageant les charges financières et administratives liées

au fonctionnement du cabinet. Ainsi, le gouvernement s'est fixé comme objectif de passer de 2251 MSP fin 2022 à 4000 MSP réparties sur le territoire d'ici 2027 (38).

D'autre part, des dispositifs d'incitation financière ont été proposées par les ARS, l'Assurance-maladie, les collectivités territoriales et les finances publiques.

Les premières aides fiscales ont été déployées dès 2005, avec la création des ZRR (Zones de Revitalisation Rurale) dans lesquelles la fiscalité entend favoriser l'entreprenariat. Un médecin s'installant en ZRR bénéficiera d'une exonération de cotisations sociales pour ses salariés, ainsi que d'une exonération fiscale initialement de 5 ans, puis, dégressive les années suivantes. Ce dispositif onéreux (55 millions d'euros en 2017), serait cependant d'une efficacité limitée et fortement pourvoyeur d'effets d'aubaine ne permettant pas de pérenniser les installations au-delà de ce délai de non-imposition (39).

Les collectivités territoriales proposent également des dispositifs d'aides variés portant sur l'installation ou le maintien des médecins en zone sous-dotée, le financement de MSP ou des investissements immobiliers. Cependant, les collectivités prennent ces initiatives de façon isolée sans vision d'ensemble ; « on ne sait même plus à quel point c'est financé », déplore ainsi l'ancienne vice-présidente de l'AMF (Association des Maires de France), qui regrette la concurrence que se livrent certains territoires (39).

L'Assurance Maladie et les ARS proposent également de nombreux dispositifs d'aide sous forme de contrats (Annexes 1 et 2).

Enfin, il existe une aide mensuelle de 1200 € du gouvernement qui peut être demandée dès la quatrième année des études de médecine et être versée tout au long de celles-ci. Il s'agit du CESP (Contrat d'Engagement de Service Public) qui, depuis sa création en 2009 par la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires), rencontre un certain succès (40,41).

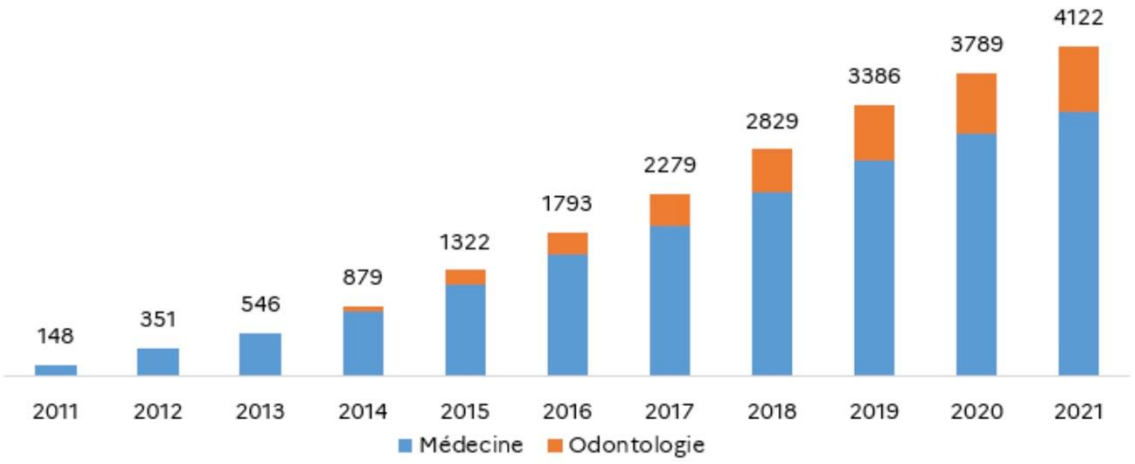


Figure 5 : Évolution cumulée du nombre de CESP signés depuis 2011 (40)

Au total, les seules incitations financières ne semblent pas avoir les résultats escomptés (42). En effet, 48% des internes et 47% des remplaçants les considèrent comme peu ou partiellement déterminantes dans leur choix d'installation, alors que la qualité territoriale du service publique et la proximité familiale apparaissent comme les déterminants majeurs (43). Les politiques visant l'amélioration de la répartition territoriale ne peuvent donc pas se fonder sur le seul levier des incitations financières mais semblent devoir agir sur l'ensemble des conditions d'exercice des médecins (42).

I.2.3. Actions pour épargner du temps médical

Une autre piste de réflexion visant à augmenter l'accessibilité des consultations de médecine générale est de libérer du temps médical. C'est-à-dire, supprimer ou déléguer certaines tâches du médecin généraliste qui semblent inutiles, redondantes ou ne pas relever de la seule compétence médicale.

Dans cette optique, le gouvernement ambitionne de créer 10 000 postes d'assistants médicaux d'ici fin 2024 (dont 5 808 étaient déjà recrutés en décembre 2023) afin de prendre en charge les nombreuses tâches administratives relatives au fonctionnement du cabinet médical ou à l'exercice médical lui-même, et qui empiètent sur le temps médical consacré à soigner les patients (44). Notons ici la faiblesse du dispositif comparativement à l'Allemagne qui dispose déjà de 440 000 assistants médicaux et où l'exercice libéral de la médecine sans assistant médical ne parait pas même envisageable (45).

D’autres initiatives ont émergé durant les dernières décennies comme la création en 2004, justement dans les Deux-Sèvres, de l’association ASALEE (Action de SAnté Libérale En Équipe). Elle permettait initialement à des infirmières de prendre en charge l’éducation thérapeutique et le suivi des patients diabétiques en coordination avec des médecins généralistes libéraux. L’association s’est ensuite étendue progressivement au niveau national. Les compétences accordées aux infirmières membres se sont également étendues au suivi de nombreuses autres pathologies chroniques comme les maladies cardio-vasculaires ou les troubles cognitifs. Ainsi, dès 2012, l’HAS leur délivre progressivement, dans ce cadre, l’autorisation de prescription pour certains examens complémentaires et traitements (biologies, vaccins, substituts nicotiniques…) (46,47).

En parallèle, le gouvernement a lancé depuis 2018 une formation d’IPA (Infirmier en Pratique Avancée). Cette formation de 2 ans, supplémentaire aux études d’infirmier, permet au infirmiers concernés une pratique proche et complémentaire de celle de l’infirmière ASALEE avec cependant une plus grande autonomie par rapport au médecin par la délégation de tâches (par exemple, renouvellement d’ordonnance des consultations de suivi de patient stables, gestion des viroses saisonnières, d’infections dentaires et de cystites simples) (48).

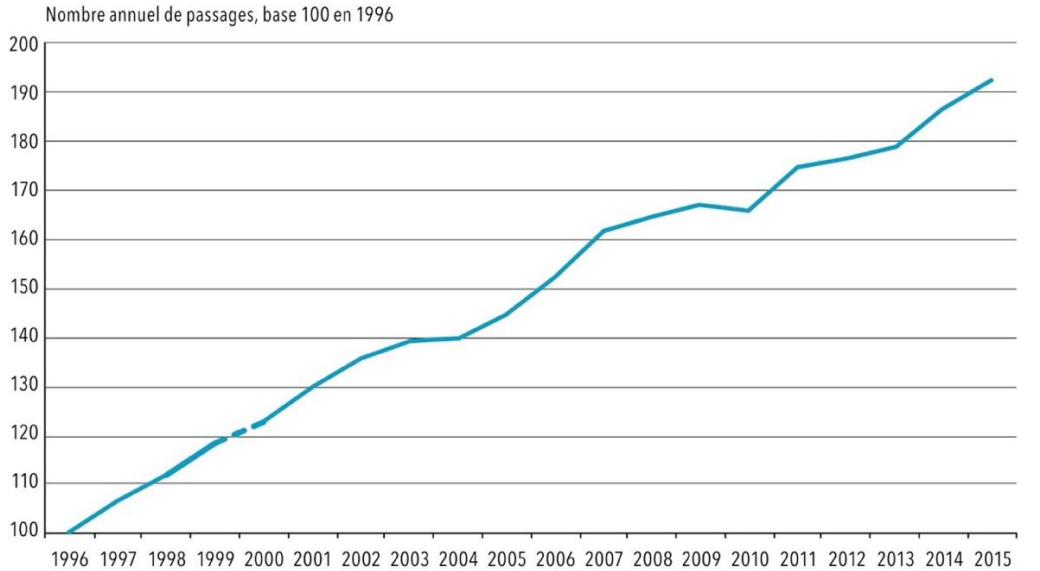
En plus de la création de ces différentes professions visant à augmenter la part du temps médical consacrée aux soins, certains actes ne nécessitant pas forcément de compétence médicale particulière ont pu être déléguées à des professions de santé déjà existantes.
C’est le cas des pharmaciens qui ont bénéficié depuis 2022 d’un élargissement progressif de leurs compétences, initialement par l’administration de vaccins déjà prescrits, puis par la prescription de ces derniers, et enfin pour la prescription d’antibiotiques dans le cadre d’angines et de cystites (49–51).

Enfin, notons que le modèle d’exercice pluriprofessionnel en MSP vise également, par la mise en commun de la charge administrative du cabinet, à libérer du temps médical. Une telle organisation de travail semble porter ses fruits, car les médecins travaillant en MSP reçoivent en moyenne plus de patients (600 patients supplémentaires reçus annuellement par MSP en moyenne) (38,52).

I.2.4. Adaptation des structures pour optimiser la réponse aux soins non-programmés

Les difficultés d'accès aux consultations de médecine générale décrites précédemment, d'autant plus en soins non-programmés, se traduisent inévitablement par une bascule des demandes non satisfaites des patients vers d'autres structures de soin. Ainsi les services d'urgence sont les premiers à subir le report de ces soins non-programmés ne pouvant être absorbés par le parcours de soin standard. Les services d'urgences ont fait preuve d'une résilience forte au cours des dernières années face à l'accroissement du recours des patients, mais ils seraient proches aujourd'hui du point de rupture selon un rapport du Sénat (53).

La majeure partie des passages aux urgences a lieu aux horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale. Ainsi, 43 % des passages aux urgences relèvent d'une simple consultation médicale, et 35 % auraient pu obtenir une réponse auprès d'un médecin généraliste. On ne peut cependant pas parler d'un « réflexe général » vers les urgences des patients. En effet, près d'un tiers (32 %) des patients accueillis ont fait des démarches auprès de professionnels de santé dans les 24 heures précédant leur arrivée au service , le plus souvent auprès d'un médecin (76 % de ces patients). N'y ayant pas trouvé de réponse satisfaisante (par exemple par les délais de rendez-vous trop longs), ils se tournent vers les services d'accueil des urgences (53).



Note > Ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.
Champ > France métropolitaine, hors SSA.
Sources > DREES, SAE 1996-2015, traitements DREES.

Figure 6 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences en France de 1996 à 2015 (54)

De nombreuses initiatives ont donc été mises en place pour tenter d'améliorer la réponse des médecins généralistes aux soins non-programmés.
Dès 1996, un an après la création des services d'urgence, se met déjà en place l'association SOS médecins qui propose à des généralistes de prises en charge les soins non-programmés lorsque les cabinets médicaux sont fermés (nuits, week-end et jours fériés). Elle étend désormais ses plages horaires afin d'absorber également les demandes en journée (53).

Crée depuis le pacte de refondation des urgences en 2019, le Service d'Accès aux Soins (SAS) est un dispositif censé permettre de faciliter l'absorption des soins non-programmés en amont des services d'urgences. Il repose sur une régulation au niveau du centre 15 que les patients devraient systématiquement appeler lorsqu'ils envisagent un passage aux urgences hospitalières. Le régulateur les oriente alors soit vers un médecin urgentiste (qui jugera de la nécessité d'un passage aux urgences ou de l'envoi d'un SMUR), soit vers un médecin généraliste (qui jugera de la nécessité, ou non, d'une consultation en médecine générale ou d'un passage aux urgences) (Annexe 3). Ce dispositif doit être généralisé à l'ensemble du territoire en 2024 (55).

Notons que dans le territoire étudié dans ce travail, les Deux-Sèvres, ce rôle de régulation vers la permanence des soins est historiquement assuré par une association de médecins généralistes libéraux, l'APPSUM (Association des Praticiens libéraux pour la Permanence des Soins et les Urgences Médicales).
Afin d'assurer une permanence de soin, cette association s'engage désormais à travailler avec le centre 15 en lui fournissant la liste des médecins généralistes d'astreinte (nuit, week-ends et jours fériés) par secteur dans le département, ainsi que celle des médecins généralistes régulateurs au centre 15 rentrant dans le cadre du SAS (56).

I.2.5. Initiatives récentes pour la médecine générale

Malgré toutes ces adaptations du système de santé, certains patients préfèrent ne pas consulter en médecine ambulatoire ni hospitalière devant les difficultés d'accès évoquées précédemment. Ainsi, on estime que 1,6 millions de français renoncent chaque année à se faire soigner faute d'un accès aux soins médicaux suffisant (57).

Plusieurs pistes ont donc été explorées durant les dernières années par les pouvoirs publics locaux ou par des collectifs médicaux pour pouvoir prendre en charge ces patients en priorité.

Tout d'abord, est évoquée la généralisation des cabines ou bornes de téléconsultation dans les zones-sous-dotées, avec déjà plus de 5000 exemplaires sur le territoire, dont plus de 300 devraient être installées dans les gares SNCF d'ici 2028 (58) et dont plus de 1200 sont déjà recensées dans des officines (57). Cependant, l'Ordre des médecins met en garde contre les dérives commerciales de la médecine et les conflits d'intérêt que ce genre de pratique peuvent soulever (59). En effet, prescrire un traitement dans un local qui le propose à la vente semble contrevenir aux articles 25 et/ou 23 du code de déontologie médicale (60,61).

Par ailleurs, devant le nombre croissant de médecins généralistes souhaitant désormais exercer en salariat, les collectivités ont dû s'adapter (62). Les départements les plus confrontés à la désertification médicale proposent ainsi la mise en place de centres départementaux de santé, dont le premier a été créé en Saône-et-Loire en 2017. Ils offrent un accès au soin de proximité via des médecins salariés, répartis sur le territoire dans les zones les moins denses en terme de démographie médicale (63). Selon un modèle similaire on retrouve des centres de santé pratiquant le salariat à l'échelle communale (comme le projet de centre de santé à Melle) ainsi que des versions à but lucratif proposée par des sociétés privées.

L'exercice en multisite est également proposé comme solution pour qu'un praticien puisse réaliser une partie de ses consultations dans une zone sous-dotée. Formellement interdite jusqu'à la révision du code de déontologie médicale de 1955 (64), l'accès à cette pratique en multisite a été simplifiée en 2019 pour pouvoir répondre aux besoins sanitaires de la population (65).
D'autre part, un collectif de médecins généralistes en Creuse, « Médecins Solidaires », tente également une nouvelle approche pour faciliter l'accès aux soins en milieu rural sous dense.
Cette association propose à des généralistes de toute la France de passer une semaine par an à exercer dans l'un de ses trois cabinets ouverts dans des déserts médicaux. La continuité des soins est alors assurée par un roulement de médecins changeant hebdomadairement dans ces cabinets. L'association ambitionne à terme de mobiliser 10 % des généralistes sur ce projet afin d'ouvrir 150 centres de ce type en France (66).
Ensuite, de manière plus anecdotique, mais qui met en lumière l'urgence de la situation, le déficit majeur en médecins à Nevers a poussé son maire à lancer un pont-aérien entre la ville

de Dijon et sa commune afin de pallier les difficultés d'accès au soin (67). Cependant, dans le contexte de lutte contre le réchauffement climatique actuel, cette piste ne semble pas adaptée à une généralisation sur le territoire (68,69).

Enfin, une initiative d'Unité Médical Mobile (UMM) a été lancé en 2019 dans le département de l'Orne : le Médicobus®. En pratique, il s'agit d'un cabinet médical mobile qui se déplace tout au long de la semaine dans plusieurs communes d'un territoire sous-doté prédéfinit (70). Ce dispositif correspond au sujet étudié dans notre travail de thèse. Il sera donc plus largement développé dans notre travail de recherche à suivre.

I.3. Le cabinet itinérant en médecine générale, objet de notre étude

I.3.1. Dans le monde

L'idée d'utiliser un véhicule pour amener une présence médicale dans des zones reculées et sous-dotées en médecins est loin d'être une innovation française. On retrouve en effet cette forme d'exercice à différentes périodes et dans de nombreux endroits du globe.

Tout d'abord, dans les pays du Sud global qui manquent d'infrastructures sanitaires, et qui sont fréquemment confrontés à des pénuries de traitements et de soignants, cette forme d'exercice semble prendre tout son sens (71,72).

Les UMM sont avant tout utilisée dans un objectif humanitaire dans des situations de grande précarité. Ainsi, en Érythrée dans les années 1980 ou plus récemment en Angola lors après la fin de la guerre civile en 2002 on pas pu assister à la mise en fonctionnement de telles unités (73,74).

D'un autre côté, il existe également des UMM avec un fonctionnement plus pérenne ressemblant d'avantage aux cabinets itinérants que nous souhaitons étudier. On retrouve par exemple, dès 1934, un article évoquant les UMM comme une solution pour apporter des soins médicaux dans les zones reculées de l'île Maurice (75). Cependant, des limites étaient déjà évoqués quant à la qualité des soins, jugée supérieure dans un dispensaire fixe.

Dans les années 1980 un projet d'organisation des soins par territoires avec une composante mobile pour prodiguer des soins primaires a été mis en place par le gouvernement du Kenya. Une étude sur 10 ans a permis de conclure à l'impact sanitaire positif et à l'intérêt d'une généralisation de ce dispositif (76).

Plus récemment encore, toujours au Kenya, l'association « Safari Doctors » poursuit ces effort de désenclavement de populations isolées au Sud-Est du pays avec des UMM par bateau ou véhicule terrestre (77).
Les pays d'Asie comprennent également des systèmes d'UMM dans leur organisation actuelle de soins, comme en Inde, dans la province de l'Odisha, où 80% des besoins en soins de santé sont assurés par ces cabinet médicaux mobiles (78).
Après la mise en place de tels services de médecine de proximité mobile en Arabie Saoudite, une étude a montré que près de 80% des patients interrogés y ayant eu recours étaient satisfaits du service rendu bien qu'ils étaient conscients que les soins prodigués par l'UMM ne pouvaient pas se substituer aux soins en centre de santé fixe (79).
Enfin, notons l'exemple atypique du train-hôpital russe « Akademik Fedor Uglov » qui sillonne l'une des régions les moins densément peuplées du monde : la Sibérie. Il appartient à la compagnie des chemins de fer de Russie (RZD) qui possède cinq de ces trains de dix wagons s'arrêtant annuellement dans les stations desservies (restant alors trois jours à quai). Ils proposent une gratuité des soins pour des consultations spécialisées ainsi que des examens biologiques ou d'imagerie médicale (80).

Dans les pays du Nord au vaste territoire comme les Etats-Unis et l'Australie, des UMM sont également engagées dans l'accessibilité aux soins primaires dans les territoires ruraux reculés (71). Ainsi, on retrouve, dès les années 1970, des camions médicalisés dans l'Oklahoma rural, dans les Appalaches ou dans les réserves indiennes d'Arizona (81–83).
Plus récemment, en 2007, est crée par l'Université d'Harvard et une association médicale américaine (la Mobile Healthcare Association) en partenariat avec un cabinet médical mobile (le Family Van de Boston) la Mobile Health Map. Il s'agit d'une plateforme en ligne sur laquelle les différentes UMM exerçant aux Etats-Unis sont invités à partager des données sur leur pratique afin d'avoir des ressources pour analyser et étudier cette forme d'exercice médical mobile (84).
Ainsi un rapport remis par la plateforme au ministère de la santé américain a pu, par exemple, montrer que 41% de ces UMM états-uniennes délivraient des soins primaires, majoritairement à des patients de zones rurales, semi-rurales ou urbaines défavorisées (84).

En Australie, une association inspirée du modèle américain a été créée dans le cadre plan de santé 2015-2025 du gouvernement : l'Australian Mobile Health Clinics Association.

Elle vise à développer les UMM dans les domaines de prévention et de soins primaires à l'instar de la Mobile Health Map américaine.

Cependant, en Europe, une densité de population plus importante avec moins de vastes territoires inoccupés et un maillage de structures de soin plus étroit pourraient remettre en question l'intérêt de la mise en place de telles structures de soin.
On remarque pourtant que certains pays européens sont déjà engagés dans cette voie comme nos voisins allemands. En effet, dans le Land de Basse-Saxe, autour de la ville de Burgdorf, on retrouve dès 2013 la première initiative de cabinet médical mobile. Il passait initialement toutes les 2 à 3 semaines sur les marchés du secteur, mais a rapidement du se cantonner à une tournée hebdomadaire sur 5 villages sous-dotés afin de préserver une qualité de suivi suffisante (85,86).

Image 1 : Premier cabinet de médecine générale itinérant en Allemagne, Land de Basse-Saxe, région de Burgdorf (85,86)

Dans le Land de Hesse, une fédération locale de médecins (la Kassenärztliche Vereinigung Hessen) a également créé un projet de cabinet médical mobile : le Médibus. Il dessert, en roulement, six villages touchés par la désertification médicale et prend en charge des stagiaires afin d'attirer les jeunes médecins vers l'exercice rural en vue d'installations futures (87,88).

Image 2 : Photographies de l'intérieur et représentation graphique de l'extérieur du Médibus (87)

Voyons à présent ce qu'il en est en France.

I.3.2. La médecine ambulante et les UMM dans l'histoire en France

Durant le haut Moyen-Âge, c'est principalement le clergé qui prenait en charge les soins médicaux. Les connaissances médicales se limitaient alors à quelques ouvrages incomplets, mêlant observations empiriques et superstitions. La faculté de Salerne fût donc fondée dès le XIe siècle, permettant l'études d'auteurs grecs et arabes, alors nouvellement traduits par Constantin et Gérard de Crémone, afin de lutter contre cet empirisme aveugle (89).

Elle devint un pôle d'attraction scientifique pour l'ensemble du bassin méditerranéen. A l'époque, les soins médicaux étaient surtout prodigués dans de lieux fixes comme des monastères ou, plus tard, des hospices.

Cependant, souhaitant réorienter l'activité des clercs vers le soin des âmes plutôt que du corps, l'Église prit position en 1163, lors du concile de Tours et décréta qu'elle « détestait le sang » (Ecclesia abhorret a sanguine).

Cette doctrine a bouleversé l'organisation du système de santé médiéval, les médecins (principalement membres du clergé) se retrouvant forcé à déléguer les actes chirurgicaux aux seuls qui alors étaient en capacité de manier des lames avec précision : les barbiers (90).

Ces derniers se retrouvaient donc à devoir prendre en charge de nombreux maux, sans forcément changer leur forme d'activité. Ils restèrent donc souvent itinérants, allant de marché en marché avec une échoppe-ambulante tractée par la force animale comme on peut en voir un exemple dans le film de 2013 « Der Medicus » (« l'Oracle » en français) de Philipp Stölzl.

Image 3 : Échoppe ambulante du barbier-chirurgien Rob Cole dans le film de 2013 « Der Medicus » de Philipp Stölzl (91)

Au XIIIe siècle, Saint-Louis décidait de distinguer les simples barbiers des barbiers-chirurgiens en les réunissant en confrérie (90). Ce n'est qu'en avril 1743 que Louis XV décide de réintégrer la chirurgie dans le giron médical en exigeant des chirurgiens néoformés qu'ils disposent du grade universitaire de « maître-ès-arts » au même titre que les médecins (89).

Cela ne signe pourtant pas la fin de la médecine mobile, car on note aux XVIIe et XVIIIe siècle une distinction entre les docteurs régents (ayant soutenu un postillaire) exerçant en ville, et les médecins-forains (diplômés du « petit savoir ») pratiquant un exercice mobile dans les campagnes (64,92).

On assiste plus tard, lors de la Révolution française, à un nouveau bouleversement de la profession médicale avec la loi du 19 Ventôse de l'an XI (10 mars 1803) créant la profession d'officier de santé pour répondre à la désertification médicale rurale ainsi qu'aux besoins urgents des armées de la première République (93). Cette profession nouvelle est décrite comme l'héritière de la médecine foraine par le médecin et historien Jean-Paul Lévy (94).

Une telle forme d'exercice médical restera acceptée et tolérée avant d'être progressivement décriée à partir du XIXe siècle par les autres médecins. La médecine foraine était assimilée au charlatanisme ou à la concurrence déloyale. Elle était vue comme une forme d'exercice ne permettant pas une qualité de suivi suffisante (64,95). Ce processus ira jusqu'à l'interdiction de la médecine foraine, en 1947 dans l'article 66 du premier code de déontologie médicale (96).

I.3.3. Le cas de la médecine foraine en France : aspects déontologiques et juridiques

Étymologiquement, le mot « forain » dans la langue française viendrait initialement du latin « foris » signifiant « de l'extérieur » (donnant en anglais actuel le terme « foreign » signifiant « étranger »). Avec le temps, il a donc pu servir de qualificatif pour les marchants ou le bétail venant de l'extérieur de la ville pour se rendre à la foire (64). Emile Littré évoque la dérive du mot forain dans ce contexte, devenant « ce qui se rapporte à la foire » (97).
Le terme de « foraine » appliqué à la médecine, proviendrait quant à lui, à l'origine, d'une mauvaise traduction de « forensis medicina » (98). Cette formule décrivant initialement la médecine légale (médecine du « forum »), elle est toujours utilisée dans les pays anglo-saxons dans ce sens, « forensic medicine » désignant la médecine légale (99).
Par la suite, le terme de « médecine foraine » aurait fini par désigner une médecine « de foire », se rapprochant ainsi du terme du langage courant « forain ». Ce rapport aux échoppes ambulantes de la foire à progressivement participé à utiliser ce terme pour désigner une médecine ambulante, itinérante avec une connotation peu sérieuse (64).

Comme nous venons de le voir, après avoir été décriée durant près d'un siècle, la médecine foraine a été interdite le 27 juin 1947 par la promulgation par le garde des sceaux du premier code de déontologie médicale sous forme de décret (96).
Notons qu'un autre article promulgué dans ce même code cristallisait alors davantage de tensions. Il s'agit de l'article 64 portant sur l'interdiction des cabinet multiples et s'appuyant sur un argumentaire similaire. On peut supposer que cet article ait provoqué plus d'indignations car les médecins exerçant dans des cabinets secondaires devaient être plus nombreux que ceux pratiquant un exercice forain (64).

Il n'y a par la suite pas eu d'évolution quant à cette interdiction dans les révisions du code de déontologie médicale de 1955 et 1979 (100,101).

Ce n'est qu'en 1995 qu'une dérogation à cette interdiction est permise, mais uniquement par le conseil département de l'ordre des médecins, et pour des objectifs de santé publique (102). Bien que la définition des possibles dérogations reste ici assez imprécise, il semblerait que les objectifs visés soient davantage de la prévention ou des objectifs médico-sociaux que la lutte contre la désertification médicale qui n'était pas un grand sujet sociétal à l'époque.

En 2009, dans un contexte de démographie médicale plus tendu, un premier projet de cabinet médical itinérant pour lutter contre la désertification médicale avait été proposé dans l'Oise. Mais il avait été retoqué par le conseil départemental de l'ordre des médecins de l'Oise avec comme arguments que la médecine foraine est interdite et qu'un telle exercice s'apparenterait à de la concurrence déloyale (103).

Par la suite, parait en 2012 le dernier code de déontologie médicale. Par décret, y est ajoutée une dérogation à l'interdiction de la médecine foraine visant à pallier les carences d'accès aux soins « quand les nécessités de la santé publique l'exigent » (104).
On y précise que « La demande d'autorisation est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée. Celui-ci vérifie que le médecin a pris toutes dispositions pour répondre aux urgences, garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins aux patients qu'il prend en charge. L'autorisation est personnelle et incessible. Il peut y être mis fin si les conditions fixées aux deux alinéas précédents ne sont plus réunies. Le conseil départemental au tableau duquel le médecin est inscrit est informé de la demande lorsque celle-ci concerne une localité située dans un autre département » (104).
Ce décret ouvre la voie à des expérimentations de médecine générale itinérante dans des UMM en France.

Année de parution des codes de déontologie	Articles encadrant la médecine foraine	Apports spécifiques sur le sujet de la médecine foraine
1947	66	Première interdiction déontologique de la médecine foraine. Apport d'une définition : On entend par médecine foraine l'exercice habituel et organisé de la médecine hors d'une installation régulière.
1955	18	
1979	64	
1995	74	Dérogation à l'interdiction possible par le conseil départemental pour des « objectifs de santé publique ».
2012	74	Dérogation afin de pallier les carences d'offre de soin : « Toutefois, quand les nécessités de la santé publique l'exigent, un médecin peut être autorisé à dispenser des consultations et des soins dans une unité mobile selon un programme établi à l'avance ».

Tableau 1 : Évolution chronologique de l'encadrement déontologique de la médecine foraine

I.3.4.Le modèle du Médicobus®

Depuis les clarifications du décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 (portant modification du code de déontologie médicale) autorisant des dérogations à l'interdiction de la médecine foraine, plusieurs projets de cabinet médical itinérant ont vu le jour.

Ainsi la première dérogation permettant la mise en place d'une telle UMM est délivrée dans le département de l'Orne au projet « Médicobus® » en 2020 (70). Il s'agit donc de la première UMM de médecine générale légalement en circulation depuis l'interdiction de la médecine foraine en 1947 en France.

Ce projet a été lancé en parallèle de la création de la CPTS Orne-Est et a donc naturellement été rattaché territorialement à ce dernier. Il s'agit d'une structure indépendante, association loi

1901, créée à l'initiative de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) Normandie (70).

Nous avons contacté téléphoniquement le fondateur de ce projet au niveau de l'URML, Denis Chevalieras, qui nous a donné quelques précisions sur le montage juridique, financier et sur l'organisation de travail permettant la viabilité d'un tel projet.

Tout d'abord, il est selon lui utopique de penser qu'un cabinet médical itinérant puisse s'autofinancer. En effet, plusieurs études tendent également à montrer la non-rentabilité d'un tel dispositif (105–107). C'est pourquoi, la seule structure permettant une souplesse financière suffisante pour une UMM de soins primaires est, pour monsieur Chevalieras, une association de type loi 1901, donc à but non-lucratif (108).

Cette structure associative répond effectivement selon lui à plusieurs nécessités concernant un cabinet médical itinérant en France :

- Elle permet au président d'association d'être le réceptacle de la dérogation de pratique de la médecine foraine. Rappelons effectivement que selon le nouveau code de déontologie médicale, cette « autorisation est personnelle et incessible », ce qui poserait un problème dans le cas d'un médecin exerçant seul, ne pouvant alors pas être remplacé (104).
- Elle permet de salarier des médecins « à la journée » avec un volume d'heures à respecter.
- Elle permet à des médecins retraités qui souhaiteraient s'impliquer dans l'association un cumul emploi-retraite.
- Elle peut prendre le statut de « cabinet traitant » pour les patients indépendamment du médecin recevant les patients en consultation.

Initialement, selon Denis Chevalieras, il avait été envisagé dans un premier montage, de rattacher l'UMM à un centre hospitalier local. Cette option n'a alors pas été retenue car, selon lui, une facturation passant par un hôpital était encore moins tenable financièrement du fait d'une facturation devant prendre en compte de nombreux autres éléments comme la présence d'un secrétariat continu dans l'hôpital avec un bureau dédié et les frais qui en découlent par exemple.

Comme nous l'avons vu précédemment, le Médicobus® est rattaché à la CPTS Orne-Est.

Rappelons que depuis 2023, toutes les CPTS doivent être également structurées sous forme d'association loi 1901 (109).

Cette structure présente pour monsieur Chevalieras l'avantage de pouvoir intégrer l'association d'un cabinet médical itinérant comme « association fille ». La CPTS, en tant qu'« association mère », reçoit ainsi des financements de l'Assurance maladie pour diverses missions évoquées auparavant dont la mission d'amélioration de l'accès aux soins (notamment l'accès à un médecin traitant et l'optimisation de la réponse aux soins non programmés) (25). Elle peut ensuite reverser cette somme au cabinet itinérant en qualité d' « association fille » comme c'est le cas pour le Médicobus®. Il s'engage alors à remplir deux objectifs : fournir un accès à un médecin traitant aux patients qui en sont dépourvu, d'autant plus s'ils sont en ALD (Affection Longue Durée), et fournir un accès à des consultations dans le cadre de soins non-programmés (70).
Notons qu'en plus des financements par l'Assurance maladie via la CPTS Orne-Est, le Médicobus® bénéficie également de financements de l'ARS normande ainsi que de la Région Normandie.

Nous avons ensuite contacté téléphoniquement Karine Foucoin, directrice de la CPTS Orne-Est pour de plus amples informations sur le véhicule et l'organisation de travail.
Selon elle, l'ARS normande et la Région Normandie ont, avec le concours du FNADT (Fonds National d'Aménagement et de Développement du Territoire), participés à l'achat et à l'aménagement d'un véhicule de type camping-car d'occasion pour un total d'environ 75.000 €.

Image 4 : Intérieur et extérieur du Médicobus® (110–113)

Pour obtenir une fourchette de prix envisageable pour ce genre d'UMM, nous avons également contacté par mail madame Coralie Nivol, manager en marketing et communication auprès de l'entreprise ©Toutenkamion. L'entreprise conçoit et fabrique des véhicules médicaux légers (3,5 tonnes) dans leurs ateliers du Loiret coûtant entre 140 000 € HT et 200 000 € HT neufs et aménagés selon les besoins des clients.

Image 5 : Intérieur et extérieur d'un camion médical aménagé ©Toutenkamion

L'avantage principal du véhicule type 3,5 tonnes par rapport au camping-car aménagé est l'accessibilité aux fauteuils roulants.

Enfin, d'auprès Karine Foucoin, sur un plan organisationnel, le Médicobus® propose des rendez-vous de 9 heures à 18 heures avec une pause de 13 heures à 14 heures du Lundi au Vendredi. Il dispose d'un secrétariat dédié comme un cabinet médical fixe présent dans les locaux de la CPTS.

Il fonctionne par demi-journées permettant à chaque fois un changement de médecin si nécessaire. Un roulement est assuré par quatre assistants médicaux s'assurant de l'acheminement et de la mise en place du Médicobus® sur les différents lieux de consultation, ainsi que de l'ouverture de la salle d'attente, mise à disposition dans les différents locaux communaux. La présence médicale est assurée par 12 médecins (3 en activité et 9 jeunes retraités) assurant soit une journée par semaine de présence, soit une demi-journée

hebdomadaire ou bi-hebdomadaire selon leur disponibilité. Le dispositif est pensé pour que le même médecin soit affecté à la même commune pour une meilleure continuité des soins.

Il peut ainsi théoriquement desservir hebdomadairement jusqu'à un maximum de dix communes (une par demi-journée). En pratique il retourne à plusieurs reprises durant la semaine dans la même commune si besoin. Madame Foucoin nous donne l'exemple d'un village ou deux médecins généralistes sont partis à la retraite. Le Médicobus® y est alors intervenu deux jours par semaine initialement, puis, après l'installation d'un nouveau médecin généraliste, il n'y est plus intervenu qu'un jour par semaine, et enfin, après l'installation d'un second praticien dans la commune, il n'y intervient plus que pour une demi-journée hebdomadaire.

Une fois la viabilité et l'adaptabilité du modèle éprouvée, d'autres initiatives similaires sont apparues comme le cabinet médical itinérant Doct'Eure dans le département de l'Eure mis en circulation en mai 2023 (114).

I.3.5. Premiers résultats et perspectives : le plan France ruralités

Le processus d'assouplissement de l'interdiction de la médecine foraine entrepris depuis 2012 a ouvert la France au mode d'exercice itinérant de la médecine. Comme nous venons de le voir, il ne s'agit pas d'autoriser la généralisation d'un exercice déstructuré et superficiel de la médecine générale, avec des UMM circulant dans le pays au gré des envies des médecins les conduisant. Il s'agit au contraire d'une dérogation octroyée à cette forme d'exercice dans le cas bien précis de zones sous-dotées médicalement afin d'y offrir un accès aux soins primaires de proximité et de qualité quand les nécessités de la santé publique l'exigent (70,104).

Un exercice de proximité dans les déserts médicaux vise avant tout à réancrer dans un parcours de soin de qualité les patients dépourvus de médecin traitant qui s'y trouvent souvent en errance médicale. Ainsi, le Médicobus® de l'Orne, pionnier en la matière, a pu récolter de précieuses données sur la pratique médicale qui y est proposée.

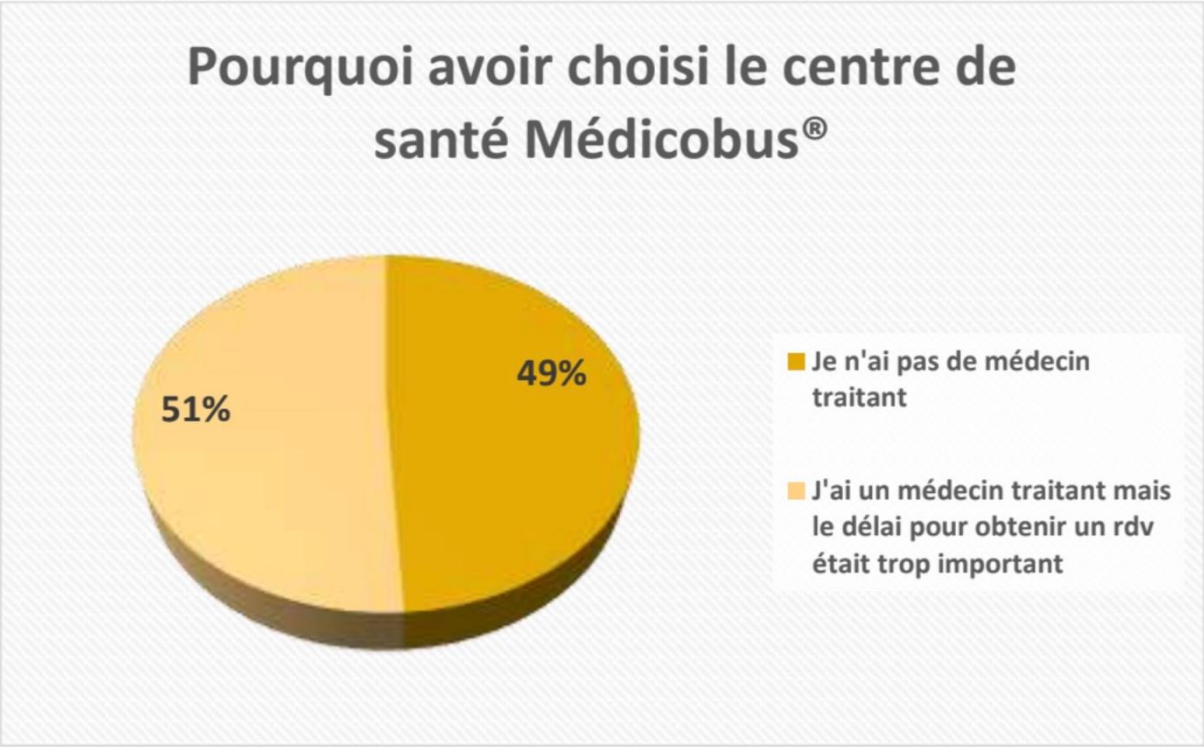


Figure 7 : Diagramme circulaire représentant l'évaluation auprès de patients du Médicobus® des raisons de leur consultation (115)

Ainsi, ce graphique issu de la Synthèse des résultats de l'enquête de satisfaction des patients reçus pour une consultation par le centre de santé Médicobus® (réalisés auprès de 108 patients de ses débuts jusqu'en novembre 2021) semblent montrer que les objectifs d'accessibilité du dispositif sont remplis. En effet, près de la moitié (49 %) des participants n'avaient pas de médecin traitant initialement et les autres ont consulté faute de pouvoir être reçu dans un délai qu'ils jugeaient satisfaisant auprès du cabinet de leur médecin traitant.

On note également dans cette enquête que 49 % des patients avaient tenté de contacter un autre médecin sans succès avant de contacter le Médicobus®.

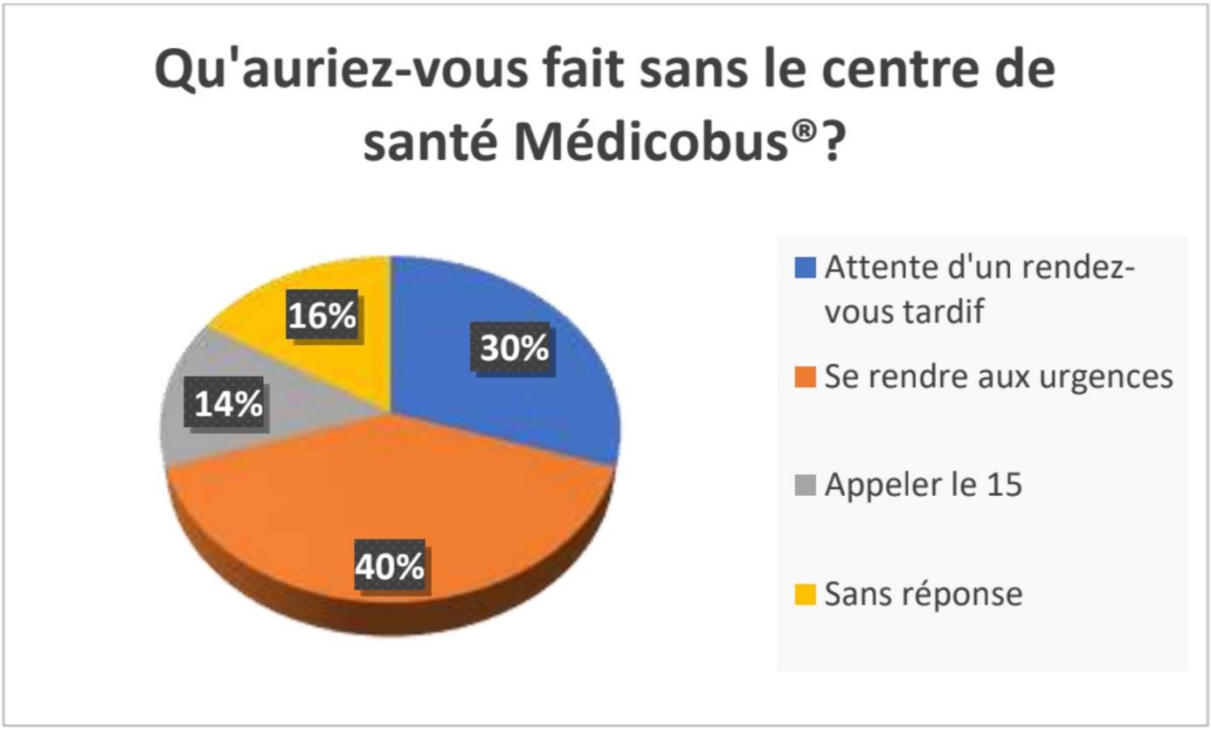


Figure 8 : Diagramme circulaire représentant les attitudes qu'auraient tenu les patients en l'absence de possibilité d'être reçu par le Médicobus® (115)

De plus, ce dispositif semble bien répondre aux demandes de Santé Publique en désengorgeant les services d'urgence, le centre 15 et en évitant la perte de chance liée à une attente trop longue avant de consulter (115).

Par ailleurs, 88 % des patients interrogés décrivaient comme bonne ou très bonne l'accessibilité du Médicobus® et 90 % en jugeaient le confort comme bon ou très bon (115).
Enfin, 78 % des patient interrogés se disaient très satisfaits du dispositif quand 22% se disaient simplement satisfaits. 91 % jugeaient que la consultation avait apporté une réponse à leur demande de soin et 92% se disaient prêts à recommander le Médicobus® autour d'eux (115).

Devant les résultats encourageants du Médicobus® , Elisabeth Borne, alors première ministre, a lancé à Saulgé dans la Vienne, le 15 juin 2023, le plan « France Ruralités ».
Elle y décrit les objectifs du gouvernement pour répondre aux enjeux de la France rurale. Parmi d'autres mesures, elle y annonce, d'ici 2024, le déploiement de 100 « médicobus » avec les collectivités volontaires dans l'optique de répondre aux défis de la santé, de l'accès au soin et de la lutte contre les déserts médicaux (116).

En novembre 2023, la ministre déléguée de la Santé chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, Agnès Firmin le Bodo, réaffirmait cet objectif avec un appel à projet pour une première vague de 30 projets d'UMM de médecine générale qui seront sélectionnés au cours du premier semestre 2024 et 70 supplémentaires d'ici la fin de l'année 2024 (117).

Le coût de développement de ces cabinets médicaux itinérants a été chiffré à 20 millions d'euros. La moitié devrait être prise en charge par l'État, l'autre moitié devant être prise en charge par l'Assurance maladie et des financeurs locaux (118).
Ainsi, en février 2024, c'est déjà une dizaine de ces UMM qui seraient déployés dans les départements de la Manche, de la Lozère et en région Provence-Alpes Côte d'Azur.
De nombreuses ARS, comme celle de Nouvelle-Aquitaine, indiquent étudier attentivement les premiers projets présentés, participant ainsi également à la généralisation de cette forme d'exercice (118).

II. Introduction

Actuellement, la chute de la démographie médicale en France, souvent qualifiée de désertification médicale, touche en priorité les médecins généralistes (5), principalement en milieu rural (6). On remarque, en parallèle, un vieillissement global de la population française (119), ainsi qu'une majoration de la consommation de soins médicaux (11).
Ces phénomènes additionnés résultent en une diminution inégale de l'accès aux soins primaires sur le territoire (15).

La DRESS définit des zones d'intervention prioritaire sur l'offre de médecine générale par une accessibilité inférieure à 2,5 consultation par habitant et par an auprès d'un généraliste (13).
En 2022, 8% de la population française vivait dans de telles zones sous denses, et plus de 20 millions de français (soit 30 % de la population) sont régulièrement confrontés à la pénurie en médecins généralistes avec les difficultés d'accès au soin qui en découlent (13,22).

Les pouvoirs publics tentent de réagir à cette situation de pénurie en proposant différentes solutions comme le développement de la télémédecine, d'aides à l'installation, du salariat en médecine générale, d'une organisation territoriale des soins, du regroupement des professionnels en centres de santé, de la délégation de certaines tâches médicales vers les professions paramédicales ou du cumul emploi-retraite (16).

Un rapport de l'Assemblée nationale datant de 2018 a tenté d'évaluer au mieux l'impact que ces différentes mesures ont pu avoir durant la précédente décennie sur la désertification médicale. Il constate une relative inefficacité de ces dispositifs incitatifs qui semblent insuffisants face à l'ampleur du processus de désertification et s'avèrent en outre coûteux (120).

D'autres pistes ont donc été explorées localement pour prendre en charge en priorité les 1,6 millions de français qui renoncent chaque année à se faire soigner faute d'un accès aux soins médicaux suffisant, on retrouve par exemple l'exercice multisite (simplifiée en 2019 pour pouvoir répondre aux besoins sanitaires croissants de la population) ou l'exercice associatif proposant aux généralistes un exercice solidaire, en relais hebdomadaire, dans les déserts médicaux (65,66).

Dans la même dynamique, le code de déontologie médicale a été adapté en 2012 afin de permettre des dérogations à l'interdiction historique de la médecine foraine (104). Ce changement visait à ouvrir la voie à des initiatives d'Unités Médicales Mobiles (UMM) pour lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins primaires.

Ainsi la première UMM de médecine générale a été lancé en 2019 en Normandie sous le nom de Médicobus® (70).
En pratique, il s'agit d'un cabinet médical mobile qui se déplace tout au long de la semaine dans plusieurs communes d'un territoire sous-doté prédéfinit. Ce dispositif a pour vocation d'être utilisé dans le cadre de la gestion des soins non programmés, pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant déclaré ou dont le médecin habituel n'est pas disponible. Il peut également répondre à un besoin de médecin traitant sur un territoire, fonctionnant alors comme un cabinet traitant classique, mais de façon itinérante (70).

Ce modèle d'UMM a rapidement attiré l'attention des pouvoirs publics. Elisabeth BORNE, alors première ministre, décide de l'intégrer à son projet France Ruralités : un plan pour une équité territoriale, présenté le 16 juin 2023. Le gouvernement y projette, la création de 100 UMM de ce type d'ici la fin 2024 afin d'apporter une offre de soins de proximité dans les territoires les plus touchés par la désertification médicale (116).

La nouveauté de cette forme d'exercice mobile en France, ainsi que sa généralisation rapide sur le territoire nous poussent à nous interroger sur son acceptabilité par les patients en zone sous-dotée.

Notons que devant l'interdiction historique de la médecine foraine, ce thème a très peu été abordé en recherche en France. Quelques études récentes ont cherché à évaluer le point de vue de médecins généralistes sur le sujet (121–123). Cependant, nous n'avons retrouvé qu'une étude de 2016, antérieure aux premiers cabinets itinérants français, qui cherchait à évaluer le regard que portaient les patients sur cette forme d'exercice (124).

L'objectif de notre étude est donc d'évaluer les attentes des patients en zone rurale sous-dotée envers une médecine générale itinérante de proximité (sur le modèle du Médicobus®) afin d'établir si ces attentes semblent coïncider avec les réalités de cette forme d'exercice.

Le but affiché est de donner des clefs de compréhension aux divers médecins et collectivités qui souhaiteraient prendre part à un projet de médecine itinérante.

III. Méthode

III.1. Type d'étude

La médecine générale, comme les soins primaires dans leur ensemble, sont centrés sur la personne plutôt que sur sa pathologie. Elle tente donc de prendre en compte le patient dans sa globalité, avec ses aspects bio-médicaux, socio-environnementaux et psychologiques.
La médecine générale est ainsi l'un des rares ponts entre les sciences fondamentales, dites « dures » et les sciences humaines et sociales, dites « molles » (125). Cette proximité dans les objets d'étude explique que la discipline s'empare des outils de recherche qualitative issus des sciences humaines et sociales (126).

Cette recherche qualitative repose sur l'évaluation et l'analyse de comportements humains non quantifiables de façon objective. Elle peut donc apporter un éclairage sur la complexité des comportements d'accès aux soins primaires (127). Elle comprend les méthodes observationnelles et d'entretien qui peut être individuel ou collectif (focus group) (128).

Le chercheur doit rester ouvert à la possibilité que les concepts émergeant de son étude puissent être différents ceux qu'il s'attendait à retrouver. L'évaluation qualitative nécessite de respecter des critères de scientificité propres afin de d'être recevable (126).

« Les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer » (129). Elles se différencient ainsi des méthodes quantitatives des sciences fondamentales qui reposent sur des données codifiées dont l'analyse repose sur des méthodes statistiques.

III.2. Choix de la méthode des groupes de discussion (focus groups)

Pour cette étude, nous avons choisi la méthode qualitative du focus group également appelée groupe de discussion ou entretien collectif. Ici, les entretiens collectifs sont semi-structurés, ce

qui signifie qu'un guide d'entretien permet d'aborder certains dans la conversation, sans fermer la porte aux thèmes abordés spontanément par les patients.
Cette technique permet de recueillir une grande quantité de données en un temps limité. Elle crée une dynamique de débats et discussions entre les participants, leur permettant de croiser les points de vue et d'en élargir l'éventail grâce aux interactions entre les participants.
Notons que même les opinions minoritaires sont valides (126).

Cette méthode commence par un recueil des données en plusieurs étapes :

- Définition des thèmes et objectifs,
- Élaboration d'une trame de questions ouvertes, courtes et claires (permettant un entretien semi-dirigé),
- Sélection des participants selon des caractéristiques communes et homogènes en lien avec le thème abordé, visant à panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet (idéalement six à huit participants volontaires),
- Sélection d'un modérateur chargé d'animer le groupe et d'un observateur du groupe habituellement chargé de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissent lors des réunions,
- Réalisation de la séance.

Elle se poursuit ensuite par l'analyse du contenu recueilli en plusieurs étapes :

- Phase de collecte (retranscription intégrale des entretiens sous forme de verbatims),
- Phase d'analyse, reproductible, consistant en la recherche de sous thèmes ou occurrences qui pourront ensuite être regroupés en grands thèmes ou grands concepts,
- Réalisation d'une synthèse narrative et descriptive suivie d'une analyse interprétative des données (126,130).

Nous nous sommes inspirés de l'approche par théorisation ancrée crée par Glaser et Strauss dans les années 1960 aux États-Unis.
Son objectif est ici de construire un modèle explicatif d'un comportement social susceptible d'être utiles aux soins (d'où le terme de « théorisation »). Il se fonde donc sur l'analyse des phénomènes sociaux dans une population identifiée pour en extraire des informations sur le thème de recherche (126).
On ne peut pas déterminer à l'avance le nombre de participants nécessaires à l'élaboration d'un tel modèle explicatif car l'échantillonnage se réfère au principe de saturation des données. Ainsi lorsqu'un groupe de discussion n'apporte plus aucun élément par rapport aux

précédents, on juge cette saturation des données atteinte et on cesse le recrutement et la réalisation de nouveaux groupes de discussion (126).

III.3. Participants

III.3.1 Patients

Comme vu précédemment, nous avons décidé de fixer notre étude dans le cadre géographique d'une CPTS afin de correspondre modèle de déploiement du Médicobus® (CPTS Orne-Est). Pour des raisons pratiques, nous avons décidé de choisir la CPTS du Niortais où vit l'investigateur principal.

Toujours dans l'optique de nous inspirer du fonctionnement du Médicobus®, nous avons décidé de recruter les participants aux groupes de discussion au sein des communes en ZIP, dites « désert médical » sur ce territoire (selon le calcul de référence, avec une APL de moins de 2,5 consultations par habitant et par an auprès des médecins généralistes de moins de 65 ans).

Visant une proportion de participants sans médecin traitant se rapprochant de 49 % (pourcentage des patients du Médicobus® déclarant ne pas avoir de médecin traitant), nous avons pris contact avec monsieur Julien Bouchereau, responsable du Département Santé de la CPAM des Deux-Sèvres. Il nous a permis l'envoi par la messagerie sécurisée de la plateforme Ameli d'un mail ciblant les assurés sans médecin traitant, présents dans les 15 communes en ZIP de la CPTS du Niortais (Annexe 4).

Ces communes, qui ont été ciblées par l'outil en ligne Cartosanté sont : Villers-en-plaine, La Foye-Monjault, Granzay-Gript, Fors, Saint-Martin-de-Bernegoue, Juscorps, Saint-Romans-des-Champs, Brûlain, Germond-Rouvre, Siecq, Val-du-Mignon, La Rochénard, Marigny, Prahecq et Vallans.

Notons que sur les 401 personnes ciblées par cet envoi, nous n'avons reçu que deux réponses de personnes favorables à une participation.

Nous avons alors recruté les autres participants par des imprimés laissés dans des commerces et lieux publiques de ces communes (Annexe 5).

III.3.2 Investigateurs

La présence de deux investigateurs est nécessaire à la validité scientifique lors de la réalisation d'un groupe de discussion.

L'un d'eux est le modérateur. Il s'occupe de mettre en place une dynamique de groupe propice à la bonne tenue des entretiens collectifs. Il tente de répartir équitablement le temps de parole entre les participants. Il gère les groupes de discussion semi-dirigés en posant régulièrement les questions ouvertes du guide d'entretien (Annexe 6), relançant les idées soulevées et précisant les opinions des participants (126).
Après plusieurs prises de contact infructueuses auprès de la faculté de sciences humaines et sociales de Poitiers visant à trouver un modérateur aguerri, ce rôle a finalement été pris par l'investigateur principal Maxime Misbert.

L'autre est l'observateur. Il est responsable de l'enregistrement des entretiens collectifs ainsi que de la logistique (boissons, lumière,…). Il doit consigner l'ordre de prise de parole des participants, ainsi que les échanges non-verbaux qui seront intégrés à la retranscription (126).
Ce rôle a été successivement assuré par :

- Monsieur Matthieu Wenzler, pharmacien, dans le premier groupe de discussion,
- Monsieur Rémi Marchal, interne en médecine générale, dans le second groupe de discussion,
- Docteure Mégane Pairot, pharmacien, dans le troisième groupe de discussion.

Notons qu'à l'issue de chaque groupe de discussion, il est prévu un temps de « debriefing » entre les deux investigateurs de l'entretien, afin de pointer les éventuels problèmes techniques à résoudre, de proposer des améliorations ou modifications du guide d'entretien avant le prochain groupe de discussion ou de débuter la réflexion sur le recrutement à venir (126).

III.4. Guide d'entretien

Pour la réalisation de notre guide, nous nous sommes inspirés du seul travail préliminaire sur l'étude du point de vue des patients sur l'exercice de la médecine générale en cabinet itinérant que nous avons pu retrouver en France récemment (124).
Ce travail d'Erwan Langlassé était basé sur 17 entretiens individuels. Il mettait en évidence une relative adhésion au projet de médecine générale itinérante des patients, privilégiant

malgré tout la pratique en cabinet fixe. Selon lui, la population qu'il avait étudiée ne présentait cependant pas de réelle situation de carence de soins de médecine générale. Son étude était antérieure aux premiers projets réels d'UMM de médecine générale en France.
C'est pourquoi il nous a semblé utile d'adapter son travail aux nouvelles connaissances pratiques apportées par les premières initiatives de cabinet itinérant de médecine générale. Des communes ZIP ont été choisies pour recruter les patients. La méthode du focus group a été choisie afin d'élargir le champ des réponses des patients.
Notre guide d'entretien était donc inspiré de celui d'Erwan Langlassé tout en prenant en compte ces éléments (Annexe 6).

III.5. Recueil des données

Les données ont été recueillies dans la salle du Châtelet à La Garrette pour le premier entretien collectif, et dans la salle à tertous à Vallans pour les deux entretiens suivants. Une saturation théorique catégorielle des données a pu être obtenue dès le premier entretien. Elle a été confirmée par les deux entretiens suivants n'ayant pas fait émerger de nouvelle catégorie pour le modèle explicatif final.
L'enregistrement a été effectué à l'aide d'un dictaphone équipé d'un système de brouillage. Ils ont ensuite été déplacés vers une clef USB chiffrée. Les enregistrements ont été supprimés dès leur retranscription intégrale et anonymisation. Les verbatims ont ensuite été soumis aux participants concernés pour apporter d'éventuelles corrections. Aucune modification du verbatim n'a dû être apportée à cette étape (Annexes 7-8-9).

III.6. Analyse des données

L'ensemble des données a bénéficié d'une analyse par comparaison constante avec une première analyse ouverte, une analyse axiale puis une analyse intégrative.

L'étiquetage a été conduit sur le logiciel Word® et le modèle explicatif a été initialement construit sur papier puis retranscrit sur le logiciel Aperçu®.

Le modèle explicatif a pu émerger d'une triangulation réalisée pour les verbatims des trois entretiens collectifs par leurs investigateurs respectifs, ainsi que par notre directeur de thèse Docteur Eloi Piketty.

III.7. Aspects éthiques et réglementaires

Nous avons respecté l'engagement de traitement de données pris auprès de Pascal Martin, délégué à la protection des données auprès de la Faculté de médecine et pharmacie de Poitiers (Annexe 10).

Les participants ont donc verbalement émis un consentement libre et éclairé à leur participation à l'étude lors des différents entretiens collectifs.

La confidentialité a été respectée grâce à une anonymisation des données. Les noms ont ainsi été remplacés respectivement par un code patient allant de P01 à P18.

Certaines informations pouvant mettre en péril l'anonymisation ont été supprimés, comme des noms de lieux, des professions ou des noms propres.

Les noms propres évoqués durant les discussions, mais ne se rapportant pas aux participants ont également été supprimés.

Le support contenant les enregistrements audios brouillés des trois entretiens collectifs a été détruit au décours des retranscriptions.

IV. Résultats

L'étude a nécessité la réalisation de trois entretiens collectifs, conduits de Mai à Juillet 2024. Le premier a rassemblé six patients pendant 1h23min05sec. Le deuxième se composait de huit patients pour une durée de 1h44min55sec. Le troisième n'a rassemblé que quatre patients pour une durée de 1h34min38sec

Les femmes étaient légèrement sur-représentées dans l'échantillon avec 44% d'hommes et 56% de femmes.

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 52,61 ans. On remarque que les personnes âgées sont bien représentées dans l'échantillon avec deux patients de plus de 80 ans. Les enfants sont cependant absents de l'échantillonnage, la plus jeune participante ayant 23 ans.

Seuls 22% des patients n'avaient pas de médecin traitant, ce qui est loin des 49% retrouvés dans la synthèse de résultats du Médicobus® normand. Néanmoins, l'échantillonnage a permis une sur-représentation des patients sans médecin traitant au double de la moyenne nationale qui s'élève à 11% de patients sans médecin traitant (115,131).

Catégories _____ Participants	Sexe	Age	Catégorie Socio – professionnelle	Lieu d'habitation	Médecin traitant	ALD
P01	Homme	28 ans	Ouvrier	Hameau	Non	Non
P02	Homme	69 ans	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Hameau	Oui	Oui
P03	Femme	23 ans	Professions intermédiaires	Centre-bourg	Oui	Non
P04	Femme	35 ans	Artisans commerçants et chefs d'entreprise	Hameau	Oui	Non
P05	Homme	51 ans	Cadres et professions intellectuelles supérieures.	Lieu-dit	Oui	Non
P06	Femme	88 ans	Retraitée	Lieu-dit	Oui	Oui
P07	Homme	72 ans	Retraité	Centre-bourg	Non	Oui
P08	Femme	27 ans	Employée	Hameau	Non	Non
P09	Femme	58 ans	Professions intermédiaires	Lieu-dit	Non	Non
P10	Femme	64 ans	Employée	Lieu-dit	Oui	Non
P11	Femme	82 ans	Retraitée	Hameau	Oui	Non
P12	Homme	28 ans	Employé	Centre-bourg	Oui	Non
P13	Homme	67 ans	Artisans commerçants et chefs d'entreprise	Centre-bourg	Oui	Oui
P14	Homme	32 ans	Artisans commerçants et chefs d'entreprise	Centre-bourg	Oui	Non
P15	Femme	76 ans	Retraitée	Centre-bourg	Oui	Non
P16	Femme	59 ans	Cadres et professions intellectuelles supérieures.	Lieu-dit	Oui	Non
P17	Homme	39 ans	Ouvrier	Centre-bourg	Oui	Non
P18	Femme	49 ans	Employée	Centre-bourg	Oui	Oui

Tableau 2 : Description de la population étudiée.

IV.1. Constat des changements du système de santé vécus comme une perte

IV.1.1. Changements d'accessibilité

Avec parfois une forme de fatalité, les participants interrogés constatent les changements à différents niveaux du système de santé.

P06 : « Moi j'ai 88 ans, et, toujours le même médecin traitant depuis plusieurs années, je n'ai jamais eu de problème, le médecin de famille, mais par contre il part à la retraite dans un an et là je suis bien embêtée ».

Les nombreux départs en retraite d'une certaine génération de soignants, en sont un marqueur visible.

P15 : « A l'époque, y'a 40 ans, c'était pas comme ça ».

Des difficultés d'accès nouvelles aux soins primaires se font sentir.

P17 : « nous, pour aller voir le spécialiste, il faut déjà être passé chez le généraliste »

D'autant plus qu'une plus que le médecin généraliste a pris une place centrale dans le parcours de soin des patients. Leur manque se traduit donc par des difficultés d'accès plus larges au système de soin dans sa globalité.

IV.1.2. Changements démographiques

P12 : « à la Rochelle […] j'ai jamais de mal pour trouver un créneau ».

Les participants remarquent également les inégalités géographiques de cette dégradation d'accessibilité, plus rapide dans la ruralité que dans les aires urbaines.

IV.1.3. Changements socio-culturels

P03 : « Voilà, j'ai ce médecin qui existe, qui me prend quand j'ai besoin, mais quand je suis pas à côté, c'est compliqué. »

Le mode de vie s'est également transformé ces dernières décennies, avec des patients de plus en plus mobiles, vivant parfois sur plusieurs lieux distincts, ce qui ne facilite pas non plus l'accès au modèle du médecin traitant unique.

P03 : « Parce que les médecins aujourd'hui ne sont pas toujours disponibles comme ça, eux ils ont une vie de famille aussi »

Notons que les participants interrogées de notre étude évoquent des modifications de mode de vie du côté du médecin généraliste. Il prendrait davantage de temps pour sa vie privée et en consacrerait fatalement moins à la pratique de la médecine.

IV.1.4. Changements des moyens de communication

P09 : « Et bien, impossible d'appeler par téléphone le cabinet, parce qu'il y a personne qui décroche le téléphone. J'ai essayé plusieurs tentatives lors d'une infection urinaire, impossible de joindre mon généraliste ».

La numérisation progressive des moyens de communication avec le cabinet médical se traduit par une « fracture numérique ». Ainsi, certains patients, peu à l'aise avec l'informatique, éprouveraient des difficultés majorées à l'accès aux soins.

P17 : « je me souviens, moi quand j'étais jeune, il y avait une secrétaire. Alors, forcément, ça a un coût pour les médecins, mais, elle, elle triait.
C'est elle qui triait, elle qui prenait les rendez-vous, elle qui organisait, et quand tu débarquais en urgence, et qu'elle voyait que c'était une vraie urgence, elle allait toquer, et elle disait « euh docteur, là j'ai un truc un peu chaud ».
Et je pense que ça triait beaucoup »

Les participants décrivent une forme de défiance envers certaines méthodes actuelles de prise de rendez-vous comme les plateformes de télésecrétariat ou la prise de rendez-vous en ligne. En comparaison, le secrétariat présentiel offre un accès égal à chacun tout en permettant de réguler les consultations.

IV.1.5. Changements répercutés auprès des soins primaires

Ces modifications sur différents plans sont visibles sur le maillon du généraliste.

P04 : « Oui, je vous prends, mais là c'est que pour renouveler, je vous dépanne temporairement, mais je peux pas vous prendre, j'ai trop de patients. »

Afin de garantir un suivi de qualité à leurs patients, ils se retrouvent obligés de refuser certains suivis car ils sont en incapacité de répondre à toutes les demandes de manière satisfaisante.

P15 : « Ces derniers temps, trouver un médecin référent, c'est très difficile, ils ne prennent plus de patients. »

La médecine générale actuelle semble donc débordée en ruralité.

P15 : « Rares sont les médecins qui se déplacent à domicile ».

Des modifications de l'organisation de la médecine générale visant à gagner du temps médical sont donc mises en place. Elles favorisent l'accessibilité aux soins primaires au dépend de certaines attributions traditionnelles du généraliste comme les visites à domicile.

IV.2. Deuil de l'évidence d'accès aux soins primaires.

Le deuil est le processus intrapsychique à l'œuvre au décours de la perte d'un objet d'attachement (132). Ainsi, toute perte est susceptible d'entrainer un deuil dans une population à partir du moment où sa présence était importante pour elle.
Depuis la création de la Sécurité Sociale les 4 et 19 octobre 1945, l'accessibilité aux soins est une priorité en France. L'État français s'engage ainsi à « garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible » (133).

Dans les prises de paroles de nos participants, il apparaît qu'un tel processus de deuil semble être à l'œuvre devant la perte d'accessibilité aux soins primaires décrite. Selon Elisabeth Kübler-Ross, ce processus peut être séparé en cinq phases (134).
Nos participants n'étant pas tous au même stade de ce processus, nous nous attacherons donc à décrire ces cinq phases à l'aide de leurs prises de paroles.

IV.2.1. Déni

Certains participants ne semblent pas réaliser l'ampleur des modifications du système de santé en cours. Ils ne semblent pas prendre en compte la majoration des difficultés d'accès aux soins primaires.

P01 : « j'ai pas de médecin traitant pour le moment dans la région, parce que j'ai, déjà, pas pris le temps d'en chercher. J'ai que 28 ans, donc je n'ai pas vraiment beaucoup de problèmes de santé »

Certains ne se soucient pas de ces questions d'accessibilité car ils n'en ont pas besoin.

P06 : « Moi j'ai 88 ans, et, toujours le même médecin traitant depuis plusieurs années, je n'ai jamais eu de problème »

D'autres ont la chance d'avoir un accès aux soins primaires assez simple et ne se projettent pas vers les difficultés à venir, en cas de départ à la retraite par exemple.

P10 : « l'autre jour, y'a SOS médecins qui a proposé une visio, et euh, et la visio j'sais pas, j'sais pas exactement ce que ça vaut, ça me questionne »

D'autres encore ont beaucoup de mal à envisager de se tourner vers des alternatives d'accès, préférant rester sur les représentations d'un système de santé traditionnel avec un médecin traitant disponible.

IV.2.2. Colère

On remarque également que certains participants réagissent à la dégradation d'accès aux soins primaires par une réaction instinctive de colère, cherchant un responsable à ces désagréments.

P15 : « Et c'est comme ça que les personnes se présentent pas aux rendez-vous, parce que, ils ne signalent pas qu'ils en ont un autre ailleurs. »

Cette colère peut être dirigée envers les autres usagers du système de santé accusés d'encombrer le système de soin.

P05 : « j'ai eu beaucoup de mal à trouver au départ un médecin traitant, notamment par manque de place, en tout cas c'est la raison que me donnaient les médecins »

Comme elle peut être dirigée vers le médecin généraliste, accusé de ne pas voir suffisamment de patients.

P05 : « ils me conseillaient d'appeler d'autres médecins, donc il se renvoyaient la balle et j'ai eu extrêmement de mal »
Les généralistes peuvent même être accusés de manque de bonne volonté pour soigner les patients.

P02 : « les rendez-vous sont de plus en plus difficiles à avoir on a beau s'y prendre tôt j'arrive rarement à trouver des créneaux compatibles avec mon emploi du temps »

P13 : « nous on travaille de huit heures du matin jusqu'à huit heures du soir, donc pour trouver un médecin, c'est pas évident »

D'autres pointent le manque d'adaptabilité du système de santé pour faciliter les prises en charge.

P09 : « Pour trouver un médecin traitant de nos jours il faut des relations sinon on n'en a pas »

Les inégalités sociales ont été également mises en avant comme facteur impactant l'accessibilité aux soins primaires.

P17 : « ma toubib m'a dit, « appelez à la rochelle » ce que six mois c'est long quand même ».

Il en va de même pour les inégalités géographiques.
Confrontés aux difficultés d'accès, il apparait que les patients cherchent le coupable de cette dégradation. Nous avons vu qu'elle est pourtant multifactorielle. Tenter de trouver un fautif peut donc s'apparenter à une recherche de bouc-émissaire ce qui parait fréquent dans un contexte de deuil (135).

IV.2.3. Marchandage

Une partie des participants semblent déjà être dans la phase suivante de ce deuil du système de santé : le marchandage. Ils tentent de mettre en place des stratagèmes pour permettre de garder aussi longtemps que possible leur accès personnel aux soins primaires sans envisager d'alternatives.

P04 : « sans connaître quelqu'un pour avoir un peu de passe-droit on ne peut plus trouver de médecin traitant. »

Ainsi, on retrouve le constat de la nécessité de trouver des facilitateurs d'accès afin de conserver la possibilité d'une prise en charge de premier recours en ruralité.

P10 : « j'suis bien entourée du corps médical, beaucoup d'amis infirmiers auxquels je peux demander un avis, […] Ça me permet d'attendre, et de plus ou moins savoir s'il faut se rendre aux urgences ou pas ».

Devant ce constat, certains s'appuient sur leurs proches professionnels de santé pour pouvoir demander des avis.

P04 : « sans connaître quelqu'un pour avoir un peu de passe-droit on ne peut plus trouver de médecin traitant. »

D'autres participants de notre étude usent de leurs relations sociales pour accéder à un médecin traitant. Notons que ce type de fonctionnement risque à terme de défavoriser les populations précaires qui ont probablement moins de ressorts sociaux que les populations des classes favorisées.

P17 : « Pour ma femme, c'est passé, parce qu'elle avait des gros soucis de santé, et comme c'était mon médecin traitant, et qu'elle sait que je viens qu'une fois l'année, enfin, très rarement, Elle m'a dit qu'il y avait pas de problème »

Pour les participants n'ayant pas de relations sociales permettant de faciliter l'accès, il existe parfois la possibilité de compter sur un médecin conciliant qui suit déjà d'autres membres de leur famille.
Néanmoins, si ce type de fonctionnement est généralisé, le risque est de combler les derniers créneaux gardés disponibles par les médecins traitants. Ils pourraient avoir de plus en plus de mal à trouver la flexibilité nécessaire pour suivre correctement leur patientèle si elle ne cesse de croître par des patients « auxquels on ne peut pas dire non ».

IV.2.4. Dépression/Peur

La quatrième étape du deuil selon Elisabeth Kübler-Ross est la dépression. Elle peut s'apparenter à une forme de peur devant l'avenir sans l'élément perdu ayant déclenché le processus de deuil. Il peut s'agir d'une forme de paralysie émotionnelle ou d'aboulie.

P06 : « le médecin de famille mais par contre il part à la retraite dans un an et là je suis bien embêtée »

P11 : « super médecin […] on a d'la chance, j'leur dis, mais si y'en a plus, et beh j'sais pas comment on fera… »

La participante ressent ici de la peur en se projetant vers les difficultés d'accès à venir liées aux départs en retraite prévisibles.

P02 : « je croise les doigts de pas avoir d'urgence parce que tout simplement, le centre hospitalier le plus proche est à plus de 20 km et c'est un peu compliqué »

La majoration de la désertification médicale implique pour les participants une peur accrue de l'isolement sanitaire.

P02 : « je téléphone à mon médecin traitant pour savoir s'il a des créneaux d'urgence et en règle générale, c'est dans la journée ou les deux jours mais j'espère que ça sera pas plus en cas de réel besoin »

On note que les délais d'accès rallongés participent également à l'anticipation négative d'urgences médicales.

P02 : « apparemment c'est beaucoup de médecins étrangers. Moi je pense qu'on a quand même une bonne médecine en France »

Des solutions d'appoint n'inspirant pas confiance, semblent majorer ce sentiment d'abandon.

P17 : « ça s'appelle SOS-médecins. Par contre, attention, c'est 60, euh 65 euros j'crois »

Enfin, certains patients évoquent la peur du surcoût de ces solutions d'appoints qui risqueraient encore de majorer les difficultés d'accès des populations précaires en priorité.

On remarque donc un climat assez anxiogène pour les patients participant à l'étude sur différents facteurs d'accès aux soins primaires, que ce soit par la durée, la distance ou le coût.

IV.2.5. Mise en danger

La mise en danger ne fait pas partie des cinq étapes du deuil normal. Cependant, n'oublions pas qu'il existe également le deuil pathologique. Il se caractérise par l'incapacité à surmonter la phase de dépression. On évolue alors vers l'épisode dépressif caractérisé accompagné de son lot de prises de risques comme le développement de conduites addictives ou les comportements d'auto-agressivité pouvant aller jusqu'à l'autolyse (136).

En extrapolant cette évolution du deuil à notre étude, on peut remarquer que certains participants, ne voyant pas d'issue aux difficultés d'accès aux soins primaires, se retrouvent à prendre des risques pour leur santé.

P11 : « J'appelle pas le 15 pour pas les déranger […] y'a des gens qui sont en plus mauvaise santé que moi »

P03 : « j'ai un petit peu de mal d'aller aux urgences pour, euhhh, un problème, j'ai toujours l'impression que c'est pas assez urgent pour que j'y aille. J'ai pas forcément envie d'y aller, ça me met mal à l'aise »

Il existe les prises de risque par non-recours au système de soin, de peur de l'encombrer.

P15 : « si y'a pas d'urgence, c'est sûr, moi j'attends »

P11 : « J'attends, bah j'attends que ça passe hein ! De toute façon, qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse. J'attends que ça passe »

Il existe les prises de risque par allongement du délai de premier recours.

P08 : « quand c'est musculaire, entorses et tout, on va voir le rebouteux du coin quand on arrive pas à trouver de médecin. »

P09 : « parfois, je m'inspire même chez les vieux, ce qu'ils faisaient, mettre un escargot sur une verrue, des choses comme ça »

Certains participants risquent de se mettre en danger en se tournant vers des pratiques de soins non-conventionnelles n'ayant pas fait preuve de leur efficacité.

P07 : « J'ai voulu avoir un médecin quand je suis parti à la retraite, j'ai pas trouvé, je suis moi-même médecin spécialiste à la retraite, j'ai décidé que je serai mon propre médecin. »

Il existe également des ruptures de suivi, faute d'accès à un médecin traitant.

P16 : « J'ai une autre stratégie, au-delà d'attendre, c'est encore une fois d'essayer de s'automédiquer »

Et enfin, il existe des prises de risques liées à l'automédication qui pourrait être néfaste sans avis médical.
Ainsi, à terme les difficultés d'accès pourraient pousser les patients à généraliser de tels comportements ce qui se traduirait probablement par une dégradation de la santé publique de la population.

IV.2.6. Acceptation

La majorité des deuils ne sont cependant pas pathologiques (136). On parle alors de deuil normal ou constructif.
Cette dernière étape signe la fin du processus de deuil et permettrait ensuite d'envisager de se reconstruire sans l'élément perdu.

P04 : « Et finalement, en fait de trois mois en trois mois, on réitère le processus, et finalement ça fait peut-être trois ans que j'ai pas fait de prise de sang, que j'ai pas été encadrée etc. donc voilà »

Avec une certaine fatalité, certains participants acceptent les difficultés d'accès. Libérés de la phase de dépression, ils font alors de leur mieux pour s'adapter avec les possibilités d'accès qui leurs restent.

P03 : « Parce que les médecins aujourd'hui ne sont pas toujours disponibles comme ça, eux ils ont une vie de famille aussi »

Cette posture semble aussi permettre de sortir de la colère. Les participants peuvent alors comprendre et accepter certains ressorts de ce changement d'accessibilité comme une forme de normalité. Ils peuvent ainsi comprendre que les médecins généralistes subissent comme eux les conséquences de la désertification médicale et doivent aussi se protéger par un équilibre vie professionnelle/vie privée.

IV.3. Actions d'adaptation aux difficultés d'accès aux soins primaires

L'acceptation du processus de désertification médicale permet d'aborder l'avenir du système de soin de manière constructive. Ainsi, patients, professionnels et pouvoirs publics tentent chacun de leur côté de trouver des alternatives pour faciliter l'accessibilité aux soins primaires.

IV.3.1. Actions des patients facilitant l'accès aux soins primaires

P02 : « mais c'est généralement de ma faute parce que parfois je m'y prends un peu au dernier moment. »

Les participants conscients des difficultés d'accès aux soins primaires savent qu'il faut s'organiser davantage pour faciliter le contact avec le médecin généraliste.

P16 : « le nouveau, je l'avais eu parce que je connais un médecin qui m'a plus ou moins pistonné. »

Ils sont susceptibles d'user de leurs relations sociales pour accéder aux consultations.

P06 : « Bah, je me déplace au cabinet, […] et puis j'attends qu'il arrive »

Insister auprès du médecin pour être reçu est une autre stratégie d'adaptation.

P08 : « je temporise pour quand je retourne sur Bordeaux, là-bas, c'est beaucoup moins compliqué. »

P12 : « moi je suis souvent sur La Rochelle, j'y avais récupéré un médecin traitant »

Tout comme la possibilité de se tourner vers des lieux à la densité médicale plus élevée.

Certains participants privilégient même de trouver d'autres solutions plus simples d'accès que la consultation de médecine générale

P16 : « je suis allée à la pharmacie en effet, et j'ai demandé à la pharmacien, euh, pharmacienne « qu'est-ce que je fais » »

P16 : « Je peux appeler mon fils aussi, qui est en train de devenir médecin. »

D'autres professions de santé peuvent être sollicitées dans leur milieu professionnel, ou dans le cercle privé.

P17 : « Bah je vais à Inkerman, hein, ou aux urgences. »
(Inkerman est le nom d'une clinique privée à Niort)

Une autre possibilité utilisée par les patients est de se tourner directement vers les urgences du secteur, ce qui participe évidemment à l'engorgement de ces services.

P11 : « y'a une boîte à pharmacie, y'a c'qu'il faut »

Certains préfèrent pratiquer l'automédication. Cette pratique peut limiter le recours au médecin si elle est utilisée raisonnablement et avec parcimonie.

P08 : « on arrive à se débrouiller un peu entre le rebouteux, le coupe-feu, et tout ça, mais c'est vrai que, on préfèrerait voir un médecin, mais c'est compliqué »

Les thérapeutes non-conventionnels sont dans certains cas les personnes de premier recours de soin faute d'accès simple au médecin traitant.

IV.3.2. Actions des professionnels de santé facilitant l'accès aux soins primaires

Du côté des professionnels de santé, des stratégies sont également mises en place pour tenter de gérer le flux de demandes de premier recours aux soins.

P02 : « Oui, mais dans ces cas-là, le pharmacien est bien gentil et m'avance les médicaments. »

P04 : « « oui, je vous prends, mais là c'est que pour renouveler, je vous dépanne temporairement, mais je peux pas vous prendre, j'ai trop de patients » »

Des professionnels conciliants favorisent l'accessibilité aux soins, même si les circonstances les obligent à du simple dépannage.

P17 : « « on a des rendez-vous d'urgence tous les jours, donc vous venez, point ! » »

D'autres s'organisent afin de prioriser certains motifs de consultation et de garder des possibilités d'accès pour les soins non programmés.

P17 : « Ils ont fait un pôle internet […] alors t'as pas les noms des patients mais t'as, les créneaux horaires, tout ça, ça c'est pas mal. »

Par ailleurs, les outils informatiques sont mis à contribution pour faciliter l'accessibilité.

IV.3.3. Actions sur le système de santé facilitant l'accès aux soins primaires

Par ailleurs, les pouvoir publics travaillent activement à rendre le plus efficace possible le maillage territorial en professionnels de santé pour simplifier la prise en charge de premier recours aux soins.

P16 : « j'ai appris que pour des choses maintenant comme une infection urinaire, tu peux aller directement à la pharmacie ».

Ces actions s'appuient donc sur le système de soin présent en déléguant par exemple des compétences médicales avec de structures de soin proximité.

IV.3.4. Alternatives d'accès aux soins de premier recours.

Des actions facilitatrices d'accès sont donc mises en place multilatéralement par les patients, les professionnels, et à l'échelle du système de santé, via les CPTS et les SAS qui se déploient plus récemment sur les territoires.

Professionnels et pouvoir publics proposent aussi des alternatives d'accès censées apporter des solutions innovantes à la désertification médicale en cours.

P04 : « Moi si j'ai plus besoin d'un avis, j'essaye de contacter la pharmacie de garde, et je me débrouille pour parler au pharmacien de garde, pour qu'il me donne mon avis si je peux passer pour qu'il me donne un traitement par exemple »

Certaines de ces alternatives inspirent confiance aux participants comme l'avis auprès d'un autre professionnel de santé.

P10 : « Par contre SOS médecins c'est une option. »

Les médecins qui peuvent se déplacer au domicile en cas de nécessité de soins non-programmée ont aussi la faveur de certains participants.

P10 : « Une visio […], en fait j'ai l'impression que dans ce genre de truc, personne porte de diagnostic. »

P02 : « La téléconsultation, moi j'y crois pas »

Mais les participants sont globalement sceptiques devant certaines autres alternatives proposées comme la téléconsultation.

P04 : « c'est pas un médecin généraliste qui se trouve seul, mais du coup y'a… y'a tout un cabinet alors, on est absolument pas sûr, et d'ailleurs c'est souvent pas avec notre médecin traitant qu'on tombe. »

On remarque une forme de défiance envers les alternatives ne permettant pas de créer une relation de confiance par un suivi avec une personne fixe.

P06 : « ce n'est pas forcément une question de disponibilité du médecin, c'est une question de ressources. J'avais besoin d'un autre point de vue, je suis allé voir un magnétiseur et ça a marché »

Les thérapies non-conventionnelles ne sont pas soutenues officiellement par les professionnels de santé ou les pouvoirs publics. Elles représentent cependant une alternative plébiscitée par certains participants, même s'ils voient ces thérapies davantage comme un complément aux soins médicaux.

IV.4. Cas du cabinet itinérant proposé comme l'une des solutions à la désertification médicale

Parmi les alternatives d'accès aux soins primaires proposées par les professionnels de santé et les pouvoirs publics contre la désertification médicale, on retrouve le cabinet itinérant. Le guide d'entretien étant principalement axé sur ce sujet de recherche, une gamme de propositions très variée a pu émerger des différents groupes de discussion.
Différentes représentations de ce que pourrait être un cabinet itinérant ont ainsi pu être décrites.

IV.4.1. Un cabinet itinérant aux mêmes compétences qu'un cabinet fixe

P01 : « l'avantage, pour moi, du cabinet mobile c'est de pouvoir se déplacer dans des endroits où y'a pas forcément enfin où y'a pas du tout de cabinet, implanté. Mais sinon, le fonctionnement global serait totalement similaire, ou très similaire à un cabinet classique »

P18 : « Si ça m'arrange, pas de soucis que ce soit dans un camion, ça change rien finalement »

De nombreux participants interrogés voient dans le cabinet itinérant un forme de structure qui viendrait remplir les mêmes missions qu'un cabinet de médecine générale fixe, mais dans les zones dépourvues d'accès médical de proximité.

- Accessibilité :

P04 : « Après si c'est des gens qui sont en en déambulateur, en fauteuil etc, je pense qu'il vaut mieux, avoir une salle avec des vraies toilettes »

P06 : « Ah beh avec mon déambulateur j'vais pas pouvoir monter les marches du machin. »

Les participants évoquent ici l'importance de l'accessibilité du cabinet pour les personnes à mobilité réduite. Il semble donc que le cabinet itinérant doive permettre un accès facilité aux fauteuils roulants ou déambulateurs pour correspondre aux aspirations des patients.

P14 : « qu'il faut s'adapter à tout le monde même dans nos campagnes y'a des gens qui travail, y'a pas que des retraités grabataires, loin de là ! »

Comme dans un cabinet fixe, les patients souhaiteraient que l'accessibilité aux consultations soient simplifiées pour les actifs comme pour les retraités.

P11 : « Ah, beh moi, je préfèrerais qu'il vienne à domicile. »

Certains abordent également la question de l'accessibilité aux soins des personnes en incapacité de se rendre en autonomie au cabinet médical. Ils apprécieraient alors avoir accès à des visites à domicile tout comme pour un cabinet fixe.

- Continuité :

P06 : « Après, pour les personnes très âgées, qui ne peuvent pas se déplacer, on peut toujours garder une demi-journée dans la semaine, pour des visites à domicile »

Ce souhait d'une accessibilité aux visites à domicile peut également être interprété comme un désir de continuité des soins.

P01 : « je trouverais ça bien qu'il revienne quand même une fois par semaine dans le village où il est déjà passé, parce que s'il y a une adaptation à faire, un changement d'un médicament qu'on m'a donné et que, ah, je supporte pas. Bah si je dois attendre la semaine prochaine, ça peut être long alors que si je sais qu'il revient dans deux jours »

Cette continuité a la préférence des participants qui ne souhaitent pas se retrouver sans recours médical en cas d'absence du cabinet itinérant.

P15 : « Moi je trouve qu'il faudrait que ce soit hors horaires standard, que ce soit pas comme la préfecture de neuf heures, à midi et deux jours par semaine »

Une certaine amplitude horaire est souhaitée par les participants pour assurer cette continuité.

- Médecin traitant :

P16 : « on pourrait avoir un médecin référent en gros »

P05 : « ça veut dire que le médecin qui viendrait par exemple dans son camion, ça deviendrait notre médecin généraliste »

Tout comme en cabinet de médecine générale classique, un suivi par un médecin traitant paraît attendu. Ce qui peut être apparenté à une forme aboutie du souhait de continuité des soins.

- Compétence :

P05 : « qu'il soit bon, mais comme dans un cabinet classique »

P11 : « faut qu'ils soient bons, hein, les médecins qui viennent, hein !
Faut pas que ce soit ceux dont on veut pas dans les autres cabinets »

L'attente première envers le généraliste du cabinet itinérant est qu'il soit un bon technicien de santé, compétent tout comme en cabinet fixe.

- Relation de confiance :

P01 : « Qu'il soit sympa »

P15 : « S'il vient le mardi, que ce soit toujours le même, le mardi, qui vienne »
« la confiance, le relationnel, moi je suis sensible à tout ça »

Il apparait que les participants ne soient pas prêts à des concessions sur le relationnel et l'empathie attendue du médecin, même s'il exerce en cabinet mobile.

P09 : « Il faudrait que ce soit toujours la même personne, que ce soit pas toujours quelqu'un de différent qui vienne »

Ainsi, les participants privilégient que dans le cabinet itinérant un médecin soit préposé à une commune, afin de pouvoir le revoir et nouer cette relation de confiance avec lui.

- Soins non programmés :

P01 : « seulement quelques créneaux d'urgence sans rendez-vous, sinon c'est l'anarchie. »

Tout comme en cabinet fixe, une partie des participants souhaitent des créneaux majoritairement programmés, avec cependant des possibilités d'accès pour les soins non programmés.

P04 : « j'ai juste peur […] qu'il y ait de l'abus, notamment pour des personnes qui se disent […] « moi je le prends le rendez-vous comme ça je suis plus sûre », […] elle prend la place de quelqu'un peut-être qui a une vraie urgence, un vrai besoin de consulter »

Dans cette optique une régulation de l'accès aux créneaux de consultation est attendue pour s'assurer de cette accessibilité aux soins non programmés.

- Secret médical :

P03 : « j'ai peur de pas avoir assez de place, d'intimité, par exemple pour les problèmes de gynéco ; je sais pas si je serais à l'aise. Faudrait que ce soit bien planqué quoi »

P10 : « il faut d'autant plus que ce soit bien insonorisé »

Les participants semblent attendre du cabinet itinérant une isolation phonique et visuelle suffisante pour garantir le secret médical durant la consultation, à l'instar d'une salle de consultation fixe.

P18 : « avec les hackers, ça me parait pas super sécurisé sur Internet »

Il ne semble pas que des concessions sur le plan de la sécurité numérique des données du cabinet puissent être faites du fait de sa mobilité.

- Équipement :

P04 : « quand il faut un petit examen complémentaire, alors y'a rien qui me vient trop à l'esprit, mais, « ah beh mince, on l'a pas dans le camion », alors ça, c'est bête quoi. »

Des participants évoquent aussi l'importance pour eux que le cabinet soit entièrement équipé comme un cabinet fixe. Il semblerait qu'ils veuillent s'assurer que la qualité des soins prodigués ne diminue pas du fait de la mobilité de la structure médicale.

P05 : « le choix du moyen de transport revient à mon sens plus au généraliste à la place qu'il lui faut pour s'organiser. Une fois de plus, c'est lui qui doit optimiser ça. »

Cependant, cette organisation de l'équipement du cabinet revient pour eux au médecin généraliste.

- Modernité :

P05 : « on est au XXIème siècle, est-ce qu'on pourrait pas utiliser notre smartphone. »

P17 : « Il faut une borne wi-fi dans le camion ».

Malgré ces réticences sur la sécurité des données en ligne, certains participants souhaitent bénéficier des moyens technologiques actuels auprès du cabinet mobile.

P03 : « Est-ce qu'on pourrait pas avoir une secrétaire qui coordonne tous les rendez-vous et pour laquelle du coup y'a un numéro de téléphone

P08 : « Via Doctolib sinon »

Les attentes envers ces technologiques sont avant tout de faciliter la prise de rendez-vous, comme cela se pratique dans de nombreux cabinets classiques.

- Locaux décents :

P17 : « si les gens doivent attendre une heure, il faut peut-être pas qu'ils attendent une heure en plein soleil devant le camion »

Le souhait de locaux décents commence dès la salle d'attente.

P04 : « il faut surtout optimiser l'espace, et avoir quelque chose de lourd, pas trop mobile en fait, ça importe peu, mais confortable ».

Il parait aussi souhaitable pour une partie des participants qu'un certain confort soit garanti dans le cabinet itinérant, quitte à rogner sur sa mobilité.

P01 : « il faut que ce soit propre »

Un soin particulier semble également apporté à la propreté des locaux, à sa décence. On peut supposer que ces demandes des participants visent avant tout à ce qu'ils puissent se sentir à l'aise dans un cabinet itinérant.

IV.4.2. Un cabinet itinérant aux compétences différentes d'un cabinet fixe

Une partie des participants interrogés ont cependant développés envers le cabinet des attentes différentes de celles habituellement comblées par un cabinet de médecine générale classique.

- Amplitude horaire :

P15 : « je trouve qu'il faudrait que ce soit hors horaires standard, que ce soit pas comme la préfecture de neuf heures, à midi et deux jours par semaine »

De nombreux participants attendent du cabinet itinérant une amplitude de créneaux de consultation bien plus large que dans un cabinet classique.

P03 : « ce serait bien qu'ils soient ouverts entre midi et deux pour les gens qui travaillent. »

P15 : « pour des personnes qui travaillent, ça peut être aussi entre midi-deux, ou après, plus tard le soir oui. »

Ce souhait permettrait une accessibilité facilitée aux consultations, particulièrement pour les actifs qui ne sont souvent pas disponibles aux heures « ouvrables »

P02 : « ce que je veux dire c'est que s'il n'y a pas de créneaux le samedi-dimanche, le fait qu'il y ait un camion de généraliste qui soit là ou pas, ça ne changera pas grand-chose pour moi finalement. »

Ainsi, certains participants évoquent même l'hypothèse d'un cabinet mobile en fonctionnement sept jours sur sept.

- Urgences :

Ce fonctionnement à horaires très amples se rapprocherait d'un modèle de prise en charge prioritaire des soins non programmés.

P04 : « de la disponibilité, qu'il nous dise pas : « ah bah non, j'ai plus le temps, j'ai plus de place ». »

Cette disponibilité plus importante semble attendue devant le caractère de « poste avancé » du service des urgences que pourrait prendre pour certains patients le cabinet mobile.

P16 : « Je pense que dans un village, il y aurait souvent des blessures de jardinage par exemple. Des coupures… Donc il faudrait qu'il ait absolument le matériel pour faire des sutures. »

Tout le matériel pour pouvoir traiter les « petites urgences » semble donc aussi attendu d'un tel dispositif.

P02 : « de l'efficacité avant tout, parce que si c'est pour raconter notre vie, je veux dire, on a le médecin traitant pour ça »

Dans ce modèle d'antenne des urgences, une rapidité d'exécution est demandée par certains patients.

- Proximité :

P03 : « se rapprocher des personnes qui ne peuvent pas se déplacer ou qui ont un médecin qui est trop loin »

Comme attendu, une plus grande proximité du cabinet itinérant est souhaitée. Ce qui est l'objectif premier d'un cabinet capable de se déplacer dans la commune des patients.

P01 : « l'avantage, pour moi, du cabinet mobile c'est de pouvoir se déplacer dans des endroits où y'a pas forcément enfin où y'a pas du tout de cabinet, implanté »

Un maillage plus resserré du territoire est ainsi espéré.

- Mobilité :

P05 : « Après dans les déserts médicaux, c'est p'tet parfois difficile de passer en bus, dans des routes pas larges »

Évidemment, ce souhait de proximité implique que le cabinet mobile puisse avoir physiquement la capacité de se rendre dans les zones sous-dotées en généralistes, parfois difficiles d'accès.

- Suivi systématique :

P04 : « D'ouvrir d'autres créneaux pour réussir à capter les personnes qui sont totalement laissées pour compte dans le système de soin. »

Pour revenir à un modèle plus proche du Médicobus® normand, d'autres participants privilégient l'assurance d'un suivi pour les patients dépourvus de médecin traitant. Ce qui est difficilement envisageable dans un cabinet fixe.

- Tarifs :

P10 : « Moi, j'pense que ça va être plus cher. »

P14 : « Si c'est pris en charge…, non mais, c'est vrai, j'm'en bats les couilles moi, si c'est pas payé par moi. »

Certains participants semblent s'attendre à un prix de consultation plus élevé dans un dispositif mobile de proximité. Ils ne paraissent pas y voir d'inconvénient, en particulier si la sécurité sociale prend en charge cette différence tarifaire.

- Flexibilité :

P05 : « Si on a un village de 10 habitants, j'ai l'impression qu'une fois par semaine, c'est déjà pas mal. Maintenant, s'il y a 800 habitants et que tout le monde a besoin d'y aller… »

Les participants souhaiteraient une adaptabilité de la fréquence des passages du cabinet itinérants aux besoins du territoire desservi.

P11 : « Le bison futé de la médecine »

Cette flexibilité pourrait également permettre de s'adapter aux modifications de la démographie médicale locale selon nos participants, en cherchant à desservir toujours les zones les moins dotées en médecins généralistes.

- Complémentarité :

P04 : « On le prend parce qu'il n'y a pas autre chose, c'est un petit peu un système de la débrouille finalement »

Dans un autre modèle imaginé par les participants à notre étude, le cabinet mobile ne serait qu'un complément du système de soins actuel, permettant une prise en charge lorsque l'accès aux structures habituelles parait saturé. Notons que le Médicobus® reçoit effectivement en priorité les patients sans médecin traitant, ou les patients ne pouvant pas être reçu dans leur cabinet habituel dans un délai raisonnable.

- Travail en équipe :

P04 : « quelqu'un qui peut être aussi focalisé sur, du coup, enfin qui peut, admettons, s'il y a une grande file d'attente, aller dans la file d'attente et repérer par exemple quelqu'un qui s'est coupé un doigt et qui dit : « voilà oui effectivement là c'est une urgence » ; où il a une mauvaise tension, et il faut l'orienter au plus vite.
Parce que en effet, s'il y a un cabinet avec 10 personnes il y a quelqu'un qui peut s'occuper de ça ou alors je sais pas moi un infirmier qui oriente ? »

Pour majorer l'efficacité d'un tel cabinet, des participants proposent aussi que le médecin travaille en équipe. On pourrait imaginer, comme c'est le cas dans le Médicobus®, la participation d'assistants médicaux.

- Prévention :

P06 : « on peut faire de la prévention dans les écoles, les maisons de retraite ; il n'y a pas que de l'action de soigner. »

Certains patients proposent également que ce cabinet itinérant soit dédié à la prévention en zone rurale sous-dotée. Ce type de modèle diffère beaucoup de celui visant à combler les difficultés d'accès aux soins primaires en zones rurales sous-dotées en médecins généralistes. Il ne semble donc pas vraiment entrer dans le cadre de nos recherches sur la désertification médicale.

- Absence de visites :

« P17 : Oui, mais là, t'imagines le temps qu'ils vont y passer.
P15 : Non mais là, ça va être compliqué.
P17 : Dans une journée, ils vont en voir sept quoi »

Conscients du caractère particulier de ce cabinet mobile, et de sa mission de santé publique, certains participants sont prêts à des concessions en matière de visites à domicile afin d'assurer une bonne efficacité du dispositif.

IV.4.3. Compatibilité des différents modèles proposés

Nous pouvons noter des incompatibilités majeures entre les différents modèles proposés par nos participants pour le fonctionnement du cabinet itinérant.
Il parait par exemple impossible que ce cabinet propose uniquement des consultations d'urgence, non programmées, ou uniquement des consultations de suivi.
Il semble aussi difficile de proposer à la fois des consultations de très courte durée et la mise en place d'une relation de confiance avec le patient.
Les visites à domicile semblent également difficiles à mettre en place tout en conservant un nombre de créneaux de consultation important.
Il en va de même pour les horaires standard d'un côté et un fonctionnement en continu de l'autre.

P04 : « il faut que ce soit attractif aussi, parce que, à nous écouter, on fait 7 heures - 22 heures, et on se coltine le ménage en plus à la fin. C'est compliqué de ramener des volontaires. »

Cependant, certains participants se rendent bien compte que toutes leurs attentes ne pourront pas être comblées par un seul dispositif.

P01 : « c'est idéalisé ».

Ces attentes sont formulées par les participants sans être confrontés aux réalités d'un exercice itinérant de la médecine. Ainsi, ils confirment que leurs attentes sont idéalisées.

Il parait donc important de tenter de confronter ces attentes envers un cabinet itinérant aux contraintes de cette forme d'exercice afin d'en extraire les attentes réalisables.
L'objectif étant de coïncider avec les préoccupations de santé publique actuelles. C'est-à-dire, imaginer un cabinet mobile susceptible d'apporter des améliorations d'accessibilité aux soins primaires en zone rurale sous-dotée, et prioritairement aux patients dépourvus de médecin traitant.

IV.4.4. Limites de cabinet itinérant soulevées

Dans cet exercice de confrontation du modèle du cabinet itinérant avec les réalités de cette forme de pratique de la médecine, les participants ont soulevé de nombreuses limites.

- Qualité de suivi :

P08 : « comme il est pas là tous les jours, j'ai peur que ça devienne un peu comme SOS-médecins, il sont là que quand t'as besoin, et après, y'a plus personne. Et du coup si c'est ça, beh y'a plus de suivi. »

De nombreux participants évoquent des doutes sur les capacités d'un tel dispositif à assurer une qualité de suivi.

P18 : « j'ai confiance en mon médecin. Si je passe avec un autre, c'est pas pareil »

La prise en charge par différents médecins possible au sein de ce cabinet est par exemple un élément jugé néfaste au bon suivi.

- Qualité des locaux :

Certaines limites liées au caractère mobile du cabinet ont été abordés.

P01 : « J'avoue que, en plein hiver, ça peut être contraignant. »

P15 : « Après je pense que les inconvénients ça peut être au niveau du confort, est-ce qu'il fait trop chaud l'été ? trop froid l'hiver ? Est-ce qu'avec le véhicule on arrive à avoir une température, euh… »

La question de la résilience du cabinet mobile aux aléas climatiques a été soulevée.

P03 : « j'ai peur de pas avoir assez de place, d'intimité, par exemple pour les problèmes de gynéco ; je sais pas si je serais à l'aise.

Tout comme le risque de locaux ne préservant pas l'intimité.

P06 : « le camion, vous allez le stocker où la nuit ? »

Il est apparu nécessaire de trouver un stationnement sécurisé, principalement nocturne.

- Tâches annexes :

P06 : « ça demande un temps humain et financier »

Certains participants ont pris conscience de l'importance des moyens humains à mettre en place pour garantir le bon fonctionnement du cabinet itinérant.

P05 : « Je veux dire, vous allez travailler tel jour dans tel village et le lendemain dans un autre, donc qui va nettoyer le camion ? C'est vous qui vous occupez de ça à chaque fois ? »

Il parait par exemple difficile au médecin d'assurer l'entretien des locaux en plus des consultations.

P08 : « ça fait des contraintes pour les horaires il faut quelqu'un pour ouvrir avec les clés ou alors il faut le double. »

D'autres tâches annexes, comme la préparation des éventuelles salles d'attente, semble également nécessiter de l'assistance.

- Prise de rendez-vous :

Des doutes ont aussi été émis envers la méthode de prise de rendez-vous adéquate.

P17 : « si y'a 15 personnes au cul du camion, tu te dis… »

L'absence totale de rendez-vous apparait difficile à mettre en place.

P04 : « si il y a une prise de rendez-vous assez libre, du coup, bah qu'ils se disent « moi je le prends le rendez-vous comme ça je suis plus sûre » »

P06 : « tout le monde n'utilise pas l'informatique jeune homme »

La prise de rendez-vous sur internet est également critiquée car elle laisse de côté les patients qui ne sont pas à l'aise avec l'informatique et parce qu'elle pourrait permettre des abus quant à la prise des rendez-vous.

P16 : « je vois l'inconvénient du manque de discrétion parce que parfois je suis dans l'entrée et j'entends une conversation de quelqu'un que je connais avec la secrétaire »

Le secrétariat en présentiel est également mis en cause. La prise de rendez-vous sur place ou par téléphone n'assurerait pas le secret médical.

P10 : « Moi, si j'ai une chiasse carabinée, j'vais pas me ramener dans le village, euh, juste pour écrire mon nom sur la liste. »

P13 : « Oui, et puis, tout le monde voit ton nom. »

De même la prise de rendez-vous papier ne semble pas convenir aux patients, autant pour des raisons d'accessibilité que de discrétion.

- Visites :

P01 : « ça va être difficile de se déplacer à domicile non »

P13 : « c'est sûr qu'avec ça, le médecin, il va perdre du temps dans chaque maison. Parce qu'après, tu rentres chez la vielle, elle te sert le café, et tu t'en sors pas quoi !
Et puis tu peux pas refuser. »

Les visites à domicile sont décrites comme chronophages. Leur compatibilité avec un cabinet itinérant est mise en doute.

- Qualifications :

L'exercice en cabinet pourrait nécessiter des compétences spécifiques.

« P03 : Et en l'occurrence pour un bus, il faut pas plus qu'un permis B ?
MM : C'est… une bonne remarque.
P04 : Est-ce que c'est pas un facteur limitant du coup pour faire venir du personnel ».

Des qualifications paraissent par exemple nécessaires au déplacement du cabinet mobile.

- Accompagnants :

P03 : « Et par exemple si on a des enfants, est-ce qu'il y a un espace pour qu'ils soient dans le camion ? »

Un lieu spécifique parait aussi nécessaire afin d'accueillir d'éventuels accompagnants du patient, comme ses enfants.

- Accessibilité :

Deux formes d'accessibilité relatifs au fonctionnement mobile du cabinet médical peuvent être questionnés.

P12 : « dans la vraie vie, y'a aussi les problèmes d'accès, parce que certains camions ne peuvent pas rouler sur certaines routes. Enfin, j'imagine qu'au niveau de l'accès pour certains villages, il faut y réfléchir, il faut que ce soit organisé. »

D'une part, l'accessibilité du cabinet à certaines zones difficiles d'accès pose problème.

P11 : « Non, mais c'est vrai que pour ceux qui sont vraiment reculés, ça peut être compliqué. »

D'autre part, l'accessibilité de patients en perte d'autonomie au cabinet pose également question.

- Attractivité :

P12 : « Mais alors, comment tu donnes envie aux médecins de venir. »

Des doutes sont aussi émis envers l'attractivité de cette forme d'exercice pour les généralistes.

- Rentabilité :

P06 : « Le prix de l'essence »

Des charges inhérentes au fonctionnement mobile du cabinet sont mises en avant.

P08 : « Ça fait un budget tout ça ! »

Une des limites pourrait donc se trouver au niveau du financement.

P15 : « Parce que gérer un cabinet comme ça, et puis pour le contribuable, bien sûr. »

Selon les participants, le risque est qu'une généralisation de tels cabinets pèse sur les finances publiques.

- Fiabilité :

P08 : « Et puis, si il tombe en panne, et qu'il y a une quinzaine de rendez-vous dans la matinée, enfin, comment on fait ? »

L'accent est aussi mis sur la fiabilité du dispositif qui risque mécaniquement de poser problème.

- Durabilité :

P18 : « Et après, est-ce que c'est une voiture électrique, ou… ?
Enfin, tout ça, ça joue aussi j'imagine, parce qu'il faut des machines qui tournent. »

L'inconvénient écologique potentiel d'un tel cabinet est également pointée par les participants.

- Réalisabilité :

P12 : « Parce que au final, ça va peut-être pas régler les problèmes des déserts médicaux en soi. »

Certains participants semblent sceptiques quant à l'efficacité d'un tel dispositif sur la problématique des déserts médicaux.

P09 :« Ce que je veux dire, c'est que si on délocalise les médecins qui ont été formés là-dedans, on se retrouve avec moins de médecins pour les autres cabinets.
Parce que là, le risque, c'est juste de délocaliser le problème. »

Des effets néfastes que pourrait avoir le cabinet mobile en pesant sur la démographie médicale locale en puisant dans le vivier de médecins généralistes du secteur touché par la désertification sont évoqués.

IV.4.5. Solutions proposées aux problématiques soulevées par un fonctionnement itinérant

Lors des groupes de discussion, certaines des limites au fonctionnement d'un cabinet itinérant soulevées ont immédiatement donné suite à des propositions émises par les participants. Ces dernières visent à apporter des solutions à ces éventuels problèmes anticipés.

- Visites :

« P04 : C'est difficilement tenable pour la personne qui travaille, c'est compliqué.
MM : Après, en effet, c'est vrai que, sur deux médecins qui travaillent sur la journée, on pourrait se poser la question, de se dire :
L'un fait une grosse matinée, l'autre fait une grosse aprem.
P01 : Bah c'est ça. »

L'une des hypothèses d'intégration des visites dans l'emploi du temps du cabinet itinérant s'appuie sur le fonctionnement du Médicobus®. En effet, dans le modèle normand, deux médecins se partagent la journée de travail sur le cabinet mobile. L'un assure la matinée et l'autre l'après-midi, ce qui permet d'assurer une ouverture de huit heures à vingt heures.
Ici est indirectement suggéré que le médecin du matin ajoute quelques visites à domicile après sa demi-journée, tout comme celui de l'après-midi pourrait ajouter quelques créneaux avant de débuter la sienne.

P17 : « peut-être la commune elle peut se débrouiller pour que des conseillers emmènent les gens, pour qu'il y ait des bénévoles. »

Une autre proposition consiste à amener les patients qui relèveraient de visites au domicile jusqu'au cabinet malgré tout, mais avec l'aide de bénévoles.

P15 : « Après il a des structures comme l'ADMR qui peuvent faire ce genre de déplacement. »

Les patients bénéficiant d'aides à domicile pourraient, selon les participants, également être mis à contribution pour le transport vers le cabinet mobile. Cela réduirait le nombre de visites à domicile nécessaires, ou les rendrait même inutiles.

- Tâches annexes :

P04 : « Si la mairie pouvait trouver quelqu'un une personne pour s'occuper du ménage en fin de journée »

Des participants suggèrent de déléguer certaines tâches relatives au fonctionnement du cabinet itinérant, comme l'entretien.

P06 : « sinon, on le met à côté du cabinet médical le plus proche, et la femme de ménage qui fait le cabinet médical fait aussi le camion »

Il est également proposé de profiter d'une structure médicale existent pour y rattacher le cabinet itinérant. Cette solution est également mise en avant par le gouvernement qui souhaite que les cabinets mobiles soient rattachés à une CPTS ou à une MSP (137).

- Prise de rendez-vous :

P17 : « je me souviens, moi quand j'étais jeune, il y avait une secrétaire. Alors, forcément, ça a un coût pour les médecins, mais, elle, elle triait.
C'est elle qui triait, elle qui prenait les rendez-vous, elle qui organisait, et quand tu débarquais en urgence, et qu'elle voyait que c'était une vraie urgence, elle allait toquer, et elle disait « euh docteur, là j'ai un truc un peu chaud ».
Et je pense que ça triait beaucoup »

Certains participants proposent qu'une secrétaire médicale, idéalement en présentiel, puisse réguler la prise de rendez-vous.

P05 : « quand les rendez-vous sont pas […] honorés, il pourrait y avoir un système de rémunération, ça obligerait les gens »

D’autres encore proposent même de faire régler les rendez-vous non honorés aux patients afin de limiter les absences abusives aux rendez-vous de consultation.

P06 : « une feuille dans la boulangerie, chacun s’inscrit, et la veille ou l’avant-veille, y’a quelqu’un qui passe du cabinet »

Malgré les limites évoquées, d’autres encore privilégieraient une prise de rendez-vous papier dans un lieu public. Cela pose de nombreux problèmes quant aux soins non-programmés ou la confidentialité par exemple.

P10 : « il faut mettre en place plusieurs cabinets itinérants avec une secrétaire qui gère par exemple trois cabinets itinérants »

Un secrétariat unique pour plusieurs cabinets itinérants est aussi proposé. Ce modèle permettrait de centraliser et de mutualiser le secrétariat des cabinets itinérants, par exemple au niveau des SAS et des CPTS.

- Accessibilité :

P11 : « mes petits enfants vont m’emmener »

P11 : « à mon âge, il faut qu’on m’accompagne et que mes enfants soient là »

Tout comme pour le cabinet fixe, les proches aidants sont susceptibles de pallier le manque d’autonomie de certains patients. Ils facilitent ainsi l’accès.

P01 : « faut mettre une rampe »

P01 : « Ou un haillon. »

Les participants proposent également un système facilitant physiquement l’accès aux personnes à mobilité réduite, comme une rampe ou un haillon.

- Salle d'attente :

Plusieurs modèles sont évoqués pour répondre au besoin de salle d'attente du cabinet mobile.

P03 : « éventuellement, comme un truc qu'on déballe et qu'on remballe à la fin de la journée quoi. »

Certains parlent d'une salle d'attente type « tente » ou « tivoli » démontable et portative.

P02 : « Moi je verrais bien ça dans la salle, dans une sorte de salle municipale.
Toutes les communes ont en général une petite salle, alors pas forcément une salle des fêtes comme ici, mais une salle municipale où on pourrait installer »

D'autres évoquent la possibilité de placer le cabinet itinérant proche d'un local qui serait mis à disposition par la commune visitée pour servir de salle d'attente. Ce qui est le cas pour le Médicobus®.

P01 : « Ou alors, un camion très très grand et faire une petite salle au bout du camion. »

L'hypothèse de placer la salle d'attente directement au sein du cabinet itinérant est aussi mise en avant. C'est déjà ainsi qu'est organisé le Médibus de Hesse.

P12 : « y'a aussi l'option, comme pendant le temps du covid, ou chacun se gare, et attend son tour à sa place »

P07 : « Et du coup quand il t'appelle, il prend un porte-voix, et il gueule sur la place le nom du patient ? »

Une absence de salle d'attente a aussi été évoquée, l'attente pouvant alors avoir lieu dans le véhicule personnel. Ce modèle pose des questions en matière de résilience aux aléas climatiques, ainsi que d'un point de vue pratique.

- Accompagnants :

La question d'une zone dédiée à l'accueil des accompagnants, et en particulier des enfants avait été abordée.

P04 : « Après il peut y avoir un petit système de salle de jeux, justement dans la salle d'attente, le petit local. »

Une zone spécifique pourrait être prévue à cet effet dans les différents modèles de salle d'attente.

- Tournée :

P14 : « il faudrait que tu t'organise par secteur, un jour tu fais un secteur Nord-Est, le lendemain un secteur Nord-Ouest »

Des participants proposent d'organiser la tournée par secteurs dans le territoire desservi afin de limiter les trajets et de maximiser le temps médical du cabinet mobile.

P12 : « j'imaginais que la fréquence pouvait se faire selon la taille de la commune, j'imaginais que par exemple, c'est une commune avait 1500 habitants, dans cette commune-là, la fréquence serait plus régulière que dans une commune, de 100 habitants. »

Afin de permettre cette flexibilité attendue, il est envisagé d'adapter la durée de présence du cabinet mobile aux besoins du secteur desservi.

P10 : « quoi qu'il arrive, il te faut deux camions ! Bah oui !
Pour la panne, pour la révision, il faut deux camions »

La solution de disposer d'un second cabinet itinérant est aussi proposée pour assurer la fiabilité du dispositif.

- Faire connaître :

P14 : « tu vas avoir le bouche à oreille qui va se faire, et du coup, les gens vont en parler autour deux, ils vont prendre plus de réservations parce qu'ils vont savoir que tel jour y'a un passage »

Les participants semblent confiants dans les capacités du cabinet itinérant à se faire connaître simplement par bouche à oreille.

- Attractivité :

P09 : « ça voudrait dire devoir former plus de médecin parce que vu le nombre de médecins qui est formé chaque année en France. »

Afin de s'assurer que la généralisation de cabinets itinérant n'impacte pas négativement la démographie médicale en drainant de nombreux médecins qui seraient alors susceptibles de ne plus, ou moins travailler en cabinet fixe, les participants proposent de former davantage de médecins.

- Modèle alternatif :

Devant les limites posées par le fonctionnement mobile d'un cabinet de médecine générale, certains participants ont imaginé des modèles divergeant de ce dernier.

P09 : « les cabinets de médecins retraités qui sont encore en état. Est-ce que ça pourrait pas être aussi un lieu dans lequel pourrait passer un cabinet itinérant »

P10 : « des missions locales, y'a des bureaux dedans ; je pense que ce serait intéressant qu'il y ait des médecins là-bas, et que, plutôt que de parler de van ou de secrétaire de mairie, on place des médecins dans ces structures départementales, auprès de populations précaires socialement qui auront moins tendance à aller vers un médecin pour X-Y raisons qui sont très multiples »

P15 : « C'était les dispensaires. Autrefois, c'était dans la commune, tu avais un local, et tu avais un médecin ou une infirmière qui venait une fois ou deux par semaine ».

La proposition alternative principale reviendrait à conserver une forme d'itinérance, mais en fonctionnant sans cabinet mobile. Ainsi, seul le médecin se déplacerait de cabinet fixe en cabinet fixe, comme cela se pratique déjà avec les cabinets secondaires.
Ce fonctionnement était fonctionnel en ruralité dans le passé, sous forme de dispensaires (138).
Se pose alors la question de l'encadrement réglementaire, financier et déontologique d'une telle pratique et de sa flexibilité qui risque d'être moindre.

IV.4.6. Bénéfices du cabinet itinérant attendus

Une fois les limites des différents modèles évoquées, et des solutions apportées à ces limites, on approche d'un modèle de cabinet itinérant plus réaliste. On peut ici remarquer de nombreux points communs entre le fonctionnement du modèle issu des groupes de discussion et celui de notre référence du Médicobus® normand.
Maintenant que ce modèle semble correspondre à la plupart des attentes des participants tout en semblant plus proche des réalités de l'exercice médical mobile, voyons quels sont les attentes de nos participants envers les bénéfices qu'un tel dispositif pourrait apporter.

- Pour les patients :

P16 : « Je pense que dans un village, il y aurait souvent des blessures de jardinage par exemple. »

La prise en charge des petites urgences du quotidien à proximité du lieu de vie apparait comme un bénéfice pour les participants.

P04 : « une espèce de stress en moins, en se disant qu'il y a potentiellement cette solution, on se dit pas que si jamais il se passe un truc grave, qu'il y aura un petit couac, il faudra pas absolument aller aux urgences. »

Les participants attendent aussi que la présence du cabinet mobile les rassure quant à l'accessibilité aux soins primaires, en particulier pour les soins non programmés.

P11 : « à choisir, c'est mieux qu'il soit dans ma commune, même un voisin pourrait m'emmener »

La proximité améliorerait aussi l'accessibilité aux soins de certains participants.

P15 : « ça évite de se déplacer à l'autre bout du département. »

Elle leur permettrait également d'éviter de longs trajets.

P15 : « on pourrait avoir rendez-vous plus rapidement dans ce véhicule que dans un cabinet »

Un raccourcissement du délai de premier recours est également attendu.

- Pour les professionnels de santé :

P02 : « le généraliste du village, il fait très bien son travail mais il est en effet très sollicité donc je pense que votre idée ça pourrait venir le soulager pour avoir peut-être des délais de consultation un peu réduit par rapport à ce qu'il fait aujourd'hui. »

Certains participants évoquent les effets bénéfiques que le cabinet mobile pourrait avoir en désengorgeant les différents cabinets fixes du secteur.

P10 : « sur le papier, c'est censé venir désencombrer les urgences »

D'autres évoquent également un impact positif sur le flux de patients aux urgences. Des patients ayant une solution de premier recours de proximité, pourraient moins se tourner vers le service des urgences.

P05 : « en fait ça pourrait soulager les urgences, le médecin généraliste, et tous les autres métiers qui, euhh…, pâtissent du manque de médecins »

Dans notre étude, les participants émettent même l'hypothèse que ces répercussions positives puissent toucher tous les professionnels de la santé du secteur.

- Pour le système de santé :

P14 : « ça ferait peut-être même gagner des sous à la sécu parce que les déserts médicaux c'est un problème depuis déjà 10, 20 ans »

P14 : « Surtout niveau sécu, ça coûte plus cher une consultation au CHU, enfin un médecin de l'hôpital, plutôt qu'un médecin que tu ferais venir chez toi, enfin à ta porte.
Donc la rentabilité, elle va se trouver, à un moment donné, il y aura un point d'équilibre, voire un bénéfice qui va se créer. »

Un bénéfice à plus long terme est également attendu sur les dépenses de sécurité sociale. Des patients suivis seraient moins susceptibles d'être pris en charge à des stades plus avancés et donc souvent plus coûteux. Moins de recours aux urgences pourrait également limiter des frais pour le système de santé, malgré les subventions des structures mobiles qui auraient évidemment un coût.

- Pour le territoire :

P13 : « Bah ça mettrait de la vie au village quoi ! »

P18 : « on a plus de commerce dans les petites communes. Donc retrouver un endroit convivial, ce serait pas mal ».

Les territoires ruraux sous dotés en médecins généralistes sont parfois aussi les territoires qui ont subi d'autres types de désertification durant les dernières décennies, comme la fermeture des commerces de proximité ou la diminution de la présence des services publics.
Dans de tels territoires, le bénéfice d'un lieu de rencontre, de convivialité parait évident à certains participants qui espèrent ainsi redynamiser leur territoire.

- Pour la planète :

P04 : « [Actuellement] il faut faire des kilomètres et des kilomètres pour aller voir le médecin. »

P02 : « il vaut peut-être mieux un trajet d'un gros véhicule que 20 trajets de petits véhicules. »

En limitant les trajets automobiles à réaliser par les patients et en les remplaçant par un seul trajet du cabinet mobile, les patients envisagent aussi un bénéfice écologique par la diminution d'émission de gaz à effet de serre.

V. Discussion

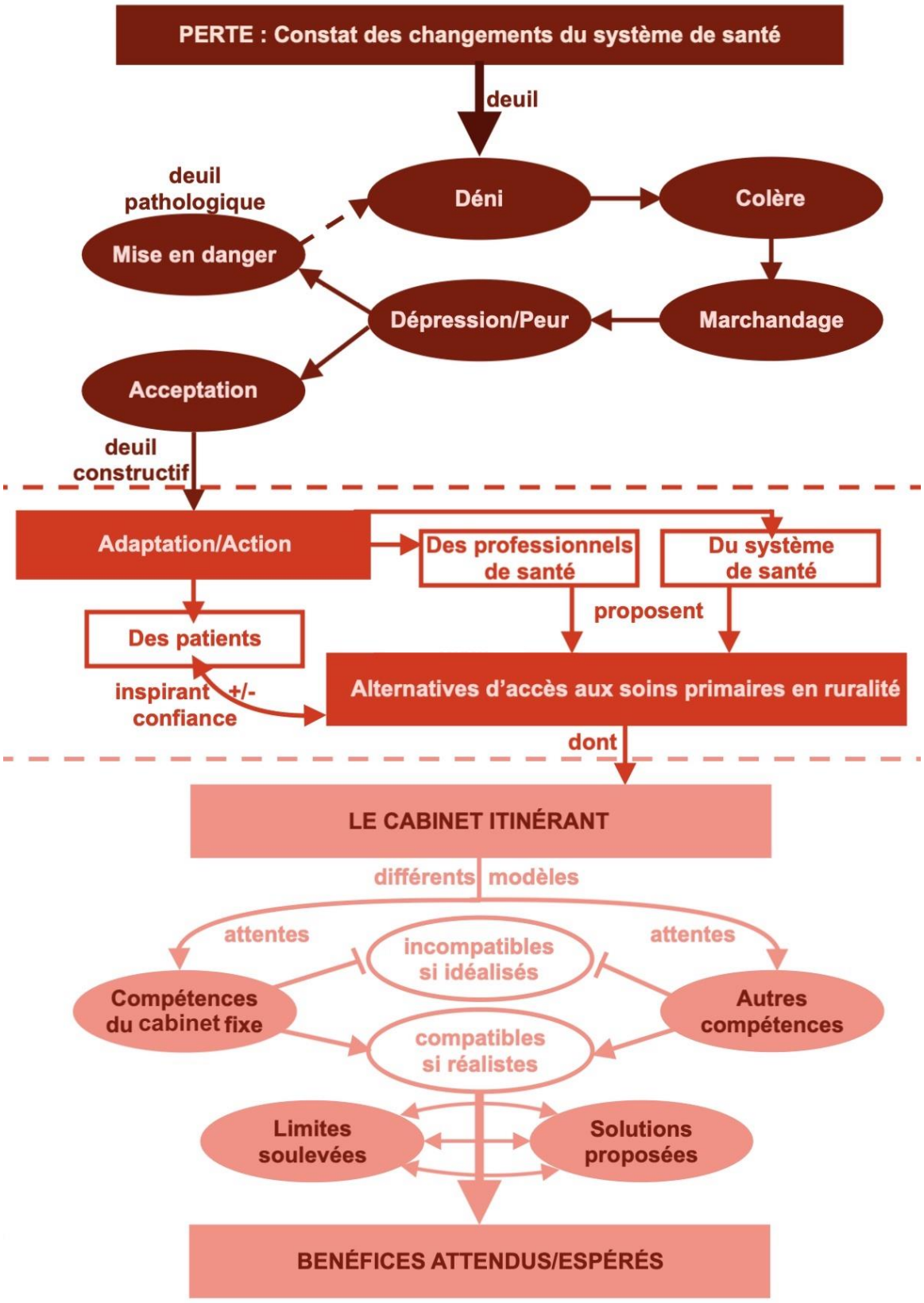


Figure 9 : Modèle explicatif ; du constat du changement d'accessibilité aux soins primaires aux attentes envers le cabinet itinérant proposé comme solution à ces difficultés d'accès

V.1. Le résultat principal

L'objectif de l'étude était de cerner au mieux les attentes que les patients en zone rurale sous dotée pourraient avoir envers un cabinet de médecine générale itinérant proposé comme l'une des solutions à la désertification médicale. Notons que nos participants ont largement validé ce type de dispositif et semblent adhérer à sa généralisation dans les territoires dépourvus de généralistes. Trois grands axes d'attentes sont ressortis des entretiens collectifs.

V.1.1. Organisation attendue d'un cabinet itinérant

Les attentes envers l'organisation du cabinet itinérant étaient dans l'ensemble similaires à celles envers un cabinet fixe.

- Salle d'attente :

Les participants souhaitaient une salle d'attente décente, accessibles aux personnes à mobilité réduite, munie de toilettes ainsi que d'une zone d'accueil des accompagnants, en particulier pour les enfants. Elle devrait être résiliente aux aléas climatiques. Des locaux publics fournis par la commune ou une salle d'attente dans le véhicule médical itinérant ont notamment été évoqués.

- Salle de consultation :

La salle de consultation est également attendue, comme décente, confortable et idéalement spacieuse. Il parait important pour les patients qu'elle bénéficie d'un équipement médical complet. Elle doit assurer le respect du secret médical ainsi que l'intimité, en particulier par une isolation phonique et visuelle optimale.

- Secrétariat :

Aucun consensus n'a pu être établi concernant l'organisation du secrétariat et de la prise de rendez-vous. Cependant, il paraissait important que les moyens mis en œuvre permettent à tous une accessibilité aux consultations. Il faudrait ainsi limiter les discriminations envers ceux qui rencontreraient des difficultés à utiliser certains moyens de contact avec le secrétariat, en particulier par internet. La disponibilité d'un secrétariat téléphonique et/ou présentiel devrait pouvoir permettre de réduire ces inégalités.

- Équipe soignante :

Les patients interrogés attendent que le médecin itinérant travaille en équipe pour plus d'efficacité. Une assistante médicale aurait donc sa place dans une telle structure de soins.

Notons cependant que la notion de DMP ou d'espace personnel de santé n'a pas été abordée par les participants. Cet outil permettrait pourtant une meilleure continuité des soins entre médecin traitant et médecin itinérant, permettant une autre forme de travail d'équipe.

- Types de consultations :

On note aussi le souhait d'avoir accès à des consultations de suivi qui seraient programmées, comme à des consultations de soins non-programmés. Des créneaux d'urgence devraient donc être gardées dans l'emploi du temps du cabinet itinérant.

- Visites à domicile :

Il semblerait que les patients attendent idéalement des visites à domicile de la part du cabinet itinérant. Cependant, nos participants paraissent conscients de la difficulté à concilier l'efficacité du cabinet itinérant avec ces visites pour une équipe soignante réduite.

- Amplitude horaire :

Afin de favoriser la continuité des soins et l'accès aux consultations pour les actifs comme les retraités, il serait idéalement attendu du cabinet itinérant d'être ouvert sur de larges plages horaires. Des consultations tôt le matin, entre midi et deux et tard le soir ont notamment été évoqués. Certains patients proposent aussi que le cabinet soit en fonctionnement sept jours sur sept.

V.1.2. Qualités du cabinet itinérant attendues

- Attentes envers les médecins généralistes :

Avant tout, les participants veulent une prise en charge par des professionnels compétents.
Il parait important qu'un même médecin s'occupe autant que possible d'une même localité afin de pouvoir construire une relation de confiance avec ses patients.
Les zones sous-dotées en médecins généralistes concentrent un nombre important de patients dépourvus de médecin traitant. Ainsi, il est attendu que le généraliste du cabinet itinérant propose systématiquement un suivi à ces patients en devenant leur médecin traitant.

- Attentes envers le cabinet itinérant :

Notre travail retrouve une bonne acceptabilité du cabinet itinérant par les participants, principalement pour les soins non programmés ou ceux ne disposant pas de médecin traitant.
Comme attendu, les patients veulent que le cabinet mobile soit un dispositif de proximité. Ils attendent de cette proximité une accessibilité facilitée au cabinet mobile, même pour ceux ne disposant pas de moyen de transport motorisé.

Il est aussi attendu que la mobilité d'un tel cabinet lui permette une flexibilité importante dans ses tournées. Ainsi les lieux desservis pourraient être adaptés aux modifications de la démographie médicale en fonction des installations et départs en retraite des généralistes du secteur.

Les participants semblent vouloir une structure moderne dans les moyens techniques employés. Ils veulent un matériel médical performant et informatisé avec un accès à internet vu comme nécessaire.

Notons qu'ils soulèvent la question de la fiabilité du véhicule itinérant. Ainsi, une solution alternative en cas de panne ou d'entretien devrait être trouvée. Un second cabinet mobile, ou un fonctionnement exceptionnel par visites à domicile ou dans un local communal a été proposé dans un tel cas.

Enfin, la durabilité du dispositif est mise en avant afin de pouvoir s'inscrire dans les adaptations liées au changement climatique. Un fonctionnement sans énergies fossiles a été proposé.

- Attentes du cabinet itinérant vers le système de soin :

Les participants attendent que le dispositif soit attractif pour les médecins généralistes pour pouvoir fonctionner à effectif complet. Ils veulent aussi que la généralisation du cabinet mobile soit réalisable d'un point de vue de la démographie médicale. Ils attendent ainsi que davantage de médecins soient formés pour pouvoir occuper ces postes sans avoir à impacter le nombre de généralistes dans les cabinets fixes.

Les participants espèrent une certaine rentabilité du cabinet mobile, susceptible selon eux d'éviter des passages aux urgences itératifs ou des hospitalisations grâce à une prise en charge de premier recours proche et rapide.

Ils suggèrent une complémentarité qui devra être trouvée entre cette nouvelle structure de soin, et celles déjà existantes sur le territoire.

V.1.3. Bénéfices du cabinet itinérant attendus

- Pour les patients :

La simplicité d'accès par la proximité parait souhaitable. Elle majorerait évidemment l'accessibilité aux consultations. Elle permettrait également de rassurer les patients quant à leurs possibilités d'accès aux soins médicaux de premier recours.

Ce raccourcissement du délais de premier recours médical pourrait améliorer la santé de ces populations rurales par une prise en charge au stade initial de certaines pathologies.
Notons enfin l'attente d'un bénéfice financier pour les patients lié à la limitation des coûts de transport.

- Pour les professionnels :

Les participants espèrent un déchargement des autres professionnels de santé du secteur grâce aux patients vus par ce dispositif. Ils anticipent en particulier un bénéfice sur les autres cabinets de médecine générale, ainsi que pour le service d'urgences du secteur.

- Pour le territoire :

Les zones rurales dépourvues de médecins cumulent souvent les difficultés d'accès aux commerces, services publics et lieux de convivialité (139).
Ainsi nos participants espèrent voir ce cabinet itinérant devenir un nouveau lieu de rencontre dans ces communes isolées. Il pourrait ainsi participer à la formation et l'entretien du tissus social local.
Ils attendent aussi une redynamisation du territoire qui pourrait découler du retour d'une présence médicale.

- Pour le système de santé :

Un bénéfice financier pour la sécurité sociale est espéré. Comme vu auparavant, il pourrait provenir d'une limitation du recours aux urgences ou aux hospitalisations grâce à une prise en charge précoce des problèmes de santé.
Notons que le bénéfice attendu du cabinet itinérant pour la santé publique a été abordé, mais sans y intégrer de volet sur sa place potentielle dans la lutte antiépidémique.

- Pour la planète :

Un bénéfice écologique est attendu de la généralisation des cabinets itinérants, notamment par la diminution des trajets réalisés par les patients qu'elle impliquerait. Un exercice médical plus durable semble ainsi plébiscité.

V.2. Comparaison avec la littérature

Pour rappel, devant l'interdiction historique de la médecine foraine, le sujet de la médecine générale mobile a très peu été abordé en recherche en France.
On retrouve cependant plusieurs travaux relativement récents sur le sujet.

Ainsi, la thèse soutenue par Simon Bottero en 2021 visait à cerner le point de vue des généralistes sur le cabinet itinérant (121). On y note que les avantages principaux de la médecine générale mobile attendus par les médecins sont l'accès aux soins facilité pour les personnes isolées, la réduction attendue des inégalités sociales de santé et la réduction du nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations.
Ces trois éléments ont été également mis en avant par les patients dans notre étude.
Pour ces médecins généralistes, les limites soulevées par ce fonctionnement sont avant tout le manque de professionnels intéressés et disponibles, les longs temps de trajets lors des tournées mobiles et les risques de problèmes techniques liés au véhicule et à l'informatisation.
L'attractivité et la fiabilité du dispositif ont aussi été remis en question par nos participants, tout comme les difficultés d'informatisation. Cependant, la longueur des trajets du véhicule n'ont pas été vus comme une limite du cabinet mobile, probablement parce que le déplacement de la structure ne les impacte pas, tant qu'il est disponible à temps pour les patients durant ses tournées.
Notre travail retrouvait également des doutes quant à la qualité de suivi que pourrait offrir une structure mobile, s'inscrivant dans la continuité du travail de Simon Bottero.

Le travail de Mélissa Martin de 2020 s'axait également sur le point de vue des généralistes sur l'exercice mobile (122). Parmi les médecins ayant répondu à son questionnaire, 92,2% estimaient que cette pratique est envisageable en France. Ainsi, tout comme pour nos participants, on ne retrouve pas de réelle opposition à la médecine générale mobile.
On y trouvait que 57% des professionnels étaient prêts à avoir au moins une partie de leur activité en itinérance, d'autant plus s'ils sont jeunes. Cela correspondrait aux attentes des patients proposant de former de nouveaux médecins susceptibles de participer à la généralisation des cabinet itinérants plutôt que d'impacter les cabinet fixes du secteur en drainant une partie du temps limité des médecins installés dans ce dispositif.

Philippe Hou cherchait aussi en 2021 à creuser les représentations des médecins généralistes quant à la médecine mobile (123). On y notait un scepticisme sur l'adhésion de la population à un tel dispositif, les praticiens s'accordant à dire qu'il y aurait une méfiance initiale des patients.
Notre travail permet de remettre en question ce point de vue des médecins. En effet, dans nos entretiens, les patients étaient globalement prêts à adhérer à un cabinet itinérant, tant que la qualité du suivi et la relation de confiance pouvaient être assurés.
Comme dans notre travail, on y évoque aussi la participation des collectivités locales dans le projet avec la mise à disposition de locaux et de courant par les communes par exemple.

Le travail d'Erwan Langlassé de 2016 avait déjà abordé le point de vue des patients sur cette forme d'exercice de la médecine, mais il datait d'avant la fin de l'interdiction de la médecine foraine, donc avant la mise en place des premiers modèles de cabinets mobiles fonctionnels (124).
Comme pour nos participants, de nombreux véhicules y sont proposés, allant du camping-car au bus.
La salle d'attente dans un local public ou directement dans le véhicule itinérant y a également été évoquée.
La place centrale du village, assurant visibilité, facilité d'accès et possibilité de stationnement est un autre point commun retrouvé dans nos travaux respectifs.
Il en va de même pour le souhait d'une organisation avec de larges horaires d'ouverture sous forme de créneaux programmés avec quelques créneaux pour les soins non programmés. Les mêmes difficultés concernant l'organisation des visites avaient aussi été mises à jour.
Nous avons utilisé le guide d'entretien d'Erwan Langlassé comme base pour réaliser le nôtre, mais il a été enrichi d'éléments provenant de l'expérimentation normande du Médicobus®. Ainsi, de nouveaux éléments ont pu venir enrichir ce thème de recherche. On retrouve par exemple le souhait que le médecin travaille en équipe, que le cabinet soit flexible dans l'organisation de ses tournées selon les évolutions de démographie médicale, qu'il apporte un bénéfice de redynamisation de certains territoires tout en ramenant un lieu de convivialité dans certaines communes isolées. L'attente d'une durabilité écologique de ce projet était aussi une nouveauté de notre étude.
Notons qu'Erwan Langlassé évoquait des limites ne permettant pas de généraliser ses résultats à l'ensemble de la population française. Notre travail, réalisé auprès de patients issus de zones sous-dotées en médecins généralistes, parait plus généralisable.

Dr. Langlassé souhaitait aussi que des travaux supplémentaires sur ce thème de recherche permettent de modéliser un dispositif de médecine itinérante convenant au plus grand nombre. Notre travail a permis de cerner de nombreux aspects à prendre en compte pour la réalisation d'un tel modèle concernant les besoins et demandes des usagers de soins. Nous avions aussi l'avantage de pouvoir nous appuyer sur des modèles existants. Nous avons ainsi pu suggérer que les patients valident dans l'ensemble le modèle du Médicobus® normand qui coïncide avec la plupart de leurs attentes.

V.3. Forces et limites

Pour notre thèse de Doctorat, cette Thèse représente notre premier travail de recherche, au terme d'études médicales. On y aborde principalement la recherche quantitative sous ses différentes formes. Il fallait donc avant tout se familiariser avec la méthode qualitative (126).

Nous n'avons pas pu trouver de modérateur qualifié pour animer les entretiens collectifs malgré plusieurs sollicitations auprès de la faculté de sciences humaines et sociales de Poitiers. Ainsi ce rôle a été assuré par l'investigateur principal après s'être auto-formé.

Malgré les efforts, cette inexpérience du modérateur a pu entrainer des inégalités de répartition du temps de parole avec certains patients qui ont pu moins s'exprimer lors des entretiens. Certains points de vue ont ainsi probablement été davantage mis en avant que d'autres.

Notons aussi que certaines informations concernant le modèle du Médicobus® normand ont pu être dévoilées lors des discussions. Ces informations ont pu influencer les réponses apportées par la suite par les participants. Cette tendance a été repérée dès le débriefing du premier entretien collectif, ce qui a permis de limiter ce biais par la suite.

Le modérateur connaissait deux des participants avant la réalisation des entretiens. Il a cependant été vigilant à minimiser au maximum cette différence lors des échanges.

Les observateurs étaient différents pour les trois entretiens collectifs menés. Ils étaient également inexpérimentés sur ce type de recherche. Cependant les critères de qualité des entretiens avec le débriefing systématique et la triangulation de l'analyse des données ont été respectés.

Un journal de bord a également été tenu tout au long du processus de recherche avec des notes de terrain systématiques avant et après les entretiens.

Notons qu'un nombre idéal de participants a été réuni pour les deux premiers entretiens collectifs grâce à un sur-recrutement. Malgré cette méthode visant à anticiper d'éventuels

désistements, le troisième focus group n'a réuni que quatre participants. Il reste valable, même si dans la littérature, un nombre idéal de 6 à 8 patients est privilégié (126).

Notons que deux participants sont arrivés au cours des entretiens et n'ont donc pas pu participer à leur intégralité. Précisons également que les dix patients ayant renoncé au dernier moment à se joindre aux entretiens collectifs ont été resollicités par mail sur les raisons de leur absence. Ils n'ont majoritairement pas jugé bon de répondre. Trois personnes ont évoqué un empêchement de dernière minute.

Le mail de recrutement qui a été transmis par la plateforme Ameli aux patients sans médecin traitant n'a pas eu l'effet escompté car sur 401 personnes sollicitées, seules deux ont répondu et une seule s'est présenté à l'entretien auquel elle avait été conviée.

On se retrouve ainsi avec un pourcentage de patients sans médecin traitant de 22 % alors que dans la patientèle de référence du Médicobus® ce taux était de 49 %. Notre pourcentage est néanmoins deux fois plus important que la moyenne française, se rapprochant ainsi des objectifs de l'étude.

Les enfants et adolescents étaient également sous-représentés dans l'échantillon des participants. Notons cependant que les personnes âgées étaient bien représentées trois participants de plus de 75 ans.

V.4. Perspectives

- Pour la recherche :

Notre étude ouvre de nouvelles perspectives de recherche. On pourrait imaginer de demander à un plus grand nombre de patients/usager de soins via un questionnaire ce qu'ils pensent une à une des différentes attentes retrouvées afin de définir de façon quantitative quelles attentes sembles les plus importantes pour les patients. Une fois la généralisation des cabinets itinérants effective, on pourrait aussi envisager d'interroger les usagers réguliers de telles structures sur les améliorations de fonctionnement qu'ils proposeraient en connaissance de cause. On pourrait même imaginer de créer une structure mobile en intégrant les éléments attendus par les patients dans cette recherche, et de le comparer à d'autres structures en terme d'efficacité, de satisfaction.

Enfin, la rentabilité et la durabilité du dispositif ont été remises en question dans notre travail. On pourrait ainsi tenter de calculer le coût et les bénéfices réels pour le système de santé en terme financier afin d'objectiver ou non cette rentabilité supposée.
On pourrait aussi essayer d'évaluer les émissions carbones du fonctionnement d'un cabinet itinérant face à celui d'un cabinet fixe afin d'évaluer son impact écologique.
Il paraitrait aussi intéressant d'observer d'éventuelles modifications de la morbi-mortalité dans la population des territoires pourvus d'un cabinet mobile comparativement aux populations de territoires similaires mais dépourvus de telles structures afin d'évaluer l'impact du cabinet itinérant en termes de santé publique.
Il parait aussi évident que des études doivent être menées auprès des médecins généralistes en zone sous dotée afin d'évaluer la complémentarité des pratiques fixes et mobiles. Cette complémentarité envers les soins non programmés reste à définir, tout comme la place d'un cabinet itinérant au sein du SAS ou de la CPTS locale. De telles études pourraient aussi évaluer l'acceptabilité par les médecins généralistes fixes d'un dispositif mobile en terme de concurrence professionnelle.

- Pour la pratique :

L'objectif pratique de notre travail était d'apporter des informations sur un sujet peu étudié en France afin de donner des clefs de compréhension et d'action aux médecins et collectivités qui voudraient s'impliquer dans le développement de structures de médecine générale mobiles
Les attentes des patients suggérées dans notre étude pourraient influencer la mise en place de certains cabinets itinérant. Elles donnent un cadre auquel il parait intéressant de se conformer dans la mise en place d'un cabinet mobile afin que ce dernier soit le plus acceptable possible par les populations en zone rurale sous dotée en généralistes.
Notons que notre étude semble valider le modèle du Médicobus® déjà en fonctionnement. Il donne cependant des pistes d'amélioration de ce dernier par les solutions proposées par les patients, comme sur l'organisation des visites médicales par exemple.
Ainsi Denis Chevalieras, chef de projet auprès de l'URML Normandie et donc du Médicobus® souhaitait déjà avoir accès à ce travail, envisageant d'éventuelles retombées.

- Pour l'enseignement et la formation :

Les participants interrogés dans nos entretiens ont développé l'idée de prendre en compte cette nouvelle forme d'exercice de la médecine générale dans les études. L'objectif serait de familiariser des étudiants avec l'exercice itinérant car ils sont les plus susceptibles d'y adhérer (122). Comme le décrivent les patients, on pourrait envisager de majorer le nombre d'étudiants en médecine générale afin de pouvoir pourvoir ces postes en cabinet itinérant.

Notons qu'en ce moment de nombreuses discussions ont lieu sur les conditions de mise en place d'une quatrième année d'internat de médecine générale (37). Des potentielles difficultés liées à des carences en terrains de stage en supervision indirecte pour cette nouvelle année d'étude sont à prévoir (140).
Cette réforme du troisième cycle des études de médecine coïncide temporellement avec la généralisation des cabinets itinérants. Ces derniers resteront rattachés à une structure médicale existante comme une MSP ou une CPTS. Il pourrait donc être intéressant d'évaluer si cette quatrième année d'internat de médecine générale pourrait avoir lieu dans ces structures itinérantes, en supervision indirecte par des médecins de la structure médicale « mère ».

VI. Conclusion

Le modèle de cabinet médical itinérant résultant de nos entretiens collectifs comprendrait l'accès à une salle d'attente décente, résiliente aux aléas climatiques. Elle serait dans un local mis à disposition par la commune desservie ou directement dans le cabinet itinérant en fonction de sa taille. Il pourrait en effet s'agir d'un véhicule de taille moyenne comme un camping-car ou une fourgonnette comme il pourrait s'agir d'un plus gros véhicule comme un bus ou un camion. Il devrait être équipé d'internet et de tout le matériel habituel dans un cabinet de médecine générale. La salle de consultation doit être suffisamment confortable et isolée phoniquement et visuellement pour permettre aux patients d'être à l'aise. Il dépendrait d'une structure médicale « mère » (comme une CPTS, un hôpital local ou une MSP) pour le stationnement nocturne, l'entretien et le secrétariat. On y trouverait plusieurs moyens de prise de rendez-vous pour faciliter l'accès à tous, même s'ils ne sont pas à l'aise avec l'informatique. Le médecin y serait toujours le même dans une même localité afin de permettre la mise en place d'une relation de confiance et d'un suivi de qualité. Un travail en équipe, avec une assistante médicale par exemple, assurerait une plus grande efficacité dans la prise en charge des patients. Pour faciliter l'accès, il disposerait d'une large plage horaire

comprenant une majorité des créneaux programmés ainsi que des créneaux pour les soins non programmés délivrés selon les besoins au patients nécessiteux. Des visites à domicile serait idéalement souhaitées, mais seulement si elles n'impactent pas négativement l'accessibilité au cabinet itinérant. Les médecins y seraient compétents et faciliteraient le suivi des patients dépourvus jusque-là de médecin traitant. Le véhicule devrait être fiable, permettre une adaptation des tournées aux changements locaux de démographie médicale et être le plus écologique possible. Il devrait être attractif pour que les médecins généralistes souhaitent y travailler. Il devrait travailler en complémentarité avec les autres professionnels de santé du secteur et permettre de limiter les coûts de santé pour la sécurité sociale en limitant le recours hospitalier.

Les patients en zone rurale sous-dotée attendent que le fonctionnement d'un cabinet itinérant puisse leur bénéficier en terme d'accessibilité aux soins primaires. Ils souhaiteraient aussi qu'il bénéficie aux autres professionnels de santé du secteur en les déchargeant, au territoire en le redynamisant, au système de santé en l'épargnant, et à la planète en limitant l'émission de gaz à effet de serre.

Ils proposent qu'un service puisse être mis en place par les services d'aide à domicile ou au niveau communal afin de pouvoir transporter les patients en perte d'autonomie ou à mobilité réduite de chez eux vers le cabinet itinérant.

Notons que malgré quelques divergences et propositions supplémentaires, ce fonctionnement coïncide dans les grandes lignes avec celui du modèle du Médicobus® ayant servi pour l'élaboration de ce travail.

Cependant, l'intérêt global du modèle du cabinet mobile est parallèlement remis en question. Les patients proposent que des locaux soient mis à disposition des médecins itinérants dans les communes nécessitant une présence médicale accrue sans avoir à disposer d'un cabinet itinérant. Ainsi seul le médecin se déplacerait de cabinet et cabinet sans devoir amener avec lui une structure de plusieurs tonnes. Il est déjà permis aux médecins généralistes d'exercer sur plusieurs sites. Ils pourraient ainsi, exercer un ou plusieurs jours par semaine en dehors de leur cabinet fixe dans des locaux publics qui leurs seraient mis à disposition dans les communes dans le besoin. Ils faciliteraient ainsi l'accessibilité aux soins de premier recours dans ces zones sous-dotées en médecins généralistes en limitant les trajets des patients.

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

* PDSA : Permanence des soins ambulatoires

Annexe 1 : Tableau des aides proposées par l'Assurance Maladie en lien avec les ARS pour favoriser l'exercice de la médecine générale en zone sous-dotée

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

Annexe 2 : Tableau des aides proposées par les ARS pour favoriser l'exercice de la médecine générale en zone sous-dotée

Annexe 3 : Les différentes options proposées par le SAS (141)

Bonjour cher(e) assuré(e),

Je suis Maxime MISBERT, étudiant en dernière année de médecine générale.
Je vous contacte pour savoir si vous seriez intéressé pour participer à mon projet de doctorat sur les déserts médicaux dans le niortais.

En effet, vous avez très probablement remarqué qu'il est de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous dans un délai raisonnable auprès d'un médecin généraliste.
Cela s'explique par la désertification médicale progressive, surtout dans les campagnes, par manque de nouveaux médecins depuis plusieurs dizaines d'années.

Dans ce cadre, le gouvernement a décidé d'expérimenter l'usage de cabinets médicaux mobiles pour permettre d'amener le médecin directement au patient (normalement dès 2024).

Dans mon étude, je veux évaluer ce que les futurs patients potentiels d'un tel cabinet pensent de cette forme de médecine.

Comme vous êtes actuellement sans médecin traitant, et vivez en milieu rural, vous avez le profil recherché pour participer à ce projet.

Concrètement, votre participation consisterait à venir discuter avec moi ainsi qu'une poignée d'autres patients de ce sujet (un soir en semaine) afin de mieux comprendre votre ressenti par rapport à l'initiative des cabinets médicaux mobiles.
Il faut compter environ 2 heures de discussion ensemble autour d'un verre.

Votre participation resterait totalement anonyme et aucune information personnelle ne serait partagée.

Si vous souhaitez donc m'aider en participant à mon projet de recherche, vous pouvez me répondre par mail sur mon adresse sécurisée de l'Université de Poitiers : maxime.misbert@etu.univ-poitiers.fr .

N'hésitez pas à me communiquer par ce mail votre nom, votre commune de résidence, ainsi qu'un moyen pour vous recontacter.
Vous pouvez mettre comme objet du mail : « participant(e) étude cabinet mobile ».

Je vous remercie du temps que vous avez consacré à la lecture de ce message.
En espérant vous rencontrer bientôt, je reste à votre disposition pour toute demande complémentaire.

Bien cordialement.

Maxime MISBERT (Interne médecine générale - Université de Poitiers)

Annexe 4 : Mail envoyé le 22 décembre 2023 aux patients dépourvus de médecin traitant des 15 communes en ZIP de la CPTS du Niortais par leur messagerie d'assuré à la CPAM des Deux-Sèvres

Université de Poitiers 1431

Département 79

RECHERCHE PARTICIPANTS

DESERTS MEDICAUX

Bonjour, je suis Maxime, interne en médecine générale. Dans le cadre de mon doctorat je réalise actuellement une étude visant à explorer des solutions au problème d'accès de plus en plus difficile aux consultations de médecine générale.

Si vous rencontrez des difficultés d'accès à un médecin traitant et que vous acceptez de discuter avec moi de vos problèmes actuels et des solutions futures, merci de me contacter par mail :

maxime.misbert@etu.univ-poitiers.fr

Annexe 5 : Imprimé de recrutement pour l'étude laissé dans les commerces et lieux publiques acceptant leur dépose dans les 15 communes en ZIP de la CPTS du Niortais (8x12 cm)

Guide d'entretien
pendant le groupe de discussion :

1) Questions en lien avec la désertification médicale actuelle :

Question dite « brise-glace » :
Commençons par un tour de table, sauf si quelqu'un veut spontanément se lancer.
Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez-eu des difficultés à consulter auprès d'un médecin généraliste ?

Que faites-vous actuellement si vous ressentez le besoin de consulter mais qu'aucun médecin généraliste à proximité n'est disponible ?

Que faites-vous actuellement lorsque vous ressentez le besoin de consulter, en dehors des jours et horaires d'ouverture du cabinet de votre médecin ?
Relances : *un autre généraliste, la maison médicale de garde, les urgences, vous appelez le 15, vous attendez*

Avez-vous déjà complètement renoncé à un rendez-vous avec un médecin généraliste faute d'un accès assez rapide à une consultation ?

Avez-vous déjà eu recours à des thérapies non conventionnelles (également qualifiées de « médecine » alternative par certains) faute de pouvoir consulter facilement un médecin ?

2) Questions en lien avec la médecine itinérante :

« Je cherche aujourd'hui, à évaluer ce que vous pourriez penser d'une solution qui est proposée depuis peu pour faciliter l'accès aux consultations dans les zones qui manquent de médecins généralistes.
Il s'agit du cabinet médical mobile, dans un petit camion, qui se déplacerait là où l'on manque de médecins, de village en village pour y assurer des permanences de soins un à deux jours par semaine. »

Comment imagineriez-vous le fonctionnement d'un cabinet itinérant ?
Relances : *Véhicule utilisé ? Lieu de stationnement ? Salle d'attente ? Secrétariat ? Fréquence optimale ? Sans rdv ou avec ? Horaires ? Ferait des visites ?*

Iriez-vous personnellement consulter un médecin itinérant et pour quel genre de motif ?
Relances : *Urgences ou suivi médical ?*

Quels seraient vos attentes envers le médecin d'un cabinet médical mobile ?

Quels seraient pour vous les avantages que présenterait un cabinet médical mobile par rapport à un cabinet médical fixe ?

Quels seraient pour vous les inconvénients que présenterait un cabinet médical mobile par rapport à un cabinet médical fixe ?

Exprimez-vous des doutes sur cette forme d'exercice de la médecine ?

Annexe 6 : Guide d'entretien pour les focus groups

FOCUS GROUP 1 :

Codes :

Modérateur : MM
Participants/patients : P01, P02, P03, P04, P05, P06.

Tous les participants se sont initialement présentés sur le modèle :
« Mon code d'identification est le ….., et je consens à participer ce jour à l'étude dirigée par le Dr Eloi Piketty ».

MM : Bonjour et bienvenue pour cette session de discussion de groupe ensemble. Ce que je vous propose dans un premier temps c'est qu'on se tutoie, pour faciliter l'échange et que ce ne soit pas trop froid.
Déjà pour présenter le projet rapidement c'est sur des cabinets médicaux itinérant c'est-à-dire des cabinets mobiles qui pourraient offrir des soins médicaux et des nouvelles possibilités de consultations dans les zones dépourvues de médecins généralistes.
Durant l'entretien si vous avez des questions n'hésitez pas à me les poser sur le fonctionnement d'un tel cabinet, mais en tout cas je veux savoir ce que vous, vous pensez de ce sujet. Ce que tu penses du sujet (*montrant P02*), ce que tu penses du sujet, puisqu'on se tutoie (*montrant P04*, *rires*).
Sentez-vous libre d'exprimer vos points de vue, vos doutes, ou de rebondir sur une remarque d'un autre participant.
Donc déjà on peut commencer pour la première question, si vous le voulez, par un petit tour de table sauf si quelqu'un veut spontanément se lancer : Pouvez-vous raconter la dernière fois que vous avez eu des difficultés à consulter auprès d'un médecin généraliste ?
Alors quelqu'un est-il extrêmement motivé pour se lancer ?

P03 *amusée* : Bah, on peut commencer par le premier, hein !

P01 : *un peu gêné* : Bon bah faisons un tour de table.
Du coup on se tutoie, merci d'abord de nous avoir invité à ce groupe de discussion. Donc moi c'est pas compliqué, j'ai 28 ans, j'ai emménagé dans la Région Nouvelle-Aquitaine il y a cinq ans maintenant. Concrètement, j'ai pas de médecin traitant pour le moment dans la région, parce que j'ai déjà pas pris le temps d'en chercher. J'ai que 28 ans, donc je n'ai pas vraiment beaucoup de problèmes de santé. J'avoue que j'ai pas vraiment pris le temps d'en chercher un autour de moi.

MM : D'accord, donc pas trop de soucis particulier pour consulter ?

P01 : Pour l'instant, non, mais ça va finir par arriver.

MM : D'accord, le jour ou ce sera compliqué… (*recul de P01 souhaitant manifestement que l'on passe au prochain participant*). Ça marche, donc on peut passer au suivant éventuellement.
P02 : Très bien et bien je vais continuer. Merci, jeune homme. Alors la dernière fois que j'ai eu un souci pour trouver un médecin, c'était bas quasi tous les mois en fait, les rendez-vous sont de plus en plus difficiles à avoir on a beau s'y prendre tôt j'arrive rarement à trouver des créneaux compatibles avec mon emploi du temps. En plus de ça, je suis diabétique maintenant depuis cinq ans, et c'est un petit peu difficile, en plus il y a des ruptures de médicaments. Donc je suis toujours obligé de faire plusieurs pharmacies, ça ne m'aide pas vraiment. Mais bon globalement dans l'ensemble avec les médecins, ça se passe plutôt bien, c'est plutôt avec les spécialistes que c'est compliqué pour mon bilan annuel. Après moi pour le généraliste du village, il fait très bien son travail mais il est en effet très sollicité donc je pense que votre idée ça pourrait venir le soulager pour avoir peut-être des délais de consultation un peu réduit par rapport à ce qu'il fait aujourd'hui.

MM : Ok, très bien donc vous-même avait un médecin traitant.

P02 : oui, en effet, pas vraiment facile de le trouver en emménageant dans le village, mais maintenant c'est mon médecin traitant. Et je compte pas vraiment changer, parce que je sais que c'est très difficile d'en retrouver, surtout avec des maladies comme la mienne.

MM : Donc quand vous, (*déstabilisé par le vouvoiement*), euhh… quand tu as des difficultés à le… à avoir un rendez-vous auprès de lui… enfin ça t'arrive.

P02 : Oui, mais c'est généralement de ma faute parce que parfois je m'y prends un peu au dernier moment.

MM (*sourire en coin*) : Ah !

P02 (*ne relevant pas*) : Oui, mais dans ces cas-là, le pharmacien est bien gentil et m'avance les médicaments.

MM : Très bien, (*se tournant vers P03*) : Mademoiselle…

P03 : Alors euhhh, moi je m'appelle P03, et euhh, j'ai 23 ans et j'ai un médecin traitant, c'est le médecin qui en fait été choisi en fait par mes parents, que j'ai connu quand j'étais plus jeune, et que j'ai gardé. Mais c'est vrai que je suis parti faire mes études à une époque, un peu plus loin de ce médecin traitant et à ce moment-là, je me suis rendu compte de la difficulté de trouver un médecin, notamment pour des urgences comme des problèmes d'infection urinaire, quand y'a besoin vraiment dans la journée ou pour le lendemain. Mais moi j'avais une semaine d'attente pour avoir un médecin.

MM : Pas très pratique ça…

P03 : Ah oui, a ce moment là, ça a été compliqué franchement, et c'est là que je me suis rendu compte de la difficulté de trouver un médecin. J'avais des difficultés aussi à rentrer chez moi pour voir le mien. Voilà, j'ai ce médecin qui existe, qui me prend quand j'ai besoin, mais quand je suis pas à côté, c'est compliqué.

MM : OK, je te redemanderai tout à l'heure comment ça se passe quand tu n'as pas de médecin disponible dans un temps court, mais OK, très intéressant. (*regarde P04*)

P04 : Alors moi haha (*rire un peu gêné*), moi c'est P04, j'ai 35 ans et je suis [cite ici sa profession retirée pour des raisons de confidentialité des données].
Donc en fait je rebondi sur ce qui a été dit tout à l'heure, par rapport à la difficulté de trouver un médecin traitant parce que du coup, bah au bout d'un moment, je m'étais pas tellement posé la question quand je suis arrivé ici, chercher un médecin traitant je m'en fichais un peu. Ensuite, j'ai dû commencer un calcul prise de sang pour voir, pour ma pilule, etc. et donc j'ai commencé à voir un médecin d'un de mes clients qui lui a parlé de moi, et en fait j'ai l'impression que si je n'avais pas eu ce levier là j'aurais pas pu trouver de médecin, qu'on me dise « oui, je vous prends, mais là c'est que pour renouveler, je vous dépanne temporairement, mais je peux pas vous prendre, j'ai trop de patients.

MM : Personne pour te prendre, euhh, de manière fixe en fait.

P04 : Exactement, et donc c'est en parlant avec un client que j'ai pu trouver mon médecin, et voilà. Donc j'ai l'impression que maintenant c'est un peu comme ça, et que sans connaître quelqu'un pour avoir un peu de passe-droit on ne peut plus trouver de médecin traitant.

MM : OK, donc par tes relations personnelles ça a pu se faire, mais…

P04 : Oui, c'est ça.

MM : Très bien, très bien (se tournant vers P05), euhhh, je suis désolé, je ne me rappelle pas de ton prénom.

P05 : P05, 51 ans. Donc moi je viens d'une autre région, je suis venu pour le travail ici.
Donc effectivement, j'ai eu beaucoup de mal à trouver au départ un médecin traitant. Notamment par manque de place, en tout cas c'est la raison que me donnaient les médecins.
Donc ils me conseillaient d'appeler d'autres médecins, donc il se renvoyaient la balle et j'ai eu extrêmement de mal (sic).

Mais j'ai fini par en trouver un au bout d'un certain temps, et donc depuis je suis suivi par ce médecin, et rien de particulier, (silence) voilà.

MM : Pas l'impression à ce moment-là de devoir prendre le dernier disponible, quelqu'un qui serait moins compétent où…

P05 *coupant la parole* : Alors au niveau des compétences, c'est vrai que c'est difficile à juger aussi, parce que moi je ne suis pas du tout dans ce milieu.

MM : Oui.

P05 : Mais en tout cas pas pas très loin de chez moi parce que je ne suis pas, euhhh, véhiculé, donc voilà c'est plus pratique quoi ! (*quelques rires dont P05*).
Ouais c'est pratique. Donc voilà.

MM (*se tournant vers P06 en souriant*) : Alors, ça va être plus difficile de vous tutoyer, mais je vais faire mon mieux ! (*sourire de P06, silence*). Et toi ?

P06 : Moi j'ai 88 ans, et, toujours le même médecin traitant depuis plusieurs années, je n'ai jamais eu de problème, le médecin de famille, mais par contre il part à la retraite dans un an et là je suis bien embêtée alors à ce moment-là. Ma fille apparemment elle connaît un médecin donc euhhh…

MM : Donc déjà des plans B.

P06 : Il devrait prendre le relais.

MM : OK, OK, OK, et donc euhh, pas de soucis particuliers pour accéder aux consultations (*assentiment par hochement de tête de P06*).

Donc là on ne va plus fonctionner par tour de table, donc sentez-vous libre de prendre la parole.
Euhh, (P04 manque de renverser son verre).

P05 (sur le ton de l'humour envers P04) : Un peu de tenue s'il vous plaît (quelques rires).

MM : Donc je veux connaître, euhh, vos points de vue que vous parliez librement.
Et, ma question suivante, c'est :
Qu'est-ce que vous faites actuellement lorsque vous ressentez le besoin de consulter un médecin généraliste, mais qu'aucun médecin généraliste à proximité, ne peut répondre à votre demande ?

P05 : Bah généralement c'est les urgences du coup !

MM : Les urgences, OK. (*regards réprobateurs d'une partie des participants envers P05; P05 se justifie alors)*

P05 : Enfin c'est les urgences, euh, vers lesquelles je vais me tourner. Mais bon, le problème c'est que je sais aussi que ça peut poser des problématiques parce que parfois on a pas toujours besoin, d'aller aux urgences.
Mais bon, parfois quand on a besoin d'aller voir un médecin, et qu'on en trouve pas, on se tourne vers la dernière solution. Il faut un avis médical si on n'en a besoin aussi donc…

MM : Il faut bien une réponse, c'est ça ? (assentiment, par hochement de tête de P05).

P01 : Moi je vais rebondir sur ce que tu dis parce que pour éviter de désengorger enfin d'engorger les urgences. J'ai entendu parler d'un truc par mes parents qui existe à Châtellerault où il y a des médecins qui ont crée un truc qui s'appelle le CMSI. En fait c'est un centre de petite urgence pour éviter d'engorger les urgences justement. Donc c'est pour les petits problèmes, et c'est ouvert sept jours sur sept, je sais pas si c'est 24 heures sur 24, mais ça a l'air d'être assez pratique quand on a pas de médecin traitant comme moi. Si on avait ça ici, ça peut être assez pratique et si ça permettait d'être vu rapidement sans attendre six heures aux urgences, moi je ferai ça.

MM : OK d'accord, c'est en effet une option dont j'ai déjà entendu parler en effet.
Donc tu disais sur Châtellerault, c'est ça ?

P01 : Ouais, CMSI, je sais pas ce que ça veut dire par contre, mais…

MM : Très bien.

P02 : Ce serait peut-être bien de généraliser ça un petit peu, parce que moi effectivement, je croise les doigts de pas avoir d'urgence parce que tout simplement, le centre hospitalier le plus proche est à plus de 20 km et c'est un peu compliqué effectivement. La plupart du temps, finalement je téléphone à mon médecin traitant pour savoir s'il a des créneaux d'urgence et en règle générale, c'est dans la journée ou les deux jours mais j'espère que ça sera pas plus en cas de réel besoin.

MM : OK, c'est déjà arrivé que tu doives attendre plus que deux jours ?

P02 : Pas vraiment. En même temps, bon j'ai pas la santé très fragile en dehors du diabète que j'ai actuellement.

MM : OK d'accord (*silence, balayement de l'assemblée du regard*).

P03 : Alors moi personnellement j'ai un petit peu de mal d'aller aux urgences pour, euhhh, un problème, j'ai toujours l'impression que c'est pas assez urgent pour que j'y aille. J'ai pas forcément envie d'y aller, ça me met mal à l'aise, après, c'est vrai que je me souviens d'avoir été très embêtée pour un arrêt de travail où vraiment je ne pouvais pas aller travailler. D'ailleurs je n'y étais pas. Mais je n'ai pas pu voir mon médecin le jour J, ni le jour qui suivait, ni le jour encore d'après parce que c'était pendant les vacances de mon médecin traitant. Et finalement, j'ai réussi à trouver deux jours après par des médecins qui faisait de la, euhhh…

P01 : Sur internet ?

P03 : Non, euhh, sans rendez-vous.
Alors, euh, j'ai jamais essayé par Internet, j'ai entendu parler que ça existait, par contre j'ai eu cette place sans rendez vous, mais j'ai quand même attendu deux heures.. (*rires P03*).
MM : Ah oui, c'est un peu long…

P02 (probablement sur le ton de l'humour) : La téléconsultation moi j'y crois pas, apparemment ils sont sous roumains ou arabes, alors moi j'y crois pas trop.

MM *tentant de désamorcer après rire gêné de certains participants* : Alors ça monsieur, c'est une question de point de vue, mais euhh, je note.

P02 : Non mais apparemment c'est beaucoup de médecins étrangers. Moi je pense qu'on a quand même une bonne médecine en France…

P06 *coupant la parole* : Moi j'suis d'accord avec lui hein ! (quelques *rires*)

P02 : On a quand même une bonne médecine en France, c'est juste quez bah effectivement on a pas assez de médecins donc, euh, bon, voilà !

MM : C'est plus le problème du risque d'une dégradation de la qualité des soins pour, euh, pour toi, c'est ça ? (*assentiment de P02*) OK, après, oui, on a tous nos points de vue…
Et euh, vous deux (se tournant respectivement vers P04 et P06), vous n'aviez pas encore donnés vos points de vue.

P06 (coupant la parole) : C'est quoi la question déjà ? (*quelques rires amusés*)

MM : Donc, (*rires de MM*), ma question c'était, qu'est-ce que vous faites, quel est le plan B, lorsque le médecin ne peut pas vous recevoir dans temps raisonnable par rapport à votre demande ?

P06 : Bah, je me déplace au cabinet (silence).

MM : D'accord.

P06 : Et puis j'attends qu'il arrive (*rires de P06*).

MM : D'accord donc « toc-toc » et puis on voit ce qui se passe ?

P06 : Oui, mais il me connaît bien, vous savez, c'est mon médecin de famille.

MM : D'accord, donc à ce moment-là, vous pouvez, euh, pardon, ça me fait bizarre, tu peux quand même accéder à une consultation, il te prend quand même c'est ça ?

P06 : Oui, mais dans un an il part à la retraite

MM : Oui, donc pour après on ne sait pas comment ça se passera.

P06 : Non.

MM : D'accord, et toi du coup ?

P04 : Alors moi c'est juste que ça m'a fait penser au fait que parfois effectivement médecin traitant n'est pas disponible. L'arrêt de travail aussi ; la question se pose (sic). Surtout moi, en tant que [emploi retiré ici pour des raisons de confidentialité], si ça va pas, je peux pas du tout faire mes heures etc.

MM : Mais après toi tu es en bonne santé.

P04 : Oui, enfin normalement oui(*silence, rires*), mais euh

P02 (*sous forme de boutade*) : Ah beh quand on travaille 16 heures par semaine, euhh..!

P05 (*sous forme de boutade également*) : Vous êtes un peu virulent monsieur je trouve !

MM (*sur le ton de l'humour également*) : Bon, je vais devoir recadrer monsieur ! (*se rapprochant légèrement avec sa chaise de P02*) Je me rapproche !

P02 (*s'excusant*) : C'était une boutade euh, mademoiselle.

MM (*se retournant vers P04*): Poursuivons.

P04 : Et, effectivement, je me suis trouvé embêté mon médecin traitant était en vacances, n'avait pas de remplaçant, ou le remplaçant était déjà surbooké…
Et donc je sais qu'il existe des créneaux d'urgence, donc on appelle le matin à la première heure pour euh, libérer (sic) les derniers créneaux ouverts à des grosses maladie qui donnent lieu à un arrêt de travail, ou quelque chose comme ça. Sauf que voilà, quand on est vraiment pas bien, moi ça m'est déjà arrivé, on rate l'heure en fait, en fait on appelle à 10 heures parce que c'est le moment où on émerge et du coup on nous dit « oui, les créneaux d'urgence sont déjà tous pourvus ». Et donc voilà, il y a une solution qui est proposé, mais qui est pas toujours faisable à l'instant T.

P03 (*s'adressant à P04*) : T'as des créneaux d'urgence toi euh chez ton médecin ?

P04 : Oui, bien sûr.

P03 : Ah OK, ça c'est bien ça !

P04 : Alors ils font partie d'un cabinet hein, c'est pas un médecin généraliste qui se trouve seul, mais du coup y'a… y'a tout un cabinet Alors, on est absolument pas sûr, et d'ailleurs c'est souvent pas avec notre médecin traitant qu'on tombe.

MM : Oui, ça peut être quelqu'un d'autre.

P04 : Mais étant donné que c'est un peu une urgence, euh, une grosse gastro quelque chose comme ça, et ben, on veut juste en soi, un traitement pour ce qui ne vas pas et un arrêt de travail, euh, si besoin est. Donc finalement ça suffit.
Mais c'est vrai que ça m'est aussi arrivé, euh, le cas d'une pilule, du coup j'étais déjà allé demander un dépannage à la pharmacie etc. Là je pouvais vraiment pas faire autrement. Mon médecin ne pouvait pas faire autrement, et en fait je me suis retrouvé à devoir prendre le premier rendez-vous que j'ai trouvé sur Doctolib, et là le médecin m'a dit « bon, là je le fais vraiment pour vous dépanner, j'vous le fait que pour trois mois, j'vous fais pas de dosage etc., et il faudra vraiment refaire le point avec le médecin traitant ».
Et finalement, en fait de trois mois en trois mois, on réitère le processus, et finalement ça fait peut-être trois ans que j'ai pas fait de prise de sang, que j'ai pas été encadrée etc. donc voilà…

MM : OK donc le suivi est (*silence*) moyen à ton sens ?

P04 : C'est ça, parce que mon médecin traitant est soit en vacances, soit débordé, soit…

MM : OK, et ça t'arrive de devoir prendre un créneau d'urgence et de pas l'avoir du coup ?

P04 : Non, là, si je loupe pas l'heure le matin, ça va ! (*rires*).
Quand on appelle bien à l'heure indiquée, on me donne un créneau d'urgence.

MM : OK, d'accord, nickel, parfait.
Euh, est-ce-que vous voyez juste d'autres options en dehors des urgences, créneaux d'urgences, on a dit, chez le médecin traitant, pharmacie j'ai entendu.

P06 *avec un sourire malicieux* : Et bien, il y a les pompiers qui sont très disponibles.

MM (*désarçonné*) : Ah d'accord ! Les pompiers sont déjà venus chez vous, euh chez toi ?

P06 : Oh oui, plusieurs fois, il m'est déjà arrivé de tomber alors…

MM : D'accord, euh, très bien, les pompiers…

Donc, qu'est-ce que vous faites actuellement, ça c'est la prochaine question en gros, si vous ressentez le besoin de consulter en dehors des horaires d'ouverture habituels du cabinet ? Enfin, je ne sais pas si ça vous est-déjà arrivé ?

P03 : Je pense que j'appellerais le 15.

MM : Le 15 OK.

P03 : Hmmm, ouais.

P06 : Non, moi j'attends le lendemain.

MM : Attendre le lendemain et appeler le cabinet, d'accord.

P03 : Oui, moi, ce serait que si j'ai vraiment besoin rapidement.

MM : Oui, si ce qui t'arrive te paraît urgent, important ?

P05 : Ouais, c'est ça, ou les urgences du coup.

P01 : Ouais, si vraiment ça va pas : urgences.

MM : Urgences, d'accord, OK.

P04 : Moi si j'ai plus besoin d'un avis, j'essaye de contacter la pharmacie de garde, et je me débrouille pour parler au pharmacien de garde, pour qu'il me donne mon avis si je peux passer pour qu'il me donne un traitement par exemple voilà.

MM : OK.

P04 : Parce que j'ai la flemme d'attendre des heures aux urgences.
Et puis, lui, il va me donner le médicament et clairement, c'est ce que je veux finalement quelque chose pour me soulager…

MM : A l'instant T ?

P04 : … sur le moment.

P02 *coupant la parole* : Oui, enfin le pharmacien une fois sur deux, c'est « allez voir le médecin » donc euhh…

P05 : Oui, c'est ce que j'allais dire, c'est d'abord « allez voir le pharmacien » (sic) euh, « le médecin ».

MM : Après tout dépend, mais OK. (silence)

Est-ce que ça vous avez déjà complètement renoncé à un rendez-vous avec un médecin généraliste, faute d'un accès rapide à une consultation ?
Est-ce-que ça vous est déjà arrivé ?

P01 : Totalement.

P02 : Clairement.

P06 : Mais dans ce cas-là, on va vers un autre médecin.

MM : Oui, mais est-ce-que ça t'est déjà arrivé.

P06 : Non, parce que mon médecin est très disponible, (silence puis *rires*) jusqu'à ce qu'il parte en retraite (rires).

P03 : Mais après je sais pas comment vous, enfin comment tu vas faire, quand il sera parti.

P06 : Ah, beeehhhh…

P03 : Parce que les médecins aujourd'hui ne sont pas toujours disponibles comme ça… euh, ils ont une vie de famille aussi, c'est

P06 : Eh, oui, le monde change ! (*rires, surtout de P01*) Les gens ne veulent plus travailler.

MM *s'adressant à P06* : Mais, tu peux peut-être nous donner des exemples de comment ça se passait autrefois ?

P06 : Ah, beehhh, autrefois il se déplaçait en pleine nuit, hein et, euh il se déplaçait.

MM *sur le ton de l'humour* : Ah, oui, il venait en charrette… (*rires*)

P06 (*également sur le ton de l'humour*) : Eh, oh, je ne suis pas si vielle que ça ! (*rires*).

MM (toujours sur le ton, de l'humour) : C'était une boutade madame, je ne me permettrais pas (*rires*).
OK.
Est-ce-que vous avez déjà eu recours à des thérapies non-conventionnelles, ou plutôt des thérapeutes non-conventionnels ; on y inclut par exemple les naturopathes, les kinésiologues.

P01 : Les hypnothérapeutes ?

MM : Oui, en effet, ça fait aussi partie de ces professions là.

P02 (*pince-sans-rire*) : Les charlatans ? (*éclats de rires de toute l'assemblée*)

P01 *imitant un accent étranger* : Les marabouts (rires).

MM (*essayant de ramener le calme pour la suite de la discussion*) : Ce n'est pas moi qui l'ai dit, mais…

P03 : Ostéopathe, ça fait partie des…

P04 *coupant la parole, sur le ton de l'humour* : Des charlatans ? (*rires*)

MM : Alors ils sont conventionnées…

P02 *s'adressant à P03* : Ça fait craquer, ça fait du bien !

MM : Ils sont conventionnés même s'il me semble qu'il n'y a pas eu de preuve scientifique de la validité de cette pratique-là.

P03 : Oui, alors moi j'avoue que ça n'a pas marché de toute façon, alors euhh…

MM : Ça dépend des personnes, il y a des gens chez lesquels ça fonctionne.
Mais en tout cas voilà, admettons qu'on va…

P01 : Ou l'acuponcture, des trucs comme ça ?

MM : On va peut-être retirer l'ostéopathe de ces professions parce que le recours y est plus habituel. Mais oui, le magnétisme, l'acuponcture en effet.

Donc, euh, est-ce que ça vous est déjà arrivé de consulter auprès d'un thérapeute non conventionnel si vous ne pouviez pas facilement consulter auprès de votre médecin généraliste ?

P02 *paraissant sceptique* : Alors pas du tout parce que y'a pas d'ordonnance à la clé, en plus de ça c'est plus cher et si j'ai mal au dos, je vais voir l'ostéopathe parce qu'elle est jolie, (*quelques rires*) mais sinon voilà, ce sera le médecin et…

MM : OK.

P01 : Personnellement, ça m'est déjà arrivé, mais pas en remplacement d'une consultation médicale plutôt en complément, pour un autre problème, euhh.

MM : Oui, si le médecin n'a pas pu répondre complètement à ta demande ?

P01 : Voilà, et que j'étais pas, pas insatisfait, mais pas totalement satisfait.

MM *encourageant envers P01* : Et c'était plutôt quel thérapeute alors ?

P01 : Alors j'ai testé justement l'hypnose, j'étais plutôt satisfait, et j'ai testé aussi le magnétisme, et…

P02 *sur le ton de l'humour* : Et ça a pas marché !

P01 *amusé* : Bah franchement ouais voilà voilà bah oui ! (sceptique) Le magnétisme euh…

P06 *discrètement* : Moi ça a marché.

P01 *poursuivant* : On m'a demandé une photo de moi pour travailler à distance, ça m'a fait ni chaud ni froid (*rares rires*), concrètement.

P02 (*avec humour*) : La 5G n'était pas encore installée !

P06 : Moi je rejoins aussi l'avis du jeune homme*(P06 renverse son verre brutalement ce qui amuse surtout P04).*

MM *rassurant* : Ne vous inquiétez pas madame, c'est une salle des fêtes, on fera le ménage à la fin.

P05 *P06 riant encore de sa maladresse* : Non mais continuez docteur. D'ailleurs, vous êtes docteur ?

MM : Alors je suis médecin mais pas docteur.

P05 : Ah d'accord.

P04 et P05 *de concert* : C'est quoi la différence ?

MM e*n aidant à éponger* : La différence c'est le travail de thèse qui permet de valider le titre de docteur.

P05 : C'est ce que vous êtes en train de faire là, non ?

MM : Exactement, au décours de ce travail là je devrais être docteur !

P02 : Ouais, mais vous pouvez faire les ordonnances ?

MM : Euh, oui…

P02 *coupant la parole* : Bon, bah vous êtes docteur !

MM *donnant des précisions* : Sous couvert d'un docteur, tout seul, je ne peux pas.

P02 : D'accord.

MM *réorientant la discussion vers P06* : Et donc, tu disais que tu…

P06 *se souvenant* : Ah oui, que, euh, ce n'est pas forcément une question de disponibilité du médecin, c'est une question de ressources. J'avais besoin d'un autre point de vue, je suis allé voir un magnétiseur et ça a marché !

MM : D'accord, OK.

P01 manifestement *étonné* : Alors ça !

P06 : Parce que toutes les crèmes de merde d'avant n'avaient pas marché, et là ça a marché.

MM : Donc c'était en plus du médecin.

P06 : Oui.

MM : Mais ce n'est pas faute d'avoir pu consulter le médecin.

P06 : Beh, comme ça n'a pas marché, j'ai arrêté tous ces trucs de crèmes là, et (pause) l'autre à marché.

MM : Et le magnétiseur à fonctionné.

P06 (*marmonnant*) : Exactement.

P02 *conciliant* : Faut pas généraliser aussi.

MM *regardant toute l'assemblée* : OK, personne n'a une autre histoire à ajouter ?

P03 : Non, moi j'ai rien testé, non.

MM *s'adressant à P03* : Non, rien testé, seulement le médecin, enfin, le corps médical en tout cas.

P03 : Oui, c'est ça.

P05 : Moi j'ai testé la chiropraxie, je ne sais pas si ça… Enfin je crois que c'est un peu tendancieux.

MM : Pour le coup c'est pas une profession règlementée, donc plus que l'ostéopathe, oui, ça peut faire partie des…

P01 *comique de répétition* : Des charlatans.

MM : Des thérapeutes non-conventionnels.

P05 : Mais oui, j'ai déjà fait ça pendant plusieurs années.

MM : D'accord, et donc c'était parce que votre médecin ne répondait pas à votre demande ?

P05 : Alors, pas mon médecin généraliste, plutôt pour remplacer le kiné. Après je sais pas si ça rentre dons votre étude.

MM : Après c'est toujours intéressant.

P05 : Alors, j'avais des difficultés à trouver un kiné, et je me suis tourné vers la chiropraxie et ça a donné plutôt des bons résultats, mais ça a duré, par contre, pas mal d'années quoi.

MM : Ah oui ! Des bons résultats…
P05 : Sur le long terme.

MM : Sur le long terme, d'accord.

P03 : Bah, ça s'est peut-être remis tout seul.

P01 : Bah c'est ça, qui nous dit que c'était elle ?

MM *désamorçant le thème conflictuel* : D'accord, donc là on est plutôt,.. on arrive à la moitié à peu près du parcours. Donc là on a fait les questions plus générales…

P01 *coupant la parole* : Là c'est l'entracte ?

MM : On peut le voir comme un entracte, on peut potentiellement faire un petite pause si ça vous va.

P02 *sur le ton de l'humour* : Et prendre l'apéro !

MM *également sur le ton de l'humour* : Et prendre l'apéro, bien sûr, mais comme je suis médecin, avec modération !

Pause d'une dizaine de minutes durant laquelle le dictaphone a continué d'enregistrer mais durant lequel certains participants étaient sortis fumer une cigarette, et aucune discussion en rapport avec le thème n'a émergé.

MM *une fois que tout le monde a repris place* : Donc c'est là fin de cet entracte. Donc on va partir sur la deuxième partie. Je vous fais juste un tout petit résumé rapide du cabinet mobile dont je vous parlais. Et ensuite on va pouvoir rebondir là-dessus, sur différentes questions, euh, voilà.
Donc je cherche aujourd'hui à évaluer ce que vous pourriez penser d'une solution qui est proposée depuis peu pour faciliter l'accès aux consultations dans les zones qui manque de médecins généralistes.

Il s'agit du cabinet médical mobile dans un petit camion, qui se déplacerait là où l'on manque de médecins généralistes de village en village pour assurer une permanence de soins, un ou deux jours par semaine, toujours dans le même village pour permettre aussi une forme de suivi.
Donc ça c'est un peu le projet général, hein, dans les grandes lignes, donc si vous avez besoin de détails, si vous voulez des informations en plus, n'hésitez pas.

En fait on se fixe sur un projet qui existe déjà en Normandie, donc n'hésitez pas à me poser des questions et je vous dirai comment ça se passe là-bas et comment ça pourrait se passer ici.

P05 : D'accord.

P03 : Moi j'ai une question.

MM : Oui.

P03 : Combien de villages sont visités ?

MM : Alors, du coup, comme c'est un seul camion, enfin un seul cabinet mobile, en règle générale, il peut passer maximum une demi-journée, enfin minimum une demi-journée par village parce que sinon ça ne sert à rien, et donc il pourrait, en théorie, visiter maximum dix villages par semaine.
Dans le modèle dont je vous parle il visite cinq à six villages dans la semaine, globalement, en faisant au même endroit une demi-journée, par exemple le Lundi, et une autre le Jeudi, comme ça, ça permet d'être vu à différents moments de la semaine.

P01 : Ah, je comprends mieux pour le suivi, ça me paraissait bizarre aussi si le cabinet se déplace, euhh…

MM : C'est ça…

P01 : Extrêmement loin, pour un suivi. Et pour les créneaux d'urgence, du coup, c'est quand même réalisable ?

MM : Alors, il y a des créneaux d'urgence aussi, enfin non programmées si tu veux. Mais ce ne sont qu'une partie des créneaux qui sont disponibles, forcément.
Après, c'est pour aller se rapprocher des gens qui n'ont pas de médecin traitant. Donc c'est aussi pour ceux-là qu'on laisse les créneaux ouverts forcément, parce que ceux-là n'ont pas prévu, d'être vus le Jeudi par exemple.

P02 *sceptique* : Ce sera toujours mieux que d'avoir moins de médecin, c'est sûr, mais je me demande toujours si j'ai une urgence le vendredi soir, et que le prochain créneau de ce camion censés tous nous sauver arrive le mardi, moi j'ai le temps d'y passer le week-end (rires).
Ce que je veux dire c'est que s'il n'y a pas de créneaux le samedi-dimanche, le fait qu'il y ait un camion de généraliste qui soit là ou pas, ça ne changera pas grand-chose pour moi finalement.
Bien que je comprenne que s'il m'arrive quelque chose le lundi, j'ai un créneau le mardi ça j'ai bien compris.

MM : Oui, c'est une bonne remarque ! Toi, tu as un médecin traitant il me semble, hein, c'est ça ?

P02 : Oui.

MM : Donc forcément en semaine, là se serait plus un (*faisant les guillemets avec les doigts*) « bonus », parce que tu pourrais consulter potentiellement dans ce cabinet-là, si tu ne peux pas ou difficilement chez ton médecin traitant.

P02 : Donc c'est un jeu de probabilité, donc il faut que je tombe malade la veille de quand ils arrivent en fait !
MM : Bah, c'est ça, c'est pas une solution qui peut tout prendre en charge bien sûr, mais par contre ça peut potentiellement te donner quelques créneaux en plus, quelques chances en plus d'être vu dans la journée, juste à côté de chez toi. Et dans le cas où tu ne pourrais pas être vu, bah c'est comme

avec le cabinet classique, là, tu pourrais te référer aux solutions dont nous avons parlé tout à l'heure ; potentiellement le 15, les urgences etc.

P02 : Je vous coupe docteur, mais vous aviez dit tout à l'heure que, euhh, tu as dit tout à l'heure que c'était quelque chose qui était au niveau de la région du département c'était à quelle euhh.

P01 : Zone géographique ?

P02 : Zone géographique.

MM : Quelle est la taille de la zone desservie ?

P02 : Oui.

MM : Donc en gros en Normandie, c'est à l'échelle d'une CPTS, donc une CPTS ça ne parle pas à grand monde je pense.

P01 : Ouais…

P05 : Non…

MM : Mais la CPTS, correspond globalement à une communauté de communes, donc il y a une ville, il y a les villages qui sont autour… Un peu comme la communauté d'agglomération du Niortais autour de Niort.
Le cabinet pourrait se déplacer dans les communes où il n'y a pas assez de médecins traitants dans cette zone-là.

P02 : Donc c'est-à-dire que, dans l'absolu, si je tombe malade le vendredi et que le samedi j'apprends que c'est à 10 kilomètres, est-ce que je peux quand même prendre rendez-vous ou alors c'est priorisé aux habitants de cette commune-là ?

MM : Alors, tu peux quand même prendre rendez-vous quand c'est pas dans ta commune. Surtout si tu as déjà été patients du cabinet, tu peux être reçu là-bas.
Mais, par contre, le samedi ça va être compliqué par ce qu'il risque de fonctionner sur les mêmes horaires, à peu près, qu'un cabinet classique.

C'est-à-dire qu'il vient juste apporter, en fait, le cabinet classique dans des villages spécifiques, mais il a pas pour vocation d'être présent sur les horaires de fermeture des cabinets classique, donc c'est-à-dire les week-ends, les nuits, ça c'est pas le but de ces cabinet-là.

P02 : Et ça compterait combien de médecins ?
MM : Ça compterait le nombre de médecins qui permettent un roulement sur la semaine, voilà.

P02 : D'accord, comment ça se passe alors, en Normandie ?

MM *cherchant ses mots* : Ah beh en Normandie, globalement, comme on vient de le décrire, sur ce que je viens de te raconter en gros, hein…
C'est cinq ou six villages, et c'est pendant la semaine, et c'est une dizaine de médecin à peu près, souvent des retraités qui donnent un coup de main, et parfois des médecins qui sont en activité, mais qui travaillent par exemple quatre jours par semaine, et qui peuvent donner une demi-journée en plus quoi.

P03 : Donc ce serait vraiment spécifique à des villages qui n'ont pas de médecin installé.

MM *en réflexion* : Ce serait spécif… Oui c'est ça ! Ou un médecin pour, je sais pas, 4000 habitants par exemple, qui n'est largement pas suffisant pour la demande de soin…

P05 : Du coup ça veut dire, pardon, je vous coupe, ça veut dire que le médecin qui viendrait par exemple dans son camion, ça deviendrait notre médecin généraliste ?
Enfin, je me mets dans la situation de la personne qui n'a pas de, de,…

MM : De médecin traitant ?

P05 : De médecin traitant.

P03 : Il pourrait être déclaré en tant que tel ?

MM : Alors…

P05 *coupant la parole* : Ça pourrait devenir son médecin ?

MM : Le cabinet mobile peut devenir le médecin traitant, à ce moment-là, de la personne, en effet.

P05 : OK.

MM : Dans le sens où, y'a pas de médecin pour cette personne, en effet, et, il peut pas le faire pour tout le monde, ce cabinet mobile là, forcément.
Mais on serait plus… Le cabinet mobile serait le cabinet traitant de la personne, mais pas un médecin spécifiquement.

P05 : D'accord.

MM : C'est-à-dire que ça pourrait être potentiellement un autre médecin.

P05 : Un autre médecin, parce qu'il y a le roulement…

MM : Voilà, par exemple, tu consultes dans ton village habituellement le mardi, et trois jours après tu aurais besoin de consulter le vendredi, tu peux aller là où est le cabinet, disons trois villages à côté, mais ce sera un autre médecin, forcément.

P03 : Et en terme d'espace, dans le camion, c'est,… concrètement, il y aurait de quoi s'allonger…

MM : Normalement il y aurait juste ce qu'il faut, alors, c'est pas le grand luxe, ça c'est sûr, mais il y a juste ce qu'il faut pour qu'il y ait une table d'examen, un bureau, un endroit où tu puisses t'asseoir, euh, les histoires d'accès handicapé, je ne vais pas m'étendre dessus parce que, en fait, ça dépend du type de cabinet itinérant, il y a différents modèles en fait pour l'instant. Il y en a qui ressemblent plus à un camping-car, d'autres plus à des camions. Camping-car forcément tu te doutes que c'est un peu plus compliqué…

P06 : Ah beh avec mon déambulateur j'vais pas pouvoir monter les marches du machin.

P05 : Et, euh, tu nous parles là de, de, de ce cabinet là, itinérant donc, en Normandie, mais il y a d'autres endroits où déjà en France ça existe ?

MM *cherchant à revenir aux questions du guide d'entretien* : Oui, alors euh, si vous voulez, ça à la limite, c'est plus des choses auxquelles je reviendrai plus tard.
Mais oui, je peux déjà vous dire qu'il y en a une dizaine, (*cherche ses mots*) au moins une dizaine qui sont en fonctionnement actuellement en France et que le gouvernement aurait prévu d'en lancer une centaine, pour la fin 2024. Donc c'est quand même bientôt.
Et donc du coup, euhh, c'est aussi pour ça que cette étude présente un intérêt puisque comme ça va être élargit, on aimerait bien savoir ce que les gens en pensent, finalement de cette façon-là de faire de la médecine.

P05 : Et globalement il y a déjà un retour sur ces premières expériences ?

MM : Bah, pas grand-chose. Il y a eu quelques, quelques euh, petites prémices déjà forcément, mais grand-chose, c'est pour ça que ça présente un intérêt euh, de creuser là-dessus.

P02 *sur le ton de l'humour* : Ah, ils sont bons ces normands, pas étonnant qu'ils aient récupéré le Mont-Saint-Michel aux bretons (quelques rires) !

MM : Exactement, ils ont le Mont-Saint-Michel, et…

P05 *coupant la parole* : Non, mais c'est intéressant parce que j'en avais jamais entendu parler moi avant, de cabinet là.

MM : Non, on n'en parle pas trop, et c'est vrai que c'est pas un sujet qui est hyper mis en avant.
Ce que je vous propose, c'est qu'on attaque maintenant les questions sur ce cabinet-là, parce que, en fait, il y a des choses que je vous euh, des réponses que je vous donne maintenant, que vous aurez peut-être vous-même l'occasion de, d'analyser ou de me donner de manière différente, en fait, quand je vous poserai les questions.

P05 : D'accord, OK (*assentiment non-verbal des autres membres du groupe de discussion*).

MM : Mais voilà, en cours de route, n'hésitez pas à poser des questions, s'il y a d'autres questions, y'a pas de problème. C'est juste pour que ce soit le plus spontané possible de votre part.

P03 et P05 *de concert* : D'accord.

MM : Alors, la première question, ce serait : comment vous imaginez le fonctionnement d'un cabinet itinérant ?
C'est une question très large, c'est voulu, c'est pour que vous puissiez vous poser la question sur les différents aspects du fonctionnement d'un cabinet comme ça.
Est-ce-qu'il y a des choses qui vous posent question ?

P01 : Bah oui, la salle d'attente !

P06 : Les toilettes !

MM : La salle d'attente, les toilettes.

P02 : Moi je verrais bien ça dans la salle, dans une sorte de salle municipale.
Toutes les communes ont en général une petite salle, alors pas forcément une salle des fêtes comme ici, mais une salle municipale où on pourrait installer, enfin, là où on installe les chaises, les choses comme ça. En règle générale, il y a toujours la place pour faire un ou deux cabinets ambulants, et même de quoi laisser la place pour une zone de confidentialité, pour avoir une salle d'attente.

MM : Ça pourrait être une option en effet…

P02 : Ça sera peut-être même plus confortable que dans un camping-car comme vous en parliez tout à l'heure.

MM : Oui. Alors, on reviendra sur les toilettes tout à l'heure (*se tournant vers P06*) mais c'est vrai que sur la salle d'attente ça, ça pourrait être une option.
Est-ce-que quelqu'un d'autre voit une autre option qui pourrait fonctionner pour un cabinet itinéraire, quelque chose qui vous convienne bien sûr.

P01 *sur le ton de l'humour* : Bah oui, dans un bar démontable avec des tables, des chaises (*rires*).

MM : D'accord, donc plus quelque chose d'éphémère qui serait monté sur le moment, (*assentiment de P01*) comme une tonnelle par exemple ?

P01 : Oui, voilà, éventuellement, comme un truc qu'on déballe et qu'on remballe à la fin de la journée quoi.

MM : Oui, OK, OK.
Ce qui pose, enfin, je ne sais pas ce que vous en pensez, mais est-ce que ça pose des problèmes pour vous ?

P05 : Juste une question ça marcherait par créneau ou c'est en mode quand on sait que le camion vient dans notre village tout le monde vient ; enfin, un maximum de gens viennent, ou alors il faut réserver un créneau comme sur Doctolib.

MM : Mais pareil (*s'adressant à tout le groupe*) je vous…

P05 : Pardon…

MM *rassurant vers P05* : Non !
(*Au groupe*) je vous poserai la question de ce que vous, globalement en pensez, de ce qui serait le mieux, alors, il pourrait y avoir les deux fonctionnements, moi j'ai la réponse de ce qui se fait en Normandie, mais je voudrais avoir votre point de vue spontanné donc…

P05 : Ça marche !

P06 : Bah, la pergola, ça demande un temps humain et financier !

MM : Ça demande du personnel et du temps, d'accord.

P01 : J'avoue que, en plein hiver, ça peut être contraignant.

MM : Alors forcément, ça joue aussi, oui, en effet.

P01 : Je me demande s'il y a autant d'attente que parfois dans un cabinet classique, bah il faut bien les mettre quelque part ces gens-là !

MM : Oui, bien sûr.

P04 : Moi, je trouve ça plus pertinent la salle municipale (*approbation générale des autres participants*). En plus c'est largement faisable.

MM : Oui.

P01 : Comme ça, le camion vient se garer juste devant, et puis, juste pour la consultation hop, on monte dans le camion.

MM : Oui, et puis on peut se dire que la commune serait peut-être contente d'avoir un médecin quitte à mettre à disposition un local, ou… (*approbation générale*)
Bon, est-ce-que vous voyez encore d'autres options, en dehors de la pergola ?
P01 : *après un silence* réflexif général : Ou alors, un camion très très grand et faire une petite salle au bout du camion.

MM : OK, OK.

P03 : Ou tu sais, les camions anglais où il y a deux étages.

P05 : Ou alors un système d'horaires, comme on a des créneaux pour le médecin.

P06 : Oui !

MM et P03 *de concert* : Donc pas de salle d'attente ?

P05 : Oui, c'est ça, on doit venir par exemple à 11 heures. Et si on a rendez-vous à 11 heures, on se pointe 10 minutes avant et si on doit attendre 10 minutes et ben c'est pas la fin du monde non plus.

P03 : Bah ça dépend, pour les personnes âgées…

P06 : Oui, mais pour les personnes âgées…

P05 : Oui, c'est vrai que je ne m'étais pas posé la question.

MM : J'ai entendu « plus difficile pour les personnes âgées », c'est ça ?

P06 : Bah oui.

MM : OK, très bien.
Bon, je pense que ça c'est déjà un premier point.
Après, l'autre question qui a été soulevée, donc il y avait la question des toilettes et la question des créneaux, c'est ça ?

P05 : Oui.

P02 : Et la prise des rendez-vous, comment ça se passe, si faut les prendre sur doctissimo ou, comment (*laisse un silence*).

MM : Oui ; est-ce-que vous voulez qu'on commence par les toilettes ou les créneaux ?

P06 : Les créneaux c'est bien.

MM *sur le ton de l'humour* : Les créneaux, et on repassera sur les toilettes (*sourires et rires*) ?

P06 *en riant* : Y'a, pas de soucis.

MM : Euhh, oui, donc sur les créneaux, (*se tournant vers P02*) Doctissimo, vous proposiez ?

P02 : Oui, je sais pas, sur leurs sites Internet là, à chaque fois ils vous renvoient dessus.

MM : En tout cas quelque chose qui permettrait de le prendre en ligne ?

P06 : Ou à la mairie sinon aussi, sinon.

MM : A la mairie, d'accord.

P06 : Ou a la boulangerie du village.

MM : Ou a la boulangerie du village.
Qu'est ce qui te…

P06 *coupant la parole* : Enfin, si il y en a une.

P01 : Bah pour coordonner tout ça, bonjour !

P02 *s'adressant à P06* : Penses au boulanger (rires) !

P01 : Ah ouais !

P04 : Ah, il a du boulot lui !

MM : Il a du boulot… Donc la mairie en l'occurrence, ok.

P06 *se justifiant* : Non, mais après, y'a une feuille dans la boulangerie, chacun s'inscrit, et la veille ou l'avant-veille, y'a quelqu'un qui passe du cabinet.

MM : Oui, c'est une idée.

P05 : Ou, c'est une bonne idée, mais bon, on est au XXIème siècle, est-ce qu'on pourrait pas utiliser notre smartphone.

P06 *s'énervant un peu* : Oui mais tout le monde n'utilise pas l'informatique jeune homme (*quelques rires*) !

P05 : Oui, non mais, j'entends, mais l'avenir fait que tout le monde aura un portable, et globalement tout est en train de s'informatiser, est-ce que ce serait pas intéressant de créer aussi une nouvelle application ?

P06 : Mais pas forcément dans un petit village.

P01 *sceptique* : Non, mais si tu mets une affiche à la boulangerie et une affiche à la mairie…

P06 : Non, mais, l'un ou l'autre, l'un ou l'autre, ça pourrait pas être les deux.

P04 : Mais ça voudrait dire qu'il faudrait se déplacer, alors que si on a l'application, il suffirait de réserver un créneau.

P02 : Laissons au boulanger ses grosses miches et mettons tout ça à la mairie. Je pense que ça arrangera tout le monde (rires).

MM : Donc j'entends, à la mairie, j'entends…

P02 et P04 *coupant la parole, de concert* : Grosses miches (*rire général*).

MM *en riant* : J'entends grosses miches, j'entends plusieurs option en tout cas, qui pourrait fonctionner. Donc en ligne, ou avec une feuille qui serait disponible, ou on pourrait s'inscrire dessus.

P04 : Alors moi j'ai juste peur d'une chose, c'est que vu que c'est anticipé, qu' on sait quel jour dans la semaine ils vont venir, qu'il y ait de l'abus, notamment pour des personnes qui se disent « dans le doute, moi j'y vais comme ça, au moins je suis sûre d'avoir un suivi, c'est mieux, comme ça je l'ai sous la main », et si il y a une prise de rendez-vous assez libre, du coup, bah qu'ils se disent « moi je le prends le rendez-vous comme ça je suis plus sûre », et c'est une personne qui vient à qui on reprend la tension, on va la peser. Elle vient quand même, parce que mine de rien, c'est un rendez-vous, il faut l'honorer, mais elle prend la place de quelqu'un peut-être qui a une vraie urgence, un vrai besoin de consulter donc je pense qu'il peut y avoir de l'abus.

MM : Oui, c'est une bonne remarque, oui.

P04 : Je me mets à la place d'une dame qui est un peu anxieuse de pas avoir autre chose, et qui se dit, « là au moins je peux avoir mon créneau, donc je le prends.

MM : Oui, c'est une vraie question… Euhh, est-ce que vous voyez d'autres options, parce quejustement, là en effet c'est une question qui peut se poser si les créneaux peuvent être pris directement.

P05 *coupant la parole* : Donc, après, j'imagine que quand les rendez-vous sont pas

P03 *coupant la parole* : Est-ce-que ça pourrait…

P05 *poursuivant* : sont pas honorés, il pourrait y avoir un système de rémunération, ça obligerait les gens à…

P02 : Ah oui, de payer… Ou un système de consultation sans rendez-vous, y'a certains médecins qui font ça certaines après-midi.
MM : Oui, alors, intéressant, je reviendrai sur les « sans rendez-vous ».

P02 : Pas de problème

MM : Je me permets.

P03 : Est-ce qu'on pourrait pas avoir une secrétaire qui coordonne tous les rendez-vous et pour laquelle du coup y'a un numéro de téléphone, un seul numéro de téléphone transmis à chaque commune qui sont concernées (sic), et du coup les personnes appelle, et en règle générale les personnes âgées ont un téléphone (*se tournant vers P06*).

P06 : Ce serait plus, facile.

MM (*se tournant vers P03*) : Donc ce que vous voulez dire, enfin ce que tu veux dire, c'est plutôt comme, finalement le secrétariat d'un cabinet médical classique.

P03 : Exactement qui coordonne toute la semaine complète.

P02 : Donc en gros c'est un cabinet.

P04 : Est-ce qu'on aurait pas un problème, d'une secrétaire qui est complètement sous l'eau, qui n'arrives pas à répondre à tous les appels. Parce que finalement quand on appelle aussi le médecin pour prendre rendez-vous, c'est la première barrière, et c'est pour ça qu'on fini par raccrocher parce qu'on nous dit : « on est en attente, on est en attente, on est en attente » et personne décroche jamais, et ça, ça donnerait lieu à un problème.

MM : Oui, alors, la question peut se poser, alors, bien sûr, après, dans l'idée du fonctionnement de ce cabinet, le but serait probablement plus de favoriser les patients des communes qui ont des difficultés d'accès, donc peut-être qu'il y aurait moins ce soucis, aussi, d'être « sous l'eau » par les patients des autres communes. Même si ça garantit rien en effet…

Juste pour info, si vous voulez, je peux vous donner le fonctionnement, maintenant que vous avez un peu évolué sur le sujet, avancé sur le sujet, donc en Normandie en effet, il y a il y a bien un secrétariat qui est spécifique du cabinet comme le secrétariat d'un cabinet classique en fait.
Après la question se pose pour le financement, mais ça ce n'est pas votre problème en tant que patient. C'est plutôt notre problème de notre côté, mais, c'était intéressant ce que vous avez dit.

P01 : C'est vrai que j'ai déjà entendu comme ça des secrétariats qui était basés par exemple, à Paris, alors que moi j'appelais pour un cabinet en campagne, et c'était une standardiste basée, euh, pas du tout dans le coin , et qui voyait en fonction des créneaux disponibles, si je pouvais avoir un rendez-vous, ou pas.

MM : Oui, bien sûr, bien sûr.
Je vous propose qu'on rebondisse, (*sur le ton de l'humour*) juste avant de passer aux toilettes (*rires*) juste sur les créneaux dont tu parlais. Il me semble qu'on peut (sic) passer rapidement dessus si vous voulez, vous seriez plus pour des créneaux avec rendez-vous forcément, préprogrammées, où sont rendez-vous ou un mix des deux ?

P03 et P04 *de concert* : Un mix des deux.

P06 : Moi j'aurais dis, que sans rendez-vous.

P01 : Avec seulement quelques créneaux d'urgence sans rendez-vous, sinon c'est l'anarchie.

P05 : Pour éviter de venir sinon…

P06 *terminant la phrase* : Faire trois heures de queue…

P05 : Bah ouais, si y'a 30 personnes devant nous…

P03 : On peut pas savoir à quoi s'attendre en venant, si on viens pour une deux ou trois heures.

P05 : J'pense qu'il faut des rendez-vous, parce que même si on sait qu'il y a toujours eu un peu de retard chez le médecin au pire on attend un peu mais pas… (silence)

MM *sur le ton de l'humour* : Mais pas trois heures ! (se tournant vers P06) Tu voulais dire quelque chose ?

P06 : Après, dans les petits villages, les personnes vont aussi rarement voir le médecin. Donc je pense qu'ils se déplaceront, peut-être, voire au début sans rendez-vous pour que ça attire du monde, et si vraiment y a trop de monde, là il faut hiérarchiser la chose.

MM : Intéressant.

P01 : Moi je pense que ça va prendre vite, hein.

MM *se tournant vers P01* : Et, donc, toi, tu proposais des créneaux d'urgence sans rendez-vous comme, pareil, comme pas mal de cabinets le font…

P01 : Ouais, voilà, en fait l'avantage, pour moi, du cabinet mobile c'est de pouvoir se déplacer dans des endroits où y'a pas forcément enfin où y'a pas du tout de cabinet, implanté. Mais sinon, le fonctionnement global serait totalement similaire, ou très similaire à un cabinet classique.

P04 : Ah, oui, parce que du coup vous seriez combien dans ce cabinet ? Deux ?

P01 et P03 *de concert* : Jusqu'à 10.

P01 *poursuivant* : Qui se partagent dans la semaine.

MM *précisant* : Enfin, pas en même temps.

P04 : Et y'a quelqu'un qui peut être aussi focalisé sur, du coup, enfin qui peut, admettons, s'il y a une grande file d'attente, aller dans la file d'attente et repérer par exemple quelqu'un qui s'est coupé un doigt et qui dit : « voilà oui effectivement là c'est une urgence » ; où il a une mauvaise tension, et il faut l'orienter au plus vite.
Parce que en effet, s'il y a un cabinet avec 10 personnes il y a quelqu'un qui peut s'occuper de ça ou alors je sais pas moi un infirmier qui oriente ?

MM : Qui peut déjà jeter un premier coup d'œil avant le médecin c'est ça ? (*assentiment de P04*) D'accord.

P03 : Moi je pense que c'est le risque d'avoir des gens déçus, parce que vraiment, il y a beaucoup de monde, la personne, le médecin, pourra pas rester jusqu'à 23 heures-minuit, le temps de prendre, euh…

P01 : Bah d'où l'intérêt d'avoir des créneaux programmés.

P03 : Bah oui, ça je pense que c'est…

MM : Donc, avec seulement les créneaux d'urgence…

P01 : Oui, voilà !

MM : Oui, parce qu'en effet s'il y a potentiellement 10 personnes qui attendent depuis, un certain temps, ça peut poser des problèmes.

P04 : Ça fait des gens énervés, etc. Et puis après tous les critères, on arrive, on nous prend la tension, si on attend depuis deux en plein soleil, bah oui, la tension, elle est pas bonne, enfin, voilà.

MM OK. Mais intéressant en tout cas, le côté infirmière. En l'occurrence, je voulais juste rebondir là-dessus, par rapport au cabinet référent, qui, en effet fonctionne avec des, des assistants médicaux qui sont sur place en effet et qui permettent de faire un premier « tri » on pourrait dire ; qui s'occupent également de l'installation de la salle d'attente. Ça on était pas revenu dessus, mais en effet c'est plutôt avec les municipalités qui proposent un local que ça se passe.
OK, intéressant (*silence laissé*).

On part sur les toilettes ? (*rires*)

P04 : Allez, mais du coup, la question se pose pas, si il y a une salle municipale,…

P02 : Les toilettes sont fournies avec.
MM : Il faudrait un local avec des toilettes, OK.

P03 : Ouais, c'est fourni par la mairie quoi.

P01 : Et, il y en a pas du tout dans le camion ?

MM : Alors, il peut y en avoir dans le camion, euhh, éventuellement, si c'est sur le modèle d'un camping-car, en effet il y a des toilettes dans un camping-car.

P04 : Après si c'est des gens qui sont en en déambulateur, en fauteuil etc, je pense qu'il vaut mieux, avoir une salle avec des vraies toilettes,…

P06 : Ou une petite rampe sur le côté.

P04 *poursuivant* : Plutôt que des toilettes mobiles, c'est compliqué.

P03 : Oui, parce que, si il y a des gens dans les toilettes, alors qu'il y a une consultation dans le camion à ce moment-là.

P04 : Oui, je pense que tout ça, euh, c'est des freins.

P01 : Ouais, tu m'étonnes !

MM : Oui, bien sûr.

P03 : Obligée de passer dans le camping-car pour… enfin, j'sais pas.

P02 : Surtout en cas de gastro !

MM : Oui, c'est vrai que tu peux venir chez le médecin pour ça aussi. Douc pour vous c'est un point hyper… Enfin, c'est un point important pour vous vous diriez, des toilettes accessibles, de qualité.

P04 : Il va forcément y avoir de l'attente…

P03 : Et quand on est malade, parfois, y'a besoin d'y aller vite (assentiment général).

MM : OK, bah, c'est noté, intéressant, intéressant.
OK, euh, ensuite, alors, le problème c'est que je vous ai déjà donné quelques pistes, mais pour le véhicule qui serait idéalement utilisé ?

P02 *sur le ton de l'humour* : Renault Sénic (*rires*).

MM : Renault Sénic, OK, est-ce que vous avez des idées en tête ?

P05 *sur le ton de l'humour* : Une twingo pimpée ?

MM *toujours sur le ton de l'humour* : Une twingo pimpée, OK, la place risque d'être un peu problématique

P05 : Plus sérieusement, y'a les camions de pompiers, les camions d'urgentiste par exemple, qu'on voit passer parfois sur la route, ce serait déjà pas trop mal je pense.

P01 : Ou même plus gros hein !

P04 : Quand on en voit tenir 2-3 debout là.

P06 : Oui, les camions transporteurs.

P03 : Ou en bus, c'est bien en bus. Après pour faire trois villages, mais si il est bien camouflé.

P01 : Bah, 44 tonnes (*quelques rires*).

P03 : Un bus, t'enlèves tous les sièges, et puis t'as vraiment quelque chose, euhh…

P04 : Non, mais je pense qu'on partir peut effectivement, sur quelque chose de plus gros, étant donné qu'on n'a pas besoin, comme les ambulanciers de rouler vite, ils vont déambuler doucement. Après ils sont fixes, donc il faut surtout optimiser l'espace, et avoir quelque chose de lourd, pas trop mobile en fait, ça importe peu, mais confortable (assentiment génral).

MM : Oui, parce que finalement pour aller d'un village à l'autre…

P04 : Oui, c'est ça, pas besoin d'aller vite, il va transporter personne en soi, donc il peut aller très doucement.

MM : D'accord.

P06 : En plus, y'aura peut-être quelques médicaments de dépannage dedans, donc il faut pas rouler comme Fangio.

P05 : Je trouve que la question se pose plus pour les futurs médecins généralistes qui vont eux travailler dans ce camion-là, parce que c'est eux, en fait, d'estimer finalement la place dont ils auront besoin pour travailler correctement, avoir le matériel nécessaire etc.
Donc finalement le choix du moyen de transport reviens à mon sens plus au généraliste à la place qu'il lui faut pour s'organiser. Une fois de plus, c'est lui qui doit optimiser ça.

MM : Oui, c'est vrai que c'est lui qui risque de passer le plus de temps là-dedans.

P05 : Bah oui, c'est ça.

MM : OK, intéressant.

P01 : Et du coup, c'est le médecin, enfin, c'est toi qui conduis le camion ?

P05 : Ah oui, c'est une question que je me posais, ça aussi !

MM : Donc pareil dans le modèle normand, ce sont les assistantes médicales qui s'occupent d'amèner le cabinet sur place, d'ouvrir la salle d'attente.

P03 : Et en l'occurrence pour un bus, il faut pas plus qu'un permis B ?

MM : C'est… une bonne remarque.

P04 : Est-ce que c'est pas un facteur limitant du coup pour faire venir du personnel.

MM : ça peut être un facteur limitant. En effet c'est pour ça que, pareil, dans le modèle normand ils se sont fixés sur un véhicule plus léger qui pose d'autres problèmes après, d'accessibilité, de place.

P01 : Mais léger genre ambulance, un truc comme ça ?

MM : Genre, camping-car (*incrédulité générale*).
Camping-car qui posait ensuite, en effet, des problèmes, pour typiquement les fauteuils roulants par exemple.

P03 : Parce qu'un bus en plus, on peut vraiment en mettre.

P01 : Ouais, faut mettre une rampe.

P06 : Une petite rampe là !

P01 : Ou un haillon.

Brouhaha

P05 : Après dans les déserts médicaux, c'est p'tet parfois difficile de passer en bus, dans des routes pas larges.

P04 : On parlait de chemins potentiellement étroits pour déambuler dans les villages.

P05 : Dans les déserts médicaux, si c'est par exemple à la montagne, je sais pas c'est peut-être difficilement accessible ?

MM : Tu veux dire qu'il faudrait un compromis (*assentiment non-verbal de P05*) ?

P03 : Là, ça peut s'adapter dans le cadre d'un milieu montagneux.

P04 : Oui, faire différents types de véhicules en fonction de la, de la destination.

P05 : Ouais, ouais.

MM : A votre avis, ce serait quoi la fréquence optimal pour que le bus médical passe dans le village ?

P03 : Ah.

P04 : Bah ça, ça dépend.

P06 : Moi j'pense qu'il faut trois villages maximum.

MM : Trois villages maximum ?

P05 : En fait, ça dépend du nombre de patients, de la population, de la taille du village.

P01 : Moi, deux fois par semaine, je pense que c'est bien.

P05 : Si on a un village de 10 habitants, j'ai l'impression qu'une fois par semaine, c'est déjà pas mal. Maintenant, s'il y a 800 habitants et que tout le monde a besoin d'y aller…

P06 : Surtout qu'on peut jamais trop savoir quand les patients, vont avoir des problèmes, une fois par semaine c'est pas beaucoup.

P02 : Il faudrait une espèce de quota, enfin une sorte d'occurrence en fonction de la population par exemple.

MM : Humm, OK. Donc se dire par exemple, si le village fait 4000 habitants on y passe quatre fois par semaine admettons, et si il en fait 1000 on y passe une ou deux fois ?

P02 : Ouais, c'est ça.

MM : OK, intéressant.

P03 : Moi je pense, une journée complète par village.

MM Une journée complète par village ?

P03 : Une journée complète par semaine par village.

MM : Du matin au soir ?

P03 : C'est ça.

MM : Mais par contre, il ne repasse pas.

P03 : Ouais, éventuellement, ça peut aussi faire venir les gens autour.
P04 : Moi je serais plus pour deux demi-journées par semaine par village pour élargir un peu. Une fois par semaine, c'est vraiment un one-shot.

P02 : Après le temps de débarquer, de s'installer, et de sortir le tivoli d'apéro, je pense que bon, y'a un moment où ça va être compliqué (rires).

P03 : Moi je trouve que deux demi-journées, ça fait beaucoup de travail en fait. Ça veut dire qu'il y a une matinée quelque part et une après-midi quelque part.

MM : En effet.

P03 : Donc ça veut dire qu'il faut effectivement…

P02 : Ça fait un reménagent et un déménagement en plein milieu de la journée.

P06 : Il vaut mieux faire moins de village à ce moment-là, mais rester plus longtemps.

MM : Oui c'est ce que tu disais, tout à l'heure, tu serais plus de la vie de trois villages pas beaucoup plus.

P06 : Un jour sur trois, et on tourne.

MM : OK, est-ce que tu veux développer un peu, est-ce que…

P06 : Non.

MM : Non, mais tu n'est pas obligée, mais je voudrais comprendre, qu'est ce qui te fait dire trois villages.

P06 : Bah trois, c'est bien (rires).
Ça fait, en gros deux, fois par semaine.

MM : Donc, deux jours complets, par semaine, par village (*assentiment presque général*).

P04 : Après au début, il y aura peut-être, effectivement, beaucoup de monde, mais après deux fois par semaine c'est peut-être beaucoup, est-ce qu'on…

MM *aidant à terminer la phrase* : Est-ce qu'on arrive à remplir les créneaux, ça c'est une bonne question.

P06 : Mais on peut toujours se faire connaître, et si il n'y a pas assez de monde, on peut faire de la prévention dans les écoles, les maisons de retraite ; il n'y a pas que de l'action de soigner.

MM : Oui, également, de la prévention en santé publique (*assentiment de P06*).

P01 : Moi, je trouverais ça bien qu'il revienne quand même une fois par semaine dans le village où il est déjà passé, parce que si il y a une adaptation à faire, un changement de un médicament qu'on m'a donné et que, ah, je supporte pas. Bah si je dois attendre la semaine prochaine, ça peut être long alors que si je sais qu'il revient dans deux jours…

MM : Au pire, on peut attendre deux jours.

P01 : Voilà, clairement.

MM : OK, intéressant, intéressant tout ce que vous me dites.
Donc le secrétariat on en a un peu parlé, la fréquence aussi, euh, j'ai encore deux petites questions là-dessus, au niveau des horaires, qu'est-ce que vous souhaiteriez.

P01 *pince sans rire* : Bah, 5 heures- 23 heures hein, minimum !

MM *amusé* : 5 heures- 23 heures, OK, avec une pause de midi ?

P01 *toujours avec ironie* : Ah beh non, non, faut pas déconner !

MM *toujours amusé* : Ah non ! D'accord.

P03 : Après s'ils sont deux médecins, c'est vrai que ce serait bien qu'ils soient ouverts entre midi et deux pour les gens qui travaillent.

P01 : Non, en vrai pour moi, l'idéal ce serait un 9h-21h en continu, ça ce serait beaucoup demander, mais ce serait incroyable.

P02 : Ca fait des bonnes journées, hein !

P01 : J'dis pas, j'dis pas.

P03 : Faut que les médecins soient OK aussi pour travailler sur ces horaires-là !

P06 : Après, je reviens toujours,… Parce que moi, je suis retraitée, donc c'est facile l'horaire, mais dans nos villages maintenant, y'a souvent des villages-dortoirs maintenant, où les gens travaillent dans les villes de taille moyennes, et viennent uniquement le soir quand ils ont fini de travailler, donc, peut-être, faire tôt le matin pour les retraités, et tard le soir pour les gens qui travaillent.
Mais une grosse pause entre midi et deux.

P04 : C'est difficilement tenable pour la personne qui travaille, c'est compliqué.

MM : Après, en effet, c'est vrai que, sur deux médecins qui travaillent sur la journée, on pourrait se poser la question, de se dire :
L'un fait une grosse matinée, l'autre fait une grosse aprem.

P01 : Bah c'est ça.
P06 : Oui, comme les infirmiers.

P04 : Et du coup y'en aurait un qui commencerait vers 7h, humm, oui finalement oui.

MM : Et pour vous c'est quand même important qu'il y ait des créneaux de consultation, de ce que j'entends…

P04 *coupant la parole* : Bah, étant donné que c'est une petite fenêtre, on va pouvoir se placer. Il est important en effet que le choix des créneaux sur le plus large possible.

MM : Donc pour vous, tôt le matin, tard le soir et entre midi et deux, c'est (sic) des moments importants pour que ce soit ouvert ?

P05 et P06 *de concert* : Oui.

P03 : Oui, oui.
Et puis, il faut aussi penser à des horaires qui permettent aux gens qui peuvent pas se déplacer seuls d'être amenés.

MM : Intéressant.

P06 : Moi, les aides à domicile, elle m'amènent chez le docteur parfois, alors elles pourraient aussi m'amener au cabinet-camion !

MM : Ça pourrait être une solution pour ces déplacements, oui.
OK, très bien, et donc, dernière question, ce serait sur les visites.
Parce que vous savez il y a des médecins traitants qui font des visites, d'autres non.
Donc dans le cadre d'un bus mobile, comme ça qui viendrait dans le village, qu'est-ce que vous en pensez ?

P01 : Ça dépend de l'effectif hein, parce que s'il y a un médecin de plus,…

MM : Oui, mais admettons un seul médecin.

P01 : Bah non, non, à ce moment-là, ça va être difficile de se déplacer à domicile non ?

MM : OK.

P01 : Dans l'optique où je pense que ça risque de fonctionner extrêmement bien et qu'il y aura de la queue tout le temps quoi.

P06 : Après, pour les personnes très âgées, qui ne peuvent pas se déplacer, on peut toujours garder une demi-journée dans la semaine, pour des visites à domicile.

MM : OK.

P04 : Une demi-journée, ça fait beaucoup, mais peut-être que de telle heure à tel heure.

P01 : Oui, c'est ça, un créneau…

P04 : Admettons de 17 heures à 20 heures, on enchaîne les foyers.

P06 : Avec une inscription à la mairie des foyers qu'il faut voir (*quelques rires*) !

P04 : Non, non, c'est vrai.

MM : OK, ça se discute.
Et à ce moment -là vous le verriez, plutôt…

P04 : J'aurai tendance à le voir en fin de journée.

P03 : Bah non, parce qu'en fin de journée c'est là où il y a les gens qui travaillent.

P06 : Ou le matin.

P02 : Ou entre midi et deux.

P06 *avec humour* : Non, c'est l'heure de la sieste, c'est pas possible (*quelques rires*) !

P03 : Non mais plutôt le matin, là ou finalement les gens travaillent et sont moins disponibles.

MM : Donc plutôt fin de matinée, milieu de matinée.

P06 : 10 heures-13 heures.

P03 : Vraiment, les horaires creuses quoi.

MM : OK, intéressant. J'ai l'impression de dire beaucoup intéressant, mais…

P03 *sur le ton de l'humour* : Non, mais c'est qu'on est vraiment super intéressants (*quelques rires*).

MM : Donc là, c'était la question sur le fonctionnement, donc forcément elle prenait un temps conséquent.
Maintenant, on arrive sur des questions un peu plus courtes :

Est-ce que vous, vous iriez consulter auprès d'un médecin généraliste itinérant et pour quel genre de motif ?

(*relance devant l'absence de réponse*) Alors déjà, on peut dire : est-ce que vous iriez consulter un médecin itinérant par rapport à votre médecin habituel, ou un médecin classique ?

P03 : Moi, ça me changerait rien je pense.

MM : Donc plutôt oui.

P01 : Ouais, totalement oui.

MM *se tournant vers le reste de l'assemblée* : OK.

P02 : Complètement.

MM : OK.

P04 : Moi j'y vois pas l'intérêt, moi personnellement, ça me dérangerait pas mais c'est juste que moi…

MM : Comme tu as déjà un médecin traitant ?

P04 : Oui, et puis, comme j'ai pas de maladie particulière

P05 : Je rejoins son avis, je ne pense pas que j'irai, est-ce que j'ai déjà un médecin traitant, mais on est pas dans cette situation, et, effectivement, ça permettrait de, d'arranger un peu la, d'améliorer la situation.

MM : OK.

P06 : Pour dépanner pour les petits bobos du quotidien, après, pour les maladies chroniques, peut-être avoir plus quelqu'un de disponible tout le temps.

MM : OK, mais donc tu pourrais quand même aller consulter dans un cabinet itinérant ?

P06 : Si c'est accessible, avec mon déambulateur, oui.

P04 *sur le ton de l'humour* : Et s'il y a des toilettes ! (rires)

MM : OK, OK, c'est note, je vois qu'il y a des petits points importants pour chacun !

Et donc ma question dans la question c'est, pour quel genre de motif (*pas de réponse*).
Alors en gros, est-ce que c'est pour les même motifs que dans un cabinet normal, ou est-ce que vous voyez plus ça comme quelque chose quand il y a un soucis, on va dire, urgent, et imprévu.

P03 : Moi je vois plus ça comme quelque chose sur le moment, quand j'ai besoin d'une réponse rapide.

MM : OK.

P03 : Parce que, du coup, si je vois qu'il y a un rendez-vous, bah j'y vais, hein !

P01 : Urgences.

P04 : Dépannage, urgences.

MM : D'accord.

P05 : Ouais, pareil, plus pour un système d'urgences.
P02 : Plutôt dépannage.

MM *vers P02* : Plutôt dépannage aussi ?

P03 : Ouais, dépannage.

MM : Plus, euh, rappelez moi qui n'avait pas de médecin traitant.

P01 : Moi, moi j'ai pas de médecin traitant.

MM : Et toi tu disais aussi plus urgences, dépannage, c'est plus, parce que tu n'as pas testé tu dirais, ou parce que tu est moins tenté par un suivi, ou…

P01 : Bah c'est-à-dire que, encore une fois, moi aujourd'hui, je n'ai pas de problème de santé particulier. Donc, je réfléchissait plus que si il m'arrive quelque chose, ce serait plus probablement une blessure, donc relativement urgent.
C'est vrai que le jour où j'ai quelque chose de plus grave, ça me dérangerait pas du tout que ce soit un cabinet mobile, ou pas mobile, hein !

MM : OK, intéressant.

P06 : Après, je pense aussi qu'il faut proposer aux personnes qui n'ont pas de médecin traitant, de les déclarer, en tant que médecin traitant.
Il faut leur proposer, parce que, au sein d'un transport itinérant, il n'y aurait pas de…, les patients vont pas avoir l'idée de demander au médecin de devenir leur médecin traitant.

P01 : Oui, il faudrait que ce soit proposé.

P06 : Oui, si c'est possible.

MM : Alors c'est vrai que dans le cabinet mobile en Normandie, c'est un peu le but pour le médecin traitant, d'aller chercher les patients directement devant chez eux et de leur proposer un suivi. C'est possible.

OK, alors, on, avance : Quelles seraient, vos attentes particulières envers ce genre de médecin, est-ce que vous en attendririez autre chose que ce que vous attendez d'un médecin classiquement ?

P05 : Bah, qu'il soit bon, mais comme dans un cabinet classique.

MM : OK, qu'il soit qualifié, OK.
Est-ce que vous en attendez autre chose de ce médecin ?

P04 : Bah de la disponibilité, qu'il nous dise pas : « ah bah non, j'ai plus le temps, j'ai plus de place ».

MM : Qu'il soit disponible.
Est-ce-que vous souhaiteriez qu'il soit plus disponible ? Tout autant disponible ?

P04 : Alors c'est peut-être facilement faisable, mais oui, qu'il soit plus disponible.

MM : Plus facilement disponible qu'un médecin classique.

P04 : Oui c'est ça, que ce soit, un petit peu de la débrouille en fait. On le prend parce qu'il n'y a pas autre chose, c'est un petit peu un système de la débrouille finalement.

MM : Oui.

P02 : Mais de l'efficacité avant tout, parce que si c'est pour raconter notre vie, je veux dire, on a le médecin traitant pour ça.

MM : OK, donc plutôt des consultations courtes, c'est ça ?

P02 : Exactement, que ce soit efficace.

MM : Efficace, efficace, OK (*se tourne alors vers le reste de l'assemblée*).

P06 : Un médecin tout court.

MM : Un médecin tout court, pas d'autres attentes qu'un médecin classique ?

P06 : Non.

MM *se tournant vers les autres* : Pareil ?

P01 : Qu'il soit sympa !

MM : Qu'il soit sympa, OK.
Bon, on arrive sur les deux dernières questions.
Quels seraient pour vous les inconvénients que présenterait un cabinet médical mobile, par rapport à un cabinet médical fixe ?

P01 : Bah, il est pas là tous les jours.

MM *encourageant* : Il est pas là tous les jours.

P01 : Donc s'il vient le mardi et que moi j'ai un problème, le mercredi, c'est un peu chiant.

MM : OK, d'accord.

P02 : Exactement.

MM : Alors, même si il pourrait y avoir l'option…

P01 *coupant la parole* : Qu'il revienne.

MM : Ou alors d'être vu dans une autre commune, si vraiment c'est une urgence, auprès de ce cabinet-là. Mais, ok, ça c'est un point qui pour toi pose problème.

P01 : Ouais.

P03 : Moi je pense au local, j'ai peur de pas avoir assez de place, d'intimité, par exemple pour les problèmes de gynéco ; je sais pas si je serais à l'aise. Faudrait que ce soit bien planqué quoi (*rires*) .

MM : OK, être sûr qu'on ait une intimité dans le cabinet d'un point de vue visuel.

P05 *sur le ton de l'humour* : Des petites caméras.

P04 : La caméra de recul (quelques rires) !

P02 *sur le ton de l'humour* : Faut arrêter un peu, c'est que de la peau, hein !

P03 : Et au niveau sonore aussi j'imagine que…

P04 : Ah beh oui.

P05 : Ah beh oui, oui, oui.

MM : Pas envie d'entendre trop ce qui se passe dans le cabinet, OK.

P03 : Ouais.

P05 : Un peu d'intimité quand même.

MM : OK, vous voyez d'autres types inconvénients ?

P04 : Alors parfois, quand il faut un petit examen complémentaire, alors y'a rien qui me vient trop à l'esprit, mais, « ah beh mince, on l'a pas dans le camion », alors ça, c'est bête quoi.

MM : Ah oui, que par faute de place, on ait pas tous les outils qu'il y aurait dans un cabinet fixe.

P04 : Oui, c'est ça (*assentiment non-verbal d'autres participants*).

MM : Alors, moi en effet, d'un point de vue médical, je peux vous parler de l'ECG par exemple. C'est vrai que, parfois il y a des choses qu'il prenne un peu de place.

P03 : Et par exemple si on a des enfants, est-ce qu'il y a un espace pour qu'ils soient dans le camion ?

MM : C'est une vraie question, c'est une vraie question.

P03 : Parce que si on a deux ou trois enfants, ils vont où

MM : C'est intéressant.

P03 : Ils vont où quand même ?

P04 : Après il peut y avoir un petit système de salle de jeux, justement dans la salle d'attente, le petit local.

MM : Mais, vous, vous seriez dans la salle de consultation ; ça ne vous poserait pas de problème qu'ils ne soient pas en salle de consultation ?

P04 : C'est un temps limité une consultation, c'est une vingtaine de minutes, maximum, donc, je pense pas… Après on fait avec les moyens du bord hein !

MM : OK, est ce que vous, voyez d'autres inconvénients ?

P06 : Le prix de l'essence.

P03 : L'accessibilité.

P05 : C'est vrai que pour monter dans un bus, un camion…

P03 : Bah si jamais on s'est cassé la jambe !

P04 : Ouais, il faudrait un système de planche qui « shuit ».

MM : Une planche qui « shuit » ? D'accord (*rires*).

P04 *amusée* : Une planche qui « shuit ».

MM : OK, parfait.

P05 : Moi j'ai une question, c'est peut-être bête, mais l'entretien de l'intérieur du camion/bus, peu importe.

P01 : oui, il faut que ce soit propre.

P05 : Bah oui, il faut que ce soit propre.

MM : Propreté, OK

P05 : Je veux dire, vous allez travailler tel jour dans tel village et le lendemain dans un autre, donc qui va nettoyer le camion ? C'est vous qui vous occupez de ça à chaque fois ?

P04 : Ouais, un patient qui a une gastro s'il vomit dans le camion ? (*rire général*)
Ça arrive dans le cabinet, les gens qui vomissent.

P03 : Après, ça peut être une femme de ménage ou un homme de ménage.

P04 : Ouais, à chaque fois, y'a …

P05 *coupant la parole* : Et j'imagine que le médecin qui travaille dedans va pas, déjà enfin je sais pas combien d'heures il fait par jour, mais j' imagine qu'à la fin de sa journée, il aura envie de faire autre chose que de…

MM : De passer la since ! [note de l'investigateur : since signifie serpillère en patois maraichin].

P05 : Que de passer la since.

P04 : Mais après, il faut que ce soit attractif aussi, parce que, à nous écouter, on fait 7 heures - 22 heures, et on se coltine le ménage en plus à la fin. C'est compliqué de ramener des volontaires.

MM : Mais, oui, c'est vrai qu'il faudrait probablement penser à quelqu'un d'autre pour ce rôle. Mais c'est une vraie question.

Alors, pour revenir à ce que vous disiez, le « 7 heures - 22 heures plus le ménage », alors, on est pas arrivé au bout, mais est-ce que vous pensez que vos attentes vous paraissent réalistes ?

P01 : Non, c'est idéalisé.

P03 : Moi je pense que par rapport à la plage horaire, c'est trop long.

P01 : Oui, c'est trop long.

P03 : Oui, j'pense que, aujourd'hui les gens, enfin comme moi, on a envie de rentrer retrouver notre famille, profiter de notre soirée.

P04 : En même temps, on t'a dressé un tableau, complètement idéal.

MM : Non, mais après, c'est aussi pour ça que je vous posais la question.

P04 : Moi, je pensais à autre chose. Si la mairie pouvait trouver quelqu'un une personne pour s'occuper du ménage en fin de journée.

MM : Oui, ça peut-être des choses à creuser.

P06 : Je rebondis juste sur le ménage, euh, ce qui peut être aussi pas mal, le camion, vous allez le stocker où la nuit ? Parce que sinon, on le met à côté du cabinet médical le plus proche, et la femme de ménage qui fait le cabinet médical fait aussi le camion.

MM : Oui, ça peut être une option aussi.
Alors pareil, en Normandie, je crois qu'il est stocké à côté des locaux de la CPTS dont je vous parlais tout à l'heure et que c'est la femme de ménage de la CPTS qui s'occupe de l'entretien. Me semble-t-il. OK, est ce que vous voyez d'autres inconvénients avant de passer à la dernière question ?

P01 et P04 *de concert* : Non.

MM : OK, alors vous vous doutez peut-être de la dernière question, mais quels sont les avantages que pourrait présenter un cabinet médical itinérant ?

P04, P05 et P06 : Une accessibilité aux soins.

MM : OK.

P03 : Le fait de se rapprocher des personnes qui ne peuvent pas se déplacer ou qui ont un médecin qui est trop loin.

MM : Oui.

P04 : D'ouvrir d'autres créneaux pour réussir à capter les personnes qui sont totalement laissées pou compte dans le système de soin.

MM : Oui, OK, les gens qui n'ont pas d'accès.

P04 : Pas de suivi.

MM : Qui si il n'y avait pas quelqu'un devant leur pallier de porte ne feraient pas grand-chose.

P01 et P04 *de concert* : C'est ça.

P04 : Mais ce que il faut faire des kilomètres et des kilomètres pour aller voir le médecin.

MM : Donc moins de distance, plus d'accès, OK.

P02 : Ca diminuerait peut-être le temps d'attente entre deux rendez-vous chez le généraliste qui seraient soulagés par ce dispositif.

MM : Oui, c'est vrai.

P05 : Et aussi les urgences, parce qu'on va souvent aux urgences, quand on peut pas voir le médecin généraliste.
Et en fait ça pourrait soulager les urgences, le médecin généraliste, et tous les autres métiers qui, euhh…, pâtissent du manque de médecins.

P04 : Ça peut aussi encourager des nouveaux médecins à venir justement dans certains villages, en se disant, je crois, « on est allégés, parce qu'on sait qu'il y a un camion qui passe ». Donc « on sait qu'on fera pas 9h-20h sans pause », « qu'on devra prendre des patients à l'arrache, les consultations vont durer cinq minutes ». Du coup ça allège vraiment les médecins.
Donc ça fera peut-être venir d'autres personnes, parce qu'ils auront, une plage horaire plus tolérable.

P02 : Ou leur permettre de prendre une journée de repos parce qu'ils savent qu'il y a le cabinet dans le village.

P04 : Non, enfin, potentiellement.

MM : Et vous, est-ce que vous voyez un avantage personnel au fait qu'il soit vraiment à proximité ?

P05 : Alors, pas pour moi, puisque comme je le disais, mon médecin traitant est vraiment très très proche de chez moi et je n'ai toujours pas de voiture.

MM : Vous n'êtes pas véhiculé oui.

P04 : Mais j'imagine pour quelqu'un qui veut aller au village d'à côté, même si c'est à 5-10 minutes. Si le camion vient entre guillemets « en bas de chez elle », ça simplifie le…, la vie du patient.

MM : Ça peut.

P04 : Et puis, une espèce de stress en moins, en se disant qu'il y a potentiellement cette solution, on se dit pas que si jamais il se passe un truc grave, qu'il y aura un petit couac, il faudra pas absolument aller aux urgences.

OK, très bien, très bien.

P02 : Et puis, pour nous, c'est mieux pour les coûts de trajet.

MM : Alors, est est-ce que vous avez d'autres choses à dire là-dessus ?
Alors c'est très large dis comme ça, mais, est-ce que vous exprimez des doutes par rapport à cette forme d'exercice là ? Vous pensez que c'est quelque chose de tenable qui a un avenir ?

P05 : Ça fait combien de temps que ça existe ce truc là en Normandie ?

MM : Ça existe depuis 2019.

P05 : Depuis 2019, et globalement, il y a des retours positifs, ou bien ?

MM : Pas mal de retours positifs pour l'instant oui.

P05 : Il y a eu des problématiques par rapport à ça ?

MM : Il y a eu des problématiques au début au moment de la mise en place, justement sur les prises de rendez-vous, c'était un peu compliqué, ça passer par un secrétariat annexe, je vous passe un peu les détails, mais voilà.

P05 : Donc du coup si on développe ça dans le reste de la France, on a déjà une base dans l'expérience de Normandie pour ne pas partir une feuille blanche.

MM : En effet, on ne serait pas totalement aveugle là-dedans.

D'accord. (*se tournant vers l'ensemble des participants*) Donc pas de doute particulier par rapport à ça.

P05 : Bah non, si déjà ça marche, enfin, ça existe et ça fonctionne…

(*silence laissé, personne ne rebondit*)

MM : OK, bon, beh très bien. Et bien, écoutez, je vous remercie beaucoup pour votre participation à cette, euh, discussion de groupe pour ma thèse.

P05 : Bah merci à vous

P02 : Merci à vous docteur.

MM : Oh bah merci, mais je ne suis pas encore docteur, mais je le serai peut-être bientôt grâce à vous. Merci beaucoup !

En laissant tourner l'enregistreur après la discussion principale, nous n'avons noté qu'un court échange qui présente un intérêt pour l'étude que nous plaçons ici hors contexte :

P01 *s'adressant à P04* : Non mais je pense que d'un point de vue urgence c'est stylé, d'un point de vue suivi c'est…

P04 *coupant la parole* : Ah non, c'est que pour de la débrouille quoi, redonner un médicament quand on en a plus.

Annexe 7 : Verbatim anonymisé du premier entretien collectif (focus group 1)

FOCUS GROUP 2 :

Codes :
Modérateur : MM
Participants/patients : P07, P08, P09, P10, P11, P12, P13, P14.

Tous les participants présents se sont initialement présentés sur le modèle :
« Mon code d'identification est le ….., et je consens à participer ce jour à l'étude dirigée par le Dr Eloi Piketty ».

MM : Bonjour, à tous, alors, je sais que vous m'avez tous déjà donnés votre consentement pour participer à cette étude, mais je profite simplement du début de cet entretien pour recueillir votre consentement verbal.
Êtes-vous donc tous bien d'accord pour participer à cet entretien ?

P07-P08-P10-P12-P13 *unanimement* : Oui.

P09 *sur le ton de l'humour* : En fonction de si j'ai le temps.

MM *parlant de P09* : Oui, madame m'a dit qu'elle avait des impératifs et ne pourrait peut-être pas rester jusqu'au bout de l'entretien.
Très bien (*se tournant vers le reste du groupe*).

Donc, ce que je vous propose, c'est que nous puissions nous tutoyer pour plus de facilité, pour que les échanges soit plus fluide, moins froids.

Déjà je vais commencer, donc pour vous expliquer rapidement, on va parler aujourd'hui des cabinets médicaux itinérants. C'est un projet qui devrait être une généralisée dans les années à venir en France. C'est pour ça que c'est un sujet qu'il faut étudier avec la rigueur scientifique nécessaire (sur le ton de l'humour – quelques rires).

Donc, ce que je vous propose, c'est qu'on commence par un petit tour de table ; parce que je vous expliquerai plus tard, ce que c'est que le cabinet médical itinérant dans les grandes lignes.
Donc, euhh, sauf si quelqu'un veut se lancer spontanément, on peut faire un tour de table.
Pouvez-vous me raconter la dernière fois où vous avez eu des difficultés à consulter auprès d'un médecin généraliste ?

P09 : Et bien, par exemple, comme il y a maintenant Doctolib là…

MM *encourageant* : Doctolib oui.

P09 : Et bien, impossible d'appeler par téléphone le cabinet, parce qu'il y a personne qui décroche le téléphone. J'ai essayé plusieurs tentatives lors d'une infection urinaire, impossible de joindre mon généraliste, avec une réflexion si je peux joindre ma gynéco, mais non, elle est retraitée maintenant donc pas de gynéco.

MM : Ah oui, c'est pas évident.

P09 : Je commençais à être à court d'idées, comment je peux trouver un médicament pour me soigner.

MM : D'accord.

P09 : Et du coup j'ai essayé par des tisanes.
J'ai essayé de l'éliminer, sans l'aide de qui que ce soit, parce que je n'ai pas pu joindre qui que ce soit.

MM : D'accord, et vous n'avez pas cherché, enfin, tu n'as pas cherché d'autres moyens, pardon, pour trouver quelqu'un d'autre, un avis médical ailleurs ?

P09 : Non j'avais une infection urinaire, je savais bien ce que j'avais donc il fallait que je prenne quelque chose d'urgence.

MM : Et bien pareil, alors, le motif médical vous n'êtes pas obligé d'en parler si vous ne le souhaitez pas, mais en tout cas, est-ce que vous avez déjà eu du mal à aller voir votre médecin ?

P08 : Ouais, moi, j'peux vous dire que faisant des études à Bordeaux, finalement ici c'est impossible d'avoir des rendez-vous donc en fait je vais voir le médecin, j'ai pas de médecin généraliste.

MM : D'accord.

P08 : Et je temporise pour quand je retourne sur Bordeaux, là-bas, c'est beaucoup moins compliqué.

MM : Moins compliqué, d'accord donc plus facile d'avoir un accès là-bas ?

P08 : Plus facile d'avoir un accès là-bas, et, enfin voilà.

MM : Donc ici, vous n'avez pas de médecin traitant ? Tu, n'as pas de médecin traitant pardon.

P08 : Oui, mais sur Bordeaux ça se fait.

P13 : Et pour moi [dit ici son prénom retiré pour des raisons de confidentialité], euhh, c'est y'a un mois en sortant de la douche, je me suis cassé la gueule, et j'suis retombé sur le coude.

MM : D'accord.

P13 : Et, c'était pas à côté, c'était bien dessus quoi ! En plus on était dans le pays Basque, à Bayonne, pour un match de rugby. Et du coup, beh le truc c'est qu'on était allé en voiture, et puis il fallait rentrer. Ma fille, elle a que 16 ans, elle pouvait pas conduire, et du coup j'ai conduit avec ça, puis, le problème, c'est que moi avec ma femme on tient un commerce [nom retiré pour des raisons de confidentialité], et on peut pas prendre tout le temps qu'on veut pour aller chez le médecin. Et le truc c'est que bah du coup j'avais mal donc j'suis allé voir un premier médecin. J'ai galéré pour trouver déjà un moment, parce que nous on travaille de huit heures du matin jusqu'à huit heures du soir, donc pour trouver un médecin, c'est pas évident.

MM : C'était votre médecin traitant ?

P13 : Bah oui, j'suis allé voir directement mon médecin traitant à [commune retirée pour des raisons de confidentialité], mais ça fait déjà un peu de route de là où j'habite.

Et après j'ai dû aller à l'hôpital, enfin aux urgences, après qu'il m'ait dit que c'était probablement une fracture, donc là c'était encore une toute autre histoire.
Donc trouver du temps pour perdre du temps dans des cabinet ou les urgences, bah c'est compliqué ; surtout quand on peut pas se permettre bas de prendre une journée, d'arrêter le travail.

MM : Très bien, merci, quelqu'un d'autre veut continuer ?

P11 : Oui, moi j'ai de la chance, j'ai un médecin traitant pour moi, pour mes enfants, depuis bien longtemps, ça, là-dessus, y'a rien à redire.
MM : D'accord.

P11 : Mais, je me rappelle, à l'époque, on était pour ma fille chez son médecin là, super médecin traitant ! Docteur [nom retiré ici pour des raisons de confidentialité], je m'en rappelle, super médecin traitant !
Mais quand il est parti à la retraite, et j'vous dis ça, ça devait être 2003-2004, et beh pour en retrouver un, et beh c'était pas une mince affaire ! Non, non, non…
Donc maintenant, on a d'la chance, j'leur dis, mais si y'en a plus, et beh j'sais pas comment on fera…

MM : D'accord, OK, très bien, donc dans l'ensemble compliqué, compliqué l'accès, ok.
(se tourant vers les autres participants).

Et donc, est-ce qu'il y a eu parmi vous quelqu'un qui n'a vraiment eu aucune difficulté, qui voit son médecin traitant facilement ?

P07 : J'ai voulu avoir un médecin quand je suis parti à la retraite, j'ai pas trouvé, je suis moi-même médecin spécialiste à la retraite, j'ai décidé que je serai mon propre médecin.

MM : OK.

P07 : Parce que j'avais pas eu le choix, si j'avais pu, j'aurais préféré prendre quelqu'un ; et j'aurais pu probablement par les pistons, mais je me suis dit que c'était déjà tellement galère que je pouvais me débrouiller tout seul.

MM : Est-ce que tu acceptes que l'information sur ton métier apparaisse dans l'étude ?

P07 : Avec grand plaisir.

MM : Très bien.

P12 : Moi, j'ai… Alors moi, c'est vrai que j'ai pas du tout ce que vous disiez, moi je suis souvent sur La Rochelle, j'y avais récupéré un médecin traitant, mais c'était surtout quand je faisais mes études à la Rochelle. Il me servait surtout pour le certificats
médical (sic), pour justifier les absences.

P10 : Médicaux.

P12 : Médicaux, euhh, mais c'était pour justifier des absences qui étaient pas forcément justifiables (*rires*).

MM *amusé* : D'accord.

P12 C'était un super médecin ! (*rires*)
Et j'ai essayé d'en faire mon médecin traitant (rires). Et il a accepté.
Et c'est vrai que j'ai jamais de mal pour trouver un créneau, je passe par Doctolib et voilà. Et si y'a pas de rendez-vous, j'appelle directement le cabinet et comme je suis client, enfin c'est mon médecin traitant, la dame de l'accueil me connais bien. Et bon, c'est vrai que j'y vais pas souvent chez le médecin, mais quand j'ai besoin d'un truc, bah, la dernière fois quand j'y suis allé, c'était pour faire mon rappel des 25 ans.

MM : Ça date un peu, d'accord !

P12 : Du coup j'ai trouvé un rendez-vous directement. Alors c'est vrai que j'ai des horaires flexibles avec le boulot, donc moi, j'ai pas trop de soucis, je prends ça comme une urgence.

P09 : J'ai juste envie de rajouter quelque chose pour réagir à ce que disait P11 [nom retiré pour des raisons de confidentialité] tout à l'heure.
Pour trouver un médecin traitant de nos jours il faut des relations sinon on n'en a pas.

MM : Intéressant, intéressant, il y a quand même beaucoup de difficulté dans ce que vous me rapportez là !

P09 : Oui.

MM : Ou alors il faut aller le chercher dans les grandes villes.

P12 : C'est vrai qu'à la Rochelle, il y a pas trop de difficultés, même les dentistes, les opticiens bah on attend pas trop par rapport à d'autres endroits à la campagne.

MM : Comme toi (se tournant vers P08) tu vas sur Bordeaux, et c'est aussi plus facile.

P08 : Ouais !

MM : Très bien, personne d'autre ?
(après un silence) Très bien, passons à la question suivante qui ressemble un peu finalement. Qu'est-ce que vous faites actuellement lorsque vous consulter, mais qu'il n'y a aucun médecin généraliste qui est disponible à proximité pour vous ? (*silence*)
Est-ce que vous avez une autre option ? Qu'est-ce que vous faite en premier lieu si vous ressentez le besoin de consulter mais que vous ne pouvez pas ?

P09 : Internet.

MM : Internet, donc aller chercher des renseignements, des choses, OK.

P13 : Moi si je… enfin si j'ai un petit rhume ou quelque chose comme ça j'y vais pas spécialement chez le médecin. On m'a forcé y a pas longtemps, c'était les enfants qui ont pris un rendez-vous chez le cardiologue, parce que j'avais pas envie d'y aller, mais je leur ai dit « bon, aller, ça fait chier, mais si tu veux hein ».
Du coup bon bah ils m'ont pris rendez-vous, c'est vrai que c'est eux qui l'ont fait, mais c'est vrai que c'est jamais moi qui vais prendre un rendez-vous.

MM : D'accord.

P13 : Sauf si c'est pour une extrême urgence comme le bras tout à l'heure, sinon j'y vais jamais,… Ah si, la dernière fois c'était pour la prostate. (regardant dans le vague) Mauvais souvenir. (*quelques rires*).

MM : Et dans ce cas, si il y a une vraie raison de consulter urgemment, est-ce que tu as quand même un plan B ?

P13 : Ah bah j'ai souvent la possibilité avec le médecin traitant, c'est vrai qu'avant il était dans notre commune, donc c'était pratique, mais c'est vrai que là où j'ai pas eu d'autres urgences donc je sais pas. J'pense que j'appellerai directement le médecin traitant, après si y'a une urgence, bon, bah j'vais aux urgences et puis, j'attends.

MM : OK, très bien, (*se tourant vers P10*), et toi ?

P10 : Moi j'ai de la chance, j'suis bien entouré du corps médical, beaucoup d'amis infirmiers auxquels je peux demander un avis, j'suis toujours bien informé.
Ca me permet d'attendre, et de plus ou moins savoir s'il faut se rendre aux urgences ou pas parce que bon je voudrais pas non plus me rendre aux urgences et les encombrer, parce que bon, je sais que c'est compliqué.

MM : Y aller pour entre guillemets « pas grand-chose, ou…

P10 : Voilà, je sais que c'est compliqué, c'est un boulot de zinzin, voilà.

MM : Premier avis avant…

P10 : Voilà, premier avis de l'entourage, des proches, et on essaye de s'automédiquer, c'est comme ça qu'on dit ? (*assentiment non verbal de MM*), comme on peut.

P11 : Beh, euhhh,… J'attends.

MM : D'accord, vous attendez donc que le médecin..

P11 : J'attends, bah j'attends que ça passe hein ! De toute façon, qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse. J'attends que ça passe, et puis de toute façon avec mon mari, avec c'qu'on a eu comme

conneries, y'a une boîte à pharmacie, y'a c'qu'il faut, et puis on attend que ça passe ou d'avoir un rendez-vous quoi.

MM : Quitte à avoir un rendez-vous plus tard dans la semaine.

P11 : Voilà, c'est ça.

P08 : Ce qu'on fait dans ma famille aussi, quand c'est musculaire, entorses et tout, on va voir le rebouteux du coin quand on arrive pas à trouver de médecin.
Donc on arrive à se débrouiller un peu entre le rebouteux, le coupe-feu, et tout ça, mais c'est vrai que, on préfèrerait voir un médecin, mais c'est compliqué.

P09 : Ouais, et parfois, je m'inspire même chez les vieux, ce qu'ils faisaient, mettre un escargot sur une verrue, des choses comme ça.

MM : Oui, des « remèdes de grand-mère ».

P09 : Mais bon, ça dépanne quoi.

P07 *amusé* : L'oignon sous l'oreiller haha !

MM : Bon très bien, intéressant, intéressant ce que vous me dites. Et du coup personne n'envisage d'appeler le 15 pour un avis, ça c'est pas des choses qui vous viendraient à l'esprit de base ?

P07-P09-P10-P11-P12 (*en même temps*) : Non.

P13 (*après un temps de réflexion*) : Non, moi non plus.

MM : Et qu'est-ce que vous faites quand vous ressentez le besoin de consulter en dehors des horaires d'ouverture des cabinets classique est-ce que là vous avez des options des idées qui vous viennent à l'esprit ?

P12 : J'vais aux urgences.

MM : aux urgences, d'accord, OK.

P11 : Si, oui, si effectivement y'a urgence, j'vais aux urgences, y'a pas le choix. Je le fais pas dans le sens où maintenant, je suis retraité et je travaillais dans les mutuelles alors j'ai toujours eu cette facilité - et on remercie d'ailleurs le combat des syndicats pour tout ça on le rappelle - mais, euhh, d'avoir des horaires plutôt flexibles qui pouvaient me permettre d'être toujours dans l'amplitude horaire des consultations.
Donc ça, oui, oui, mais si c'est un week-end, un jour férié, oui, j'hésiterai pas à aller aux urgences.

MM : D'accord, OK, très bien.

P07 : Moi, souvent j'arrive à me débrouiller, mais quand même, y'a toujours des médecins généralistes de garde dans les coins, que ce soit les dimanches et les jours fériés, donc en appelant le 15, on a accès un généraliste du coin, voilà.

MM : OK, ça c'est une bonne technique OK.

P09 : Si c'est une vraie urgence, je vais appeler ma maman, puisque comme elle est plus âgée, elle a eu plus d'expérience sur les différentes maladies, et je vais demander : Est-ce que tu sais ce que ça peut être ? Comment est-ce que je peux me soigner ?
MM : OK, OK.

P11 : Et, est-ce qu'on peut rebondir ?

MM : Oui, bien sûr !

P11 : Eh ben, j'ai jamais eu ce réflexe d'appeler le 15

P10 : Moi non plus.

P11 : J'appelle pas le 15 pour pas les déranger, ou alors si mon mari a fait un malaise, là, j'appelle le 15. Mais sinon, je vais pas appeler la médecine de garde, y'a des gens qui sont en plus mauvaise santé que moi.

MM : OK, donc y'a des cas où on a un gros problème de santé, sinon, non.

P10 : Par contre SOS médecins c'est une option.

MM : Ça c'est une option ?

P10 : Ouais, moi, ma fille, à plusieurs reprises était malade, et avec ses horaires d'infirmière en psychiatrie elle pouvait pas aller consulter, et au dernier moment, grosse urgences etc. parce que ma fille, elle est pas du genre à laisser tomber le boulot comme ça, elle appelait SOS médecins, qui pour le coup, alors je suis assez partagée sur cet avis, parce qu'il y a SOS médecins qui se déplace à domicile.

MM : Ça peut, en effet.

P10 : Et l'autre jour, y'a SOS médecins qui a proposé une visio, et euh, et la visio j'sais pas, j'sais pas exactement ce que ça vaut, ça me questionne.

P07 : C'est d'la merde la visio, en tant que vieux médecin.

P10 : En fait j'ai l'impression que dans ce genre de truc, personne porte de diagnostic.

MM : Point de vue intéressant, (*se tournant vers le reste du groupe*) d'autres remarques ?
Non ?

Bon, et bien question suivante :
Vous est-il déjà arrivé de complètement renoncer à un rendez-vous avec un médecin généraliste faute d'avoir accès à un rendez-vous rapide, dans un temps court ?
Je vous donne un exemple : vous voulez aller voir votre médecin, il vous dit rendez-vous dans 10 jours, et finalement vous n'allez pas du tout le voir pour le motif que vous aviez à la base parce que c'est trop loin dans le temps. Est-ce-que ça parle à quelqu'un ?

P13 : Bah ça m'arrive tout le temps, hein ! (*rires*)

MM *amusé* : D'accord.

P13 : Bah le problème, c'est que, du coup, les rendez-vous quand tu les as une ou deux semaines après, bon bah, entre temps t'as oublié quoi.

MM : Ah oui, d'accord, donc toi c'est plus les oublis.

P13 : Les oublis, oui, et quand tu vois que c'est dans deux semaines, tu te dis « bon bah ça attendra ».

MM : D'accord, OK.

P09 : Oui, souvent, c'est fini la douleur, le truc, de toute façon.

P13 : Oui, voilà, ça passe hein !

P10 : Oui, c'est vrai, souvent ça passe.

P13 : Généralement quand je dois le prendre, c'est pour un contrôle de routine donc quand ça marche pour une année ça marche pour l'autre hein !

MM : Et quand c'est un motif qui vous parait vraiment important, je sais pas si ça vous parle.

P09 : Bah, l'attestation pour le sport, comme je fais de l'aérobic, j'ai besoin de mon attestation, là je voudrais bien voir votre médecin !

MM : Oui, j'entends, mais souvenez-vous, là on est plutôt dans le cas où il ne peut pas vous voir avant une semaine, 10 jours. Donc, euh, vous allez voir un autre médecin ?

P08 : Moi je prends un rendez-vous sur Doctolib et j'vais voir un autre médecin.

MM : Quelqu'un fait de la téléconsultation aussi ?

P11 : Non, j'ai pas internet.

MM : Ah oui, c'est vrai que c'est pas donné à tout le monde.

P10 : Non, mais c'est super c'est jeunes là, Doctolib, internet, SOS médecins, c'est super, mais moi, pfff (*moue dubitative*), je sais pas comment on l'utilise (rires).
On s'adapte, moi je vois avec la secrétaire du cabinet, mais bon, vu comment elle est, je vais pas me battre avec elle longtemps hein ! (éclats de rire).

MM (amusé) : Donc si y'a pas de rendez-vous, y'en a pas ?

P10 : Au pire, on reviendra plus tard hein !

MM : Parfait ! Est-ce-que vous avez déjà eu recours à des thérapies non-conventionnelles, donc ça c'est plus toutes les professions, les kinésiologues, les magnétiseurs, les rebouteux, on en parlait tout à l'heure.

P09 : Le chiropracteur ?

MM : Le chiropracteur en effet.

P12 : L'ostéopathie en fait partie ?

MM : L'ostéopathie c'est la frontière si vous voulez, c'est pile la limite entre… euh, parce qu'ils sont conventionnés, mais il n'y a jamais eu de preuve scientifique euhh…

P12 : Ils sont remboursés par la sécurité sociale ?

MM : Ils peuvent être remboursés par la mutuelle.
Donc, ma question est :
Avez-vous déjà vu quelqu'un de ces métiers-là, faute de pouvoir voir un médecin généraliste ?

P13 : Moi non, mais ma femme oui. Elle est allée à [commune retirée pour des raisons de confidentialité], voir un étiopathe.

MM : Un étiopathe, d'accord.

P13 : Pour ses problèmes de dos, il lui craque le dos, enfin, il lui fait pleins de trucs,…

MM : D'accord.

P13 : Mais je crois pas que ce soit, comme tu dis, conventionnel.

MM : Bah l'étiopathie, je n'en ai jamais entendu parler, donc en effet, je ne pense pas.

P13 : Après, dans la commune d'à côté y'a aussi une dame qu'on peut voir entre midi et deux, mais moi, j'y crois pas trop à ces trucs là.

MM : Mais est-ce-que tu sais si elle y est allée pour un besoin spécifique à elle, ou si, de base, elle serait pour ça allée voir son médecin traitant.

P13 : Moi, j'pense, parce qu'on travaille ensemble tous les jours, et c'était pour soulager ses pieds, son dos parce qu'elle avait mal. Le problème c'est que si on va chez le médecin et qu'on dit qu'on a quelque chose, il nous file des arrêts. Et nous, on peut pas se permettre de s'arrêter.

MM : Bah oui, arec votre commerce.

P08 : Moi ça m'est déjà arrivé, d'aller à Bordeaux, il y a quelques temps chez Une para-naturopathe, parce que je faisais des angines. Et du coup je trouve pas de médecin et je me suis dit bah on va peut-être traiter ça comme ça.

MM : OK, donc c'était plus par la difficulté en fait de pouvoir voir un médecin ?

P08 : Bah oui, et je sais pas si c'est ça, mais après quelques jours ça allait mieux.

MM : OK, est-ce que quelqu'un d'autre à…

P11 : Moi j'fais plus confiance pour certaines choses au rebouteux.

MM : Le rebouteux, très bien, mais si j'entends bien, c'est pas faute de pouvoir voir le médecin, c'est le rebouteux directement.

P11 : Oui, oui, exactement, moi j'aime pas les médicaments, alors…

MM : OK, très bien, est-ce qu'il y a d'autres expériences ?

P09 : Bah, ma fille, elle est un peu grosse, elle est allée chez la diététicienne (rires).

MM : D'accord, et qu'est-ce qu'elle y a fait ?

P09 : Bah une espèce de programme alimentaire, mais en fait ça a pas marché (rires).

MM : Alors les diététiciens, sont des métiers qui ont un fondement scientifique solide, on pourrait dire qu'ils font partie des soins conventionnels.
Mais c'est vrai que les frontières sont pas très claires.
D'autres expériences ?

P12 : Non, moi je crois pas en ça !

P07 : Non, moi non plus.

MM : D'accord, vous êtes plus cartésiens.

P09 : Ah, je pense à autre chose !

MM : Oui, allez-y.

P09 : Aux dernières vacances aux États-Unis, on a juste été au supermarché, et là y'a la pharmacie comme si je voulais acheter des Corn Flakes, je prends le cadi, Bam Bam, les médicaments américains là.

MM : OK, bah c'est une autre technique en effet !

P12 : Mais moi, j'ai des problèmes de dos parfois parce que je fais beaucoup de musculation tout ça. Pour des douleurs au niveau des articulations, j'irais plutôt voir, on parlait tout à l'heure des frontières, j'irais voir un ostéopathe je crois.

MM : D'accord, avant d'aller voir le médecin, c'est ça ?

P12 : Oui.

P07 : Un ostéopathe médecin ou pas ?

P12 : Ah, je sais pas c'est que de ce que j'en comprends, ce serait pas un médecin c'est ça ?

MM : Alors il peut y avoir des médecins qui sont ostéopathes.

P12 : Alors non, moi ce serait un ostéopathe.

MM : OK, très bien, d'autres expériences ? Non ? Très bien, alors on part sur la suite.

Donc là on va partir plus sur le cœur de l'étude, donc on va se concentrer sur le modèle du cabinet médical itinérant, c'est un cabinet de médecine générale qui est dans un camion, un bus ou un véhicule en tout cas, et qui se déplace de commune en commune.

P09 : Comme la flamme olympique ? (*rires*)

MM *amusé* : Comme la flamme olympique, si on veut oui, mais ça ne flambe pas, c'est l'avantage ! (rires)

Donc, non, globalement il se déplace quand même sur des zones géographiques plus restreintes.

P07 : Il reviendrait tous les jours dans le même patelin entre guillemets ?

MM : Ça non, puisque, à ce moment-là, s'il revenait tous les jours dans la même commune, il suffirait de mettre en place un cabinet fixe.

P07 : Alors, non, ce que je veux dire, c'est, par exemple, il y a cinq villages, et il revient, par exemple, tous les lundis dans tel village, tous les mardis dans tel autre..

MM : alors il y a des modèles comme ça qui existe d'autres modèles également moi pour cette étude, je me base sur un cabinet mobile qui fonctionne vraiment comme ça en Normandie, et qui lui, s'est basé sur des demies-journées en fait, donc bien sur une semaine de cinq jours, comme un cabinet, on va dire « classique ». Il coupe en demi-journées, et comme ça il peut passer deux fois par semaine dans certains villages, par exemple le lundi et le jeudi.

P07 : Ah d'accord.

MM : Comme ça, ça permet un peu plus de suivi des patients par exemple, s'il y a eu un problème avec un traitement qui a été mis en route en début de semaine, que ça fonctionne pas, enfin réévaluer.

En théorie, on peut aussi reconsulter le cabinet mobile dans une autre commune, si on a un problème, par exemple, le mardi, mais que le cabinet n'est pas dans notre commune, on peut aussi prendre sa voiture et aller consulter dans l'autre commune dans laquelle le cabinet se trouve ce jour-là !

De toute façon, il y a beaucoup d'autres choses que je pourrais vous dire sur ce cabinet-là, mais mon but aujourd'hui c'est de savoir ce que vous, vous pensez de tout ça, du fonctionnement, comment vous imagineriez ce cabinet-là, par exemple, quel type de véhicule vous verriez, ou des choses comme ça. Je veux savoir un peu ce qui vous vient en tête spontanément.

Euhh, donc…

P09 : Il faudrait que ce soit toujours la même personne, que ce soit pas toujours quelqu'un de différent qui vienne.

MM : Pas le même médecin vous voulez dire ?

P09 : Oui.

MM : Ça, ce serait un problème pour vous ?

P09 : Bah, c'est une relation de confiance quand même.

P07 : C'est vrai.

MM : Une relation de confiance, plus envers la personne, oui.

P07 : Mais de toute façon, c'est comme ça que ça fonctionne, non ?

MM : Alors, c'est comme ça que ça fonctionne… Plus ou moins, c'est-à-dire que c'est toujours le même dans la même commune, mais par exemple, ça fonctionne souvent avec des médecins retraités qui donnent de leur temps pour ça, ou des médecins qui travaillent par exemple quatre jours par semaine dans un autre cabinet et qui donnent le cinquième jour pour ça. Donc vous vous imaginez qu'il y a aussi une forme de roulement de différents médecins et que malgré tout, globalement, sur la même journée, dans le même village, c'est le même médecin.

P07 : D'accord.

P12 : Et, si le médecin est absent, est-ce qu'il est remplacé.

MM : Oui, bien sûr. Il y a toujours du monde dans l'idéal pour remettre un autre médecin lorsqu'il y en a un qui s'absente.

P09 : Et, parmi eux, il y a des beaux médecins de 45 ans ? (*rires*)

MM : Alors, il peut y avoir des beaux médecins de 45 ans, mais j'avoue que je ne les connais pas personnellement, alors… Parce que l'idée, ce serait plus de voir comment ça pourrait se passer s'il tournait sur les villages ici autour de Niort par exemple.
Sur les communes ou il y a le moins de médecins généralistes.

P07 : Ou pour le Nord Deux-Sèvres.

MM : Alors, pour le coup, c'est vrai que dans le nord de Sèvres c'est encore plus compliqué pour l'accès, mais, par praticité, j'ai choisi de mener l'étude chez moi ! (*rires*)

Donc voilà, en gros, il prend les communes qui ont le plus de difficulté dans les coins, et ensuite il y tourne les plus souvent deux demi-journées par semaine.
Donc, si vous avez d'autres questions en cours de route, n'hésitez pas à me les poser, parce que moi je me passerai donc sur ce cabinet mobile de Normandie pour répondre à vos questions. Mais après, essayer de ne pas trop me demander de précisions non plus parce que dans l'idéal je voudrais que ce soit vous qui me décriviez le fonctionnement que vous imaginez pour ce cabinet. OK ?

P10 : OK.

MM : Alors première question, comment imaginez riez-vous le fonctionnement d'un cabinet itinérant ? La question est très large, mais en gros c'est plus, on pourrait commencer par exemple sur le véhicule, où il pourrait stationner…
En gros, est-ce qu'il y a des choses qui vous questionnent ?

P07 : Comment tu ferais pour loger l'intégralité du matériel d'un cabinet médical ?
Il faudrait un camion, littéralement.

MM : Il faudrait un camion, donc tu partirais plus sur quelque chose de grand ?

P07 : Bah avec tout ce qu'il faut…

P10 *sceptique* : Bah, ben non, j'pense pas ! (*rires*)
Tu prends une petite, euh grande fourgonnette là, pas besoin d'un camion !

P11 : Bah moi, j'imagine un camping-car.

P10 : Oui, voilà, un camping-car !

MM : OK.

P07 : Mais, rien que la table, le lavabo, le plan de travail, l'ECG, les machins, ça fait beaucoup !

P11 : Oui, finalement ça fait p'tet trop pour un camping-car.

P13 : Alors ce qu'il faut savoir, c'est que nous, avec [type de commerce retiré ici pour des raisons de confidentialité], on fait des livraisons partout dans les villages alentours. Et nous, ce qu'on a c'est un Renault char, c'est un truc qui fait 14 mètres de long, pas besoin de poids-lourd pour le conduire, permis normal. Et on a un frigo, mais un grand frigo qui sert pour les livraisons, on a plusieurs grandes étagères, et on loge du stock, bah suffisant pour faire les tournées tous les matins.
Après, j'pense, enfin dans les cabinets, j'suis pas sûr de ce que je dis, mais il faut pas grand-chose, une table, un lavabo, et puis on en parle plus.

P07 : Un peu plus quand même !

P11 : Trois dolipranes et on en parle plus ! (*rires*)

P09 : Et, euh, jeune homme, comment est-ce que, au niveau discrétion, comment ça se passe, parce que j'ai pas envie que Monique ou Françoise, je sais pas, voit que je vais chez le médecin.

MM : C'est-à-dire ? Ah oui ! Qu'il y ait des vitres par exemple ?

P09 *s'exclamant* : Bah, déjà, quand je suis à côté de la camionnette, tout le monde du village va voir que je vais chez le médecin !

MM : Alors là on part plus sur la question de la salle d'attente finalement, c'est ça ?

P10 : Oui.

P07 : Du secrétariat.

P09 : De la discrétion.

P11 : Un tivoli.

MM : Alors, oui, un tivoli, addosé au truc.

P12 : Bah sinon, un peu comme les trucs qu'il y avait pour le covid.

P07 : Ouais, par exemple.

P12 : Sur les parkings des vaccinodromes ou il y avait les grands tivolis et tout !

P07 : Mais j'suis d'accord, la confidentialité, moyen du coup dans cette histoire.

MM : la confidentialité moyen… Alors c'est vrai qu'en plein milieu du village, le tivoli, pose peut-être des problèmes de confidentialité, même s'il en existe des opaques.

P07 : Et puis, faut passer une demi-heure à monter le machin quand t'arrives.

MM : Alors ça c'est un autre problème…

P09 *coupant la parole* : Et puis tu vois le patient d'avant.

MM : Alors ma question c'est donc, est-ce que vous voyez d'autres options que le tivoli ?

P11 : Si c'est un grand camion, on pourrait y mettre une salle.

MM : Donc une salle d'attente dans le camion.

P09 : Mais il faut une entrée et une sortie.

MM : D'accord, admettons.

P07 : Mais dans le cabinets normaux, y'a pas besoin.

P09 : Bah si.

P07 : Mais tu passes devant la salle d'attente quand même.

P09 : Je passe pas devant, quasiment pas.

P12 : Un peu comme les tentes covid justement.

MM : En tout cas ça se tient. Et c'est une chose qu'on ne m'avait pas encore dite ça, donc justement, c'est un point de vue intéressant, c'est ce que je recherche pour mon étude.

Donc, qu'est-ce que je disais, ah oui, donc la salle d'attente dans le camion, pourquoi pas.

Est-ce que vous voyez d'autres techniques ?

P12 : Moi j'ai une question justement, la consultation elle se passe dans le camion ?

MM : Oui, elle se passe dans le camion, c'est vraiment le cabinet qui est dans le camion.

P10 : Mais alors la salle d'attente, elle peut pas être dans le camion.

P07 et P13 *de concert* : Ou alors, c'est un bus.

P10 : Mais alors il faut d'autant plus que ce soit bien insonorisé ! (*assentiment général*)

P08 : Et puis pour la vue aussi, bien calfeutré !

P13 : Mais du coup, nous, justement, les clients ils nous passent commande à l'avance, mais après je leur dis à quelle heure j'arrive et puis ils passent.
Ça pourrait être pareil, mais un peu différemment, mais avec des rendez-vous. `

C'est-à-dire, je viens sur la place du marché, j'y arrive pour midi, bah tu viens pour l'heure de ton rendez-vous, à 12h30, à 13h, à 13h30…

MM : Avec des moments vraiment fixes…

P07 *sceptique* : Mais ça change pas le problème de la salle d'attente.

P11 : Bah oui, les médecins, ils sont toujours en retard.

P07 : Bah ouais en plus.

P13 : C'est vrai…

P09 : C'est connu ! (rires).

P13 : Mais je me dis, comme ça, au moins ils attendent pas trop longtemps.

P07 *s'esclaffant* : En plein blizzard ou en plein cagnard, ils vont faire des malaises !

MM *s'adressant à P13* : Donc toi tu te dis, rendez-vous à 10h10, tu débarques à 10h05, et on aurait pas vraiment besoin de salle d'attente.

P13 : Bah moi j'dis ça parce qu'à [commune retirée ici pour des raisons de confidentialité], ça fait tellement longtemps qu'ils ont pas vus de médecin, si on leur donne pas de créneau, les gens ils feront la queue de la place du marché jusqu'au Marais. (*rires*)

MM : Jusqu'à la Broue [voie d'eau typique du marais poitevin] ! (*rires*)

P13 *hilare* : Jusqu'à la Broue !

P09 : Est-ce que votre médecin pourrait faire dentiste aussi d'ailleurs ?

MM : Alors ce sont deux métiers différents, mais en effet, on pourrait envisager un cabinet dentaire mobile aussi.

P09 : Humm humm, parce qu'il n'y a plus de dentiste dans les Deux-Sèvres non plus.

MM : Je me permets juste de mettre ce débat de côté pour l'instant, parce que moi, je fais une étude sur la médecine générale donc, euhh…

P09 : D'accord, pardon.

MM : Non, non, pas de problème !
Mais les dentistes ne sont pas invités. (*rires*)

P13 : Dehors ! (*rires*)

P11 : Et l'été, comment tu fais, parce qu'il va faire très chaud dans ce camion.

P07 : Et puis, il faut internet, l'électricité, l'eau, enfin ça fait beaucoup !

MM : Alors c'est peut-être le moment de vous donner deux-trois éléments du cabinet médical itinérant Normand pour montrer que ça se tient quand même à peu près.
Donc, eux, ont en effet un modèle de véhicule de type camping-car qui pose en effet quelques problèmes d'espace et d'accessibilité notamment.
Et du coup, après il y a eu des modèles en Allemagne.

P09 : Ah !

MM : Des bus entiers, avec une salle d'attente en effet dedans, donc vous avez soulevé pas mal de trucs qui existent vraiment.
Et après il y a aussi des techniques avec un camion, donc là c'est carrément un hayon pour l'accès handicapé.

P07 : Mais si tu vas dans des coins de péquenauds, enfin des endroits perdus, comment tu fais avec internet, parce que tout passe par internet maintenant dans les cabinets médicaux.

MM : Alors, il y a apparemment deux options, j'ai vu ce fameux bus allemand qui possédait une sorte de « rooter » qui permet un lien à internet, même dans des zones reculées. Ne me demandez pas les détails techniques, je ne suis pas informaticien !
Mais en tout cas un « truc » qui fait qu'il a du réseau partout.

Et ensuite il existe depuis peu le fameux réseau « Starlink » dont certains ont surement déjà entendu parler (*assentiment non-verbal de P08 et P12*), grâce à Elon Musk, ils ont du réseau partout (*ironiquement*).

P08 : Ça fait un budget tout ça !

MM : En effet…

P09 *coupant la parole* : Mais attendez jeune homme, vous pouvez aussi faire autrement.

MM : N'hésitez pas à me tutoyer.

P09 : Oui, tu peux aussi t'imaginer d'avoir des tentes ; tu te balades avec ton camping-car, et tu poses des tentes dans lesquelles tu vas recevoir les patients.
(*Incrédulité manifeste de MM et P07*) Non mais attendez, ça se fait, moi qui suis proche du milieu artistique, je sais que le musée Georges Pompidou fonctionne avec ce genre de musée itinérant.

P07 : On parlait de la confidentialité et de l'insonorisation, c'est impossible dans une tente.

MM : Ce serait compliqué oui.

P09 : Ah, oui, en effet.

P11 : Et puis mettre une journée à monter/démonter, ça peut être long.

MM : OK, une autre option ?

P10 : Sinon t'as un petit camtar, avec ton matériel etc, pas besoin de beaucoup d'espace, mais dans toutes les communes que tu vas (sic), tu loues une salle.

P09 : Ça c'est bien.

P10 : T'as une salle qui t'es mise à disposition par la mairie.

P11 : Mais dans ce cas-là, pourquoi ne pas avoir directement plusieurs cabinets ?

MM : Alors j'entends, mais le but ici et de n'avoir qu'une fois le matériel, donc, de ne pas avoir cinq tables d'examens et cetera, et on ne bloquerait pas ces locaux pour l'usage médical, on les utiliserait simplement lorsqu'on en a besoin mais ils pourraient servir à autre chose dans la commune le reste du temps.

P11 : Ah, donc on aurait une seule fois le matériel, mais qui bouge en fait.

MM *après assentiment non-verbal envers P11* : Donc vous verriez plutôt un local communal ?

P08 : Ça paraitrait logique, mais il faudrait que la mairie suive en fait.

P07 : Et puis l'argent, beh tu loues donc quatre salles différentes.

MM : Alors c'est peut-être pour moi à nouveau le moment de vous donner deux-trois éléments du cabinet de Normandie.

P09 : C'est à la mairie d'offrir, non ?

P12 : Bah oui, la mairie elle va se battre pour avoir un médecin.

P09 : Oui, là à Aiffres, ils cherchent depuis des mois un médecin généraliste.

P10 : Où ça ?

P09 : A Aiffres, il y a un panneau, ah oui, j'ai vu.

P08 : Et à Arçais.
Mais à la limite, je pensais à un petit van, et à l'arrière, une remorque qu'on pourrait ouvrir/fermer, comme pour les chevaux, et ça pourrait être une salle d'attente.

MM : Ah oui, carrément, il n'y aurait pas beaucoup de place, mais pour trois-quatre personnes...

P08 : Bah oui, parce que si on reste sur l'idée de P13 [nom retiré pour des raisons de confidentialité], avec un roulement, ça devrait le faire.

MM : Oui, c'est une bonne idée ça, qu'est-ce que vous en pensez ?

Assentiment général

P07 : Ouais.

P10 : Ah beh oui, ça ce serait bien.

P07 : Oui

P09 : D'ailleurs il pourrait y avoir, comme avec les livres lus, une zone de tri ou on pourrait redonner les médicaments qu'on n'a pas utilisés.

P07 : Ça c'est à la pharmacie.

P09 : Ah bon ?

MM : oui, en effet, on peut déjà les ramener en effet.

P12 : Et moi, j'ai une question, où est-ce que le camion va se situer, sur une place de marché ?

MM : Alors ça c'est pareil en gros, moi je peux vous donner la réponse en Normandie, mais pour vous est-ce qu'il y a des endroits qui vous paraissent appropriés ?

P11 : Pace du marché.

P13 : Ouais, place de l'église, place du marché.

P10 : L'école aussi.

P09 : Moi je dirais un truc plus discret.

P13 : Moi ça me dérange pas

P07 : Et le conseil de l'ordre, il accepte, parce qu'il y a les l'histoires de plaques, c'est compliqué les systèmes d'installations des médecins.

MM : Oui, c'est compliqué, alors ça c'est très technique mais je vais vous faire un résumé ultra-rapide. En gros, depuis le XIXe siècle, est interdite en France la médecine « foraine » ; même si le terme est imprécis, ça a été considéré que toute pratique de médecine dans un cabinet qui bouge est interdite pour faire simple. Ça n'a ensuite été changé qu'en 2012 parce qu'ils se sont rendus compte qu'on allait être confronté à une grosse galère d'accès au médecin. Donc ils ont voulu permettre des initiatives comme ça. Du coup, c'est que maintenant qu'on commence à avoir les premiers cabinets comme ça.

P09 : Tu connais le film chocolat avec Juliette Binoche et Johnny Depp ?

MM : Non.

P09 Non ? Et ben il faut le voir. Vous connaissez pas tous ?

P13 : Non (*dénégation non-verbale générale*).

P09 : Et bien, il faut le voir absolument. Et donc elle soigne les gens avec des chocolats qu'elle adapte selon les problèmes dans la vie qu'ils ont. Toi, il te faut du chocolat noir, très corsé, avec des épices, et les gens, au début, ils y vont avec un peu de réticences, c'est ça qu'on dit ? (*assentiment de P10*)
Et après ils se disent : « mais finalement ça marche vraiment, mon mari me ressaute, et tout » (*rires*). Par contre, qu'est-ce qu'on voit dans ce film, je reviens à la discrétion, il y a les voisins qui regardent « tiens, qui est-ce qui va acheter des chocolats ». Et c'est là, qu'il y a à mon avis, dans l'itinérance, un certain soucis.

P07 : Mais comme dans une salle d'attente.

MM : Mais après, potentiellement, les gens peuvent aller voir d'autres gens aller au cabinet du médecin, ils pourraient attendre à l'entrée du cabinet fixe, tout pareil.

P09 : J'ai le DVD hein !

MM : Euh, oui, de chocolat ! (*rires de P09*) En tout cas intéressant.
Donc, juste pour récapituler, pour le véhicule vous étiez plutôt partis sur quelque chose de gros, lieu de stationnement, on a dit plutôt…

P11 : Mais y'a aussi le problème du permis, parce que si tu prends des médecins qui doivent tourner sur le camion, faut qu'ils aient tous le permis.

MM : En effet, en Normandie, c'est un camping-car, donc y'a pas besoin d'un permis spécial.

P11 : Oui, mais il y a la question du poids, quand y'a trop de poids dedans, enfin, y'a droit à un certain tonnage.

P12 : Oui, j'aurais pas du tout pensé à ça.

P13 : Oui, c'est vrai, c'est comme moi avec les frigos.

P12 : Et puis, dans la vraie vie, y'a aussi les problèmes d'accès, parce que certains camions ne peuvent pas rouler sur certaines routes. Enfin, j'imagine qu'au niveau de l'accès pour certains villages, il faut y réfléchir, il faut que ce soit organisé.

MM : Alors, oui, tu veux dire en montagne par exemple si c'est très escarpé ?

P12 : Oui, ou alors, même ici. Par exemple l'accès au Petit Village…

MM : Oui en effet ça peut être compliqué, alors justement je peux te donner un élément, en Normandie, ils ont tendance plutôt à s'installer sur la place centrale du village.

P13 : Oui, le village qui rassemble plus d'autres villages. Par exemple, ici, il va s'arrêter à [nom de la commune retiré pour des raisons de confidentialité] il va pas s'arrêter au Petit Village, on va pas demander aux gens d'aller au Petit Village !

P09 : Et comment fait P11 [nom retiré pour des raisons de confidentialité] à son âge ?

P11 : Ah, beh mes petits enfants vont m'emmener !

MM : OK, ça c'est une bonne technique.

P11 : Non, mais c'est vrai que pour ceux qui sont vraiment reculés, ça peut être compliqué.

MM *s'adressant à P11* : C'est que vous habitez en centre bourg, ou vous habitez dans un hameau ?

P11 : J'habite dans un hameau, (*pince sans rire*) j'aime pas les gens moi. (*rires*)

MM : Et ton médecin est dans ta commune ?

P11 : Non, il est dans une autre commune.

MM : Donc c'est mieux à choisir ?

P11 : Ah beh, à choisir, c'est mieux qu'il soit dans ma commune, même un voisin pourrait m'emmener.

MM : Forcément, c'est toujours ça de pris quoi. Plus facile pour s'y rendre. OK, je comprends.

Donc pour revenir à la salle d'attente, vous partiez sur deux modèles, soit le local fourni par la commune, soit la remorque dans laquelle il y aurait quelques places pour attendre.
Est-ce qu'il y a une des deux options qui a votre préférence ?

P10 : Bah le local en dur (assentiment général), c'est plus simple au niveau des saisons et tout.

P12 : Ou sinon, y'a aussi l'option, comme pendant le temps du covid, ou chacun se gare, et attend son tour à sa place ?

MM : Donc dans la voiture directement ?

P10 : Ah oui, aussi.

P07 (*désignant du bras le modérateur*) : Et du coup quand il t'appelle, il prend un porte-voix, et il gueule sur la place le nom du patient ?

MM : Ou tu mets un panneau qui affiche la plaque d'immatriculation. (*rires*)

P09 : Et ça pourrait pas s'inspirer des drive-through sinon ?

MM : Ah, que tu te mettes à la fenêtre, comme au mcdo, comme ça là (mimant quelqu'un qui écoute au stétoscope par une fenêtre). (*rires dont P09*)

P13 : Bah, ils l'ont bien fait pendant le covid hein !

P07 : Oui, c'est vrai !

P13 : Et sinon, j'viens de penser si jamais une commune elle a pas de local, peut-être que l'idée d'attendre dans la voiture c'est quand même pas mal.

P08 : Oui, ça te permettrait d'être plus autonome.

MM : Plus autonome, tu veux dire, pas besoin d'appeler quelqu'un à la commune, pour l'entretien par exemple ?

P08 : C'est vrai que j'ai pas pensé, mais ça fait des contraintes pour les horaires il faut quelqu'un pour ouvrir avec les clés ou alors il faut le double.

MM : Oui, sinon avoir un double, mais d'ailleurs, en Normandie…

P07 (*coupant la parole*) : Ouais, même pour éviter les problèmes d'organisation, quand la salle est prise pour autre chose par exemple.

MM : En effet, c'est important d'avoir un plan B, même si, en Normandie, les horaires d'ouverture sont assez proches de ceux d'un cabinet classique, donc ça ne poserait pas de problème particulier si quelqu'un a à se déplacer.

J'entendais tout à l'heure que quelqu'un parlait du secrétariat ?

P10 : Oui, alors, c'est ma question, comment tu fais ?
Parce que le docteur, il est pas,… il peut pas être partout.

MM : Oui, alors, en effet, c'est peut-être pas lui qui s'en occuperait directement.

P08 : Via Doctolib sinon.

P07 : Oui, mais ça c'est toujours un problème…

P10 (*terminant la phrase de P07*) : Pour les personnes âgées. (*assentiment non-verbal de P11*)

P08 : Non, mais SOS médecins, c'est un humain qui nous parle, il pourrait…

MM : Oui, quand tu passes par le téléphone.

P08 : Oui, mais il pourrait très bien avoir l'agenda du docteur et le remplir petit à petit.

P07 : Alors, d'expérience, le secrétariat à distance, c'est pas toujours pratique pour les médecins, enfin d'avoir que des secrétaires à distance, encore plus sur une organisation de cabinet mobile.

P09 : Nous à [nom de la commune retiré pour des raisons de confidentialité] , il y a une liste papier qui est affichée au Tennis, sur laquelle on peut s'inscrire.

P11 : Ah beh, ça, ça me va ça !

P10 : Oui, mais si t'es vraiment malade ?
Moi, si j'ai une chiasse carabinée, j'vais pas me ramener dans le village, euh, juste pour écrire mon nom sur la liste.

P13 : Oui, et puis, tout le monde voit ton nom.

P09 : Oui, c'est vrai, ça revient à la discrétion toujours.

P14 *entrant par la porte de la salle des fêtes* : Bonsoir, désolé pour le retard.

Brouhaha devant l'arrivée d'un participant retardataire que nous n'attendions plus.

MM : Bonsoir, prenez place, n'hésitez pas.

P14 : Bonsoir.

MM : Alors les autres membres du groupe, vous ne connaissais pas P14 [prénom retiré pour des raisons de confidentialité].
Nous-mêmes, on se connait que par mail pour l'instant, content de vous voir en vrai ! Donc on se tutoie ce soir si ça te va. C'est plus convivial.

P14 : Très bien.

MM : Si tu consens toujours à participer à cette étude, peux tu dire : « mon code d'identification est P14, et je consens à participer ce jour à l'étude dirigée par le Dr Eloi Piketty ».

P14 : OK, mon code d'identification est P14, et je consens à participer ce jour à l'étude dirigée par le Dr Eloi Piketty.

MM : Alors est-ce que vous voulez faire un petit tour pour vous présenter à P14, ou est-ce que P14 tu préfères te présenter au groupe déjà ?
Même si vu comme ça on dirait une réunion des alcooliques anonymes.

P10 *rebondissant sur la blague* : Bienvenue P14, bonjour.

P07, P08, P12 et P13 *emboîtant le pas* : Bonjour P14. (rires)

P14 *avec humour* : Alors, moi, ça fait trois mois que j'ai arrêté… (*rires*)
Euh, est-ce qu'il faut avoir une pathologie, ou… ?

MM : Non, mais tu peux juste nous dire si tu veux, si tu as un médecin traitant.

P14 : J'ai un médecin traitant.

P09 *avec humour* : Ah, quelle chance !

P14 : Ouais, oui, mais enfin bon c'est le même depuis 20 ans, donc.

MM : Il est bien dans une commune autour de Niort ?

P14 : Oui.

MM : Parfait.
Et donc, petit tour de table pour se présenter ?

Ici, présentations des participants à P14, retirées car n'apportant pas d'information à l'étude.

MM : Donc là, on va parler de médecine générale itinérante, j'en ai déjà parlé dans les mails que nous avons échangés, je te fais donc un résumé très rapide, un camion qui contient un cabinet de médecine générale qui va de village en village pour assurer des soins, là où il n'y a pas suffisamment de médecins traitants, pour faire simple.
Du coup on en était à la question, donc tu auras raté une partie de l'étude, mais bon, tes éléments seront quand même intéressants.

P14 : C'est pas la première que je loupe (*rires*).

MM *amusé* : OK très bien.
Donc on n'en était au moment où on se demandait comment vous pourriez imaginer un cabinet comme ça ?
En gros pour l'instant on avait dit : plus un véhicule de type camion ou bus, parce qu'il faut une certaine taille quand même pour avoir tout le matériel, et que ce serait bien que les salles d'attente, soit dans des locaux fournis par les communes, comme ça tu vas dans un village, tu t'installes devant les gens, ils ont une salle potentiellement des sanitaires. Et, qu'est-ce que je disais ensuite… Ah oui, on se disait que ce serait plus sur la place centrale du village, là où il y a une salle des fêtes quelque chose comme ça. Et ensuite on n'en était à la question du secrétariat donc pour l'instant pas trop Doctolib pour que les personnes âgées puissent y avoir accès, mais peut-être pour certains créneaux quand même. Et, euh, pas une feuille dans l'idéal, ou tout le monde peut écrire son nom, même s'il y a un côté pratique, mais on peut voir les noms de tout le monde. Donc est-ce que tu vois toi (s'adressant à P14), ou quelqu'un d'autre d'ailleurs, une autre solution pour le secrétariat ?

P14 : Et beh, à la mairie, un petit coup de téléphone, y'a quelqu'un qui est préposé à prendre les réservations, ça reste anonyme, il n'y a qu'une personne qui le sait, ça évite aux personnes âgées de se déplacer jusqu'à la mairie. Un coup de téléphone même à 80 ans, ça peut le faire, voilà (*approbation de P10*).

MM : Oui, c'est intéressant, alors ce serait, pour toi, la secrétaire de mairie ?

P14 : De mairie, ouais, ou quelqu'un qui est d'astreinte.

P10 : Elle est bien connue pour blablater la secrétaire de la mairie. (*rires*)

P09 : Oui, c'est vrai.

MM : Alors admettons qu'il s'agisse d'un village où la secrétaire est très, active.

P14 : Très impliquée.

MM : Oui, voilà.

P10 : Oui, non, mais carrément ou alors il faut mettre en place plusieurs cabinets itinérants avec une secrétaire qui gère par exemple trois cabinets itinérants.
Parce que peut-être une secrétaire pour un camion, ça fait un peu juste, mais une secrétaire pour 3-4 camions…

P09 : Elle pourrait se trouver entre les deux d'ailleurs (*rires*).

MM : OK, donc un secrétariat finalement plus traditionnel, mais soi dans la mairie, soit dans une structure, mais en tout cas une secrétaire pour tous les villages quoi.

P11 : Oui, ça me parait pas mal ça.

MM : Alors, typiquement pour le cabinet de Normandie, la secrétaire est dans les bureaux de la structure locale de santé, ça s'appelle une CPTS, qui correspond en gros à l'échelon de la communauté de communes, donc comme la CAN pour Niort. Et donc il y a un secrétaire qui est là et qui prend les rendez-vous pour tous les villages.

P07 : Mais la CPTS c'est gros.

MM : Oui, il y a donc plusieurs secrétaires, mais l'avantage de cette structure, c'est qu'elle peut recevoir des financements qui peuvent être mis dans le cabinet mobile, les secrétaires.

P10 : Mais alors, question : L'objectif c'est de recevoir que des patients qui n'ont pas de médecin traitant ?

MM : Humm, alors…

P10 : Parce que à quel moment on met les limites, à quel moment on met un stop ?

P07 : Tu prends que les résidents des communes où tu passes ?

MM : Oui, alors, …

P11 *coupant la parole* : Mais tu as dit qu'on pouvait aller dans la commune d'à côté si on était malades.

MM : Donc en gros, la manière dont ça se passe, …

P07 *coupant la parole* : Non mais, en fait faut que tu définisses, ça peut être au niveau du canton par exemple, et ceux qui sont hors de ces communes, tu les refuse.

MM : alors du coup c'est plus que le contrat, il est au niveau de cinq communes où on manque de médecins dans la communauté de communes, la CPTS, et donc, un patient d'une de ses communes peut aller consulter dans l'une des autres lorsqu'il est déjà patients du cabinet. Donc en gros il prend tous les créneaux préprogrammés pour les gens du village qui ont déjà anticipé qu'ils allaient devoir consulter, et après, les autres créneaux, des créneaux d'urgence sont réservés aux urgences des gens de la commune, mais peuvent également être pris par les patients des autres communes dans lequel passe le cabinet itinérant si ils ont un problème.
Une commune remplit déjà assez bien les créneaux apparemment.

P09 : Il y a un truc que j'ai raté, est-ce que c'est aussi imaginable que ce soit par exemple l'hôpital de Niort qui gère ça ?

MM : Oui, c'est d'ailleurs ce qu'ils avaient fait au début en Normandie, mais apparemment c'était très cher, et tu étais complètement dépendant de la structure. L'hôpital avait vraiment une sorte de main mise sur le dispositif, surtout, le secrétariat était apparemment beaucoup plus cher par les charges qui sont très spécifique à l'hôpital, je vous passe les détails mais, au niveau de l'hôpital il y a des surcoûts.

P14 : Et puis aussi parce qu'elles ont plus de temps à consacrer à autre chose qu'à ça.

MM : Alors pas partout, mais il peut arriver que certaines fassent chauffer la machine à café, en effet (rires).

P11 : Ah c'est l'hôpital public hein !

MM : Alors c'est pareil dans les cliniques, mais qu'est-ce que je racontais…
Donc le secrétariat OK.
Alors on va passer sur une autre question, vous verriez quoi comme fréquence idéale pour qu'il passe le camion ?

P09 : Il faudrait que ce soit en fonction de la demande en fait.

P10 : Du lundi au vendredi ; ou c'est sur une semaine de lundi-dimanche ?

P07 : Ah non, pas de lundi-dimanche !

MM : Non, pas de samedi dimanche en effet.

P14 : Et c'est quoi ta surface, enfin ton périmètre d'action ?

MM : Beh, c'est justement une communauté d'agglomération de communes, donc sur le niortais tu pourrais être à Siecq, puis à Fors, puis à Arçais.

P14 : Alors il faudrait que tu t'organise par secteur, un jour tu fais un secteur Nord-Est, le lendemain un secteur Nord-Ouest.

MM : Ah, bah c'est hyper intéressant, oui, carrément.

P13 : Bah c'est ce que je fais avec mes livraisons, j'en ai quatre par semaine, et du coup je choisis un certain nombre de villages par jour.

MM : OK.

P13 : Mais j'y vais pas tous les jours dans le village, ça sert à rien, une fois dans la semaine, c'est bien !

MM : Donc tu prends aussi, globalement, par zones de villages.

P13 : Ouais, c'est ça.

P14 : Oui, parce que si tu commences à faire par réservations, le problème c'est que tu vas toucher que les gens te connaissent déjà. Le problème c'est que si tu arrives dans un village où il y a déjà deux personnes qui ont réservé mais c'est pas grave, c'est dans ton secteur d'exploitation, enfin d'exploitation, voilà, beh tu vas avoir le bouche à oreille qui va se faire, et du coup, les gens vont en parler autour deux, ils vont prendre plus de réservations parce qu'ils vont savoir que tel jour y'a un passage et puis pareil dans les autres villages au fur et à mesure.
Et tu peux même faire un roulement toutes les quelques semaines.

MM : toutes les quelques semaines.

P14 : Ouais parce que c'est pas des urgences vitales les gens, si il y a une urgence ils peuvent aller à l'hôpital.

MM : Alors j'entends ce que tu dis, mais là le but ce serait aussi de pouvoir être vu pour des plaies des machins.

P14 : Ah oui, alors là, c'est sûr… mais bon en général, c'est pas vital.

MM *avec ironie* : A non, on recouds pas des aortes tous les jours, j'suis d'accord.

P07 : Mais il existe des urgences en médecine générale, il faut rester disponible pour les patients. Et si tu fais pas le tri, tout le monde va aux urgences.

P14 : Oui, c'est vrai.

P07 : Donc en fait, il faut rester disponible.

MM : OK, d'autres remarques ?

P12 : Oui, alors, moi, dans mon imaginaire très développé, j'imaginais que la fréquence pouvait se faire selon la taille de la commune, j'imaginais que par exemple, c'est une commune avait 1500 habitants, dans cette commune-là, la fréquence serait plus régulière que dans une commune, de 100 habitants.

MM : Oui en effet ça pourrait être adapté à la taille de la commune potentiellement.

P12 : Et est-ce que c'est le cas ?

MM : C'est le cas oui, en effet, parfois ils font qu'une demi-journée par commune ou il y a très peu de monde, admettons, 200 ou 500 habitants par exemple.
Parfois, une demi-journée, ça peut coller même si bien sûr, les gens préférerais deux demi-journées. Après il s'adapte aussi, si par exemple, un médecin va dans une commune où ils allaient, ils peuvent diminuer le nombre de passages, enlever une demi-journée au début, et voir, en fonction de comment ça se passe si on peut enlever la deuxième.
Comme ça, on peut ensuite reporter sur certaines communes qui en ont plus besoin, les passages du cabinet itinérant. Ça offre donc une certaine flexibilité. C'est ça qui est pratique avec ce dispositif, c'est qu'il peut s'adapter à la carte de santé entre guillemets.

P11 : Le bison futé de la médecine.

MM : C'est ça, une sorte de bison futé de la médecine.

P09 : Et les cabinets de médecins retraités qui sont encore en état. Est-ce que ça pourrait pas être aussi un lieu dans lequel pourrait passer un cabinet itinérant ?

MM : Alors j'ai pas bien compris. Utiliser l'ancien cabinet d'un autre médecin ?

P14 : Oui, utiliser le matériel existant d'anciens cabinet de médecine générale.

P07 : Oui, mais c'est que ça appartient au médecin souvent.

MM : Alors ça se négocie, mais en général c'est…

P10 *coupant la parole* : Par contre, s'il passe une demi-journée ou deux demi-journées par semaine au bout d'un moment, la commune va dire qu'est-ce qu'on en fait du reste ?

P11 : Mais c'est pour ça que c'était pas mal les salles d'attente dans la salle des fêtes parce que ça sert plutôt le soir mais après en journée c'est libre normalement.

P10 : Alors j'ai une autre remarque, qui sera très inspirée de ma fille. Elle travaille dans le social, depuis son expérience de l'ordre de l'ASE, donc tout ce qui est « antennes de l'ASE, donc protection de l'enfance, mesures sociale, tout ça, surtout à Thouars qui est un gros désert médical. Il y a là bas

des grosses structures qui s'appellent des missions locales, y'a des bureaux dedans ; je pense que ce serait intéressant qu'il y ait des médecins là-bas, et que, plutôt que de parler de van ou de secrétaire de mairie, on place des médecins dans ces structures départementales, auprès de populations précaires socialement qui auront moins tendance à aller vers un médecin pour X-Y raisons qui sont très multiples.
Donc d'une pour les adultes qui sont suivi là-bas, ils ont ce côté « là, c'est un repère, je connais les locaux, je vais pouvoir y voir le médecin » ; et je vais aller encore plus loin, je pense que pour les gamins ce serait, pas un système de prévention, mais au moins je sais qu'il y a un médecin qui est là.

MM : Il y aurait quelqu'un en tout cas dans les zones où directement tu as les patients que tu recherches, c'est-à-dire, les précaire ou ceux qui ont des difficultés pour aller voir les médecins.

P10 : Qui ont des difficultés à aller voir le médecin traitant.

MM : Et même qui, lorsqu'ils en ont la possibilité, n'iront peut-être pas spontanément, ou moins spontanément.

P10 : Oui, et ma fille me parlait aussi de familles qui bougent de département en département, et qui vont finalement d'ASE en ASE.
Avoir un médecin sur ces structures-là, je pense que ce serait une option intéressante quoi.

MM : OK, intéressant, il faut creuser ça, c'est sûr.

P11 : Alors moi qui suis loin de tout ça à mon âge et qui regarde que les infos sur BFM, je sais pas si il y a beaucoup de place dans ces associations, parce que je pense qu'ils sont déjà pas riches de locaux, et tout ça.

P07 : Y'a surtout pas de médecin.

P11 : Alors y'a pas de médecin, mais dans tous les cas il faudrait de la place pour les accueillir !

P10 : Après, là où je suis déjà allé chercher ma fille, je dirais qu'ils ont de la place, donc je pense que c'est possible, mais après je sais pas…
Il est où mon rosé-pamplemousse ?

MM : Très intéressant, alors ma question après, était sur les horaires du cabinet, vous auriez des amplitudes horaires que vous souhaiteriez pour ce genre de cabinet ?

P14 : Entre midi et deux.

P12 : Ou après huit heures.

MM : Entre midi et deux ou après huit heures, donc là où on ne travaille pas, c'est ça ?

P14 : Là où on n'a pas de vie sociale.

MM : Là où tu n'as pas de vie sociale (rires) d'accord !

P14 : Bah non, bah oui parce qu'il faut s'adapter à tout le monde même dans nos campagnes y'a des gens qui travail, y'a pas que des retraités grabataires, loin de là !

P11 : Même moi, à mon âge, il faut qu'on m'accompagne et que mes enfants soient là !

P14 : Oui, non mais, c'est sûr qu'il faut des créneaux adaptés à tout le monde, mais même vos enfants, ils peuvent peut-être pas vous emmener au milieu de la journée.

P11 : C'est plus difficile, c'est vrai…

P08 : Mais c'est vrai que ça m'arrangerait très tôt le matin, ou tard dans la soirée, parce que quand on travaille, on a des journées un peu… Enfin, je pense aux infirmiers, tout ça…

MM : Tu veux dire ceux qui ont des horaires un peu standard ou même décalés parfois.

P08 : Oui, c'est ça, comme ça on aurait le choix comme ça.

MM : Donc vous voudriez un truc qui commence tôt, qui ferme pas à midi, qui finit tard.

P14 : Bah oui, j'dirais comme les restaurants, c'est les horaires ou d'habitude tu travailles pas !

MM : Donc en se mettant en commun, ce serait quoi les horaires pour vous ?

P11 : Bah, 8 heures - 20 heures p'tet ?

P10 : Mais à ce moment-là, il faudrait plusieurs personnels.

P13 : Ah beh, oui, sinon, ça ferrait des belles journées, surtout si tu bosses aussi entre midi et deux !

P10 : Ouais, c'est ça, il faudrait que ça tourne.

MM : Donc comme ça fonctionne par demi-journée, pourquoi pas, parce que ça permettrait à un médecin de faire le matin à l'autre l'aprem, et de se partager la pause de midi.

P07 : Si je peux me permettre, je connais aucun médecin qui fait ça !

MM : Qui fait que la matinée, ou que l'après-midi ?

P07 : Ouais.

MM : Et admettons, si c'est un 8heures - 13 heures et un 14heures - 20 heures ?

P13 : C'est le médecin du travail ça !

P10 : Bah oui, ça le ferait bien, y'en a pleins qui font ça !

MM : Donc des horaires proches de ceux des médecins en cabinet fixe, beaucoup en tout cas ?

P10 : Oui.

P12 : Et on pourrait mettre quelqu'un de 13 à 14 heures ?

P10 *sur le ton de l'humour* : Oh, jamais content celui-là !

P12 : Non, mais c'est une vraie question !

MM : Bah si y'a deux médecins potentiellement, mais sinon…

P14 : Sans indiscrétions, c'est libéral du coup ? Enfin, ce serait dans un cabinet libéral ?

MM : Alors, non, c'est du salariat.

P07 : Oh, c'est vraiment la baise…

P14 : Du coup niveau législatif, c'est pas la même chose niveau droit du travail.

MM : En fait, c'est une association qui salaries des,… bah,… des salariés de l'association.

P14 : OK, mais je dis ça parce que du coup, s'il est salarié, il va peut-être pas tout seul pouvoir faire des horaires à rallonge.

P11 : Et puis, ça pose des problèmes de financement !

MM : alors l'astuce c'est que comme la structure dépend de la CPTS dont je vous parlais tout à l'heure, cette CPTS reçoit de l'argent directement de l'État. Elle peut financer le bus itinérant dans des objectifs de santé publique, comme l'accès aux soins des populations en difficulté. Après souvent, ça manque de sous, donc ils nous ont besoin d'un peu de soutien de l'ARS et cetera.
Ça se tient, mais c'est pas rentable. En gros, si demain un médecin libéral veut faire ça tout seul, ça se tient pas apparemment, financièrement.

P13 : C'est moins rentable qu'un cabinet fixe ou tu payes ton loyer, et tout !

MM : Oui, apparemment oui, parce qu'en fait il y a pleins de frais annexes…

P14 : Bah t'as les cotisations déjà !

P13 : Ah ouais.

P14 : Et puis, le jour où le cabinet il fonctionne plus…

Et puis, t'as du matériel médical j'imagine.

P12 : Mais alors, comment tu donnes envie aux médecins de venir.

MM : Alors comme c'est du salariat, que c'est qu'une demi-journée de temps en temps et que ça s'adresse aussi aux jeunes retraités, finalement, il y a des gens qui s'y retrouvent apparemment.

P12 : Ou sinon, p'tet des gens qui à côté font que des mi-temps.

MM : OK, donc il nous reste quatre questions, je termine juste sur celle-là parce que c'était la plus longue.

Est-ce que vous verriez ce cabinet faire des visites à domicile potentiellement ?

P14 : peut-être pour les gens qui sont vraiment en difficulté qui n'ont pas de possibilité de gens de leur entourage pour les amener.
Où y'a pas de possibilité a tel moment ou qui sont dépendants d'un facteur extérieur.

MM : OK donc finalement, P11 [nom retiré pour des raisons de confidentialité], toi qui disais que tes enfants doivent t'amener ?

P11 : Ah, beh moi, je préfèrerais qu'il vienne à domicile.

MM : Oui, toi ça t'arrangerait que le camion vienne à domicile, ou alors, même que le médecin passe avec sa voiture en venant du camion entre midi et deux, quelque chose comme ça ? OK ?

P10 : Et, les médecins traitants, ils font toujours des visites à domicile ?

MM : Alors…

P14 : Ça dépend, non ?

MM : En vrai, ça dépend, la plupart oui, quand même, mais c'est surtout quand il faut vraiment, si tu peux venir, bah tu viens.

P14 : Genre le samedi c'était ça, moi, mon médecin le samedi, on savait, il faisait que des visites.

MM : Oui, alors pas forcément le samedi, mais souvent ils se gardent des créneaux, pour aller voir, par exemple, les anciens un peu isolés socialement, ceux qui peuvent plus bouger.

P07 : Et puis les EHPAD.

MM : Et puis, parfois, les EHPAD, en effet oui.

P14 : Et puis ça peut faire du bien parfois de voir le cadre de vie et de donner des conseils d'adaptation, du cadre en fonction de leur état de santé.

MM : Oui, clairement.

P10 : Dans ce cadre d'objectifs là, c'est vraiment bien, mais alors, pour moi, si tu fais ça, il faut vraiment prévoir un quota d'heures dédié à ça, parce que sinon ça va être trop dur à gérer et tu vas devenir un camion d'urgences .
Et de ce que je comprends, c'est pas l'objectif non plus.

MM : Intéressant, et donc est-ce que vous voyez une option de comment ça pourrait se faire ?

P11 : Dans ce cas-là, je pense qu'il faudrait une voiture qui ferait que du domicile parce que le camion, pour passer dans les petites routes, bonjour !
Moi ça m'arrange, mais ça va p'tet pas arranger les autres si le camion s'arrête chez tout le monde.

P07 : Donc ça voudrait dire un médecin en plus ?

P11 : Ah, ce serait pas le même projet, c'est sûr !

P14 : Mais oui, j'vois mal comment tu pourrais faire les visites avec le camion, non il faut faire comme SOS-Médecins avec une voiture pro, et puis ta sacoche médicale, et puis basta.
T'es pas censé avoir besoin de beaucoup de matériel.

P10 : Mais du coup ça voudrait dire qu'il faudrait trois médecins.

P07 : C'est clair, déjà que un, ça parait tendu…

MM : Pardon ?

P07 : Du coup ça voudrait dire qu'il faudrait trois médecins ?

MM : Ah oui, bah en effet c'est plus compliqué.
Donc, en gros, oui, vous soulevez le fait que c'est compliqué pour le fonctionnement quand même.

P10 : Bah, pas vraiment pour le fonctionnement, mais déjà, trouver un médecin, c'est compliqué, alors trois !

MM : Oui ça paraît compliqué, et même un ou deux maximum c'est déjà pas évident.
OK.
Donc vous souhaiteriez dans l'ensemble des visites, mais ça vous parait difficile à mettre en place.

P12 : Ou à ce moment-là, il faudrait ouvrir un autre projet, mais du coup c'est un peu hors-sujet je pense.

MM : OK.

P13 : Bah c'est sûr qu'avec ça, le médecin, il va perdre du temps dans chaque maison. Parce qu'après, tu rentres chez la vielle, elle te sert le café, et tu t'en sors pas quoi !
Et puis tu peux pas refuser.

MM : Ah beh non ! Mais c'est vrai que la tournée risque de faire perdre un peu de temps finalement.

P10 : Oui, non mais c'est ça, si t'as besoin d'une visite à domicile, t'appelle le 15 en fait.

P09 : Et concernant la question de l'environnement, c'est trop intéressant, mais il faudrait monter un projet de médecin de prev'.

P07 : Médecin de prev' ?

P09 : De prévention.

P07 : Ah.

MM : Oui, ça pourrait être d'autres projets.
(*s'adressant au groupe dans sa globalité*)
Et vous, est-ce que vous pourriez envisager de consulter auprès d'un médecin dans un cabinet itinérant ?

P09 : Si c'est quelqu'un de qualifié, pourquoi pas ?

MM : OK.

P07 Ouais, pareil.

P08 : S'il y a des rendez-vous rapides, ouais.

P14 : Rien à voir, je pensais à ça, mais y'a pas de recyclage pour les médecins qui ont un peu d'ancienneté, des retraités.

MM : Alors, oui, ils pourraient travailler dans un projet comme ça, mais après, si ça fait dix ans qu'ils n'ont pas exercés, il y a des chances pour qu'ils soient pas au top, niveau formation, nouveautés…

P07 : Après, un médecin qui a pas bossé depuis 10 ans, il doit avoir plus 70 piges à peu près. Je sais pas si j'ai vraiment envie qu'il se remettre à bosser.

P10 *avec humour* : Sortez les sangsues ! (quelques rires)

P07 : Ouais, voilà !

P14 : A tout moment il dit « j'me suis chié dessus » (*éclats de rire*).

P07 : Mais y'en avait un comme ça de 90 ans, et il avait besoin de son fils pour entrer dans le cabinet, il y arrivait pas sinon !

MM : Ah oui, j'ai vu ce truc, mais c'est beau par contre.

P07 : Ah beh, c'est beau, mais j'voudrais pas être son patient.

MM : C'est vrai qu'il connait peut-être pas la radio par exemple (*quelques rires*).

Oui, donc si vous consultiez dans un tel cabinet, ce serait plutôt pour quel motif, motif d'urgence, vous vous êtes fait une petite blessure, vous suspectez une infection, un truc comme ça, ou ce serait plutôt pour du suivi ?

P12 : Oui, les p'tits trucs de la santé, c'est ça !

P08 : Oui, ou certificat médical.

P10 : Non, certificat médical, je pense, pas, ça c'est justement des trucs ou tu peux attendre 10 jours s'il faut !

MM : OK, ok.

P12 : Et ceux qui ont pas de médecin traitant du coup ?

P10 : Oui, c'est vrai que ça c'est un problème parce qu'il y a pas mal de médecin qui ne prennent pas de nouveaux patients par exemple.

P14 : Oui, ou pour des petites ordonnances par exemple.

P10 : Ou pour un petit renouvellement de pilule, ce genre de choses, mais pas pour du suivi j'ai l'impression ; mais limite ça on pourrait le faire à distance.

P08 : Oui mais imaginons, tu te tape une grosse gastro et tu peux pas aller au taf, pour avoir rendez-vous c'est un peu chaud donc tu l'as dans le cul pour avoir un rendez-vous.

MM : Oui, c'est pas évident.
Donc si je comprends bien, plutôt des petites urgences, mais s'il peut y avoir un peu de suivi, c'est top !

P10 : Suivi et urgences DE médecine générale.

MM : OK, d'accord, donc dans l'ensemble comme un cabinet fixe. Bon.
Est-ce que vous avez des attentes particulières envers ce genre de cabinet, est-ce que vous en attendririez des choses différentes d'un cabinet normal ?

P11 : Bah faut qu'ils soient bons, hein, les médecins qui viennent, hein !
Faut pas que ce soit ceux dont on veut pas dans les autres cabinets.

P09 : Oui, faut pas que ce soient les mauvais.

P07 : Ceux qui sont radiés de l'ordre !

MM : Faut qu'ils soient compétents ou quoi !

P11 : Bah, j'aime pas aller chez le médecin, mais quand j'y vais, il faut que ce soit bien fait.

MM : D'accord, donc compétent, d'autres attentes ?

P13 : Bah moi, c'est les horaires le plus important, hein !

MM : Donc qu'il puisse vous recevoir a des heures…

P14 *coupant la parole* : Oui, la disponibilité !

MM : D'accord, qu'on puisse y avoir accès, OK.

P14 : Au moins des possibilités !

P10 : La proximité.

P12 : J'ai une autre remarque, est-ce que c'est plus cher du coup si le médecin il passe comme ça ?

MM : Alors, pareil, qu'est-ce que vous en pensez vous est-ce que vous pensez qu'il faudrait que les consultations soit plus cher dans un cabinet itinérant ?

P14 : Si c'est pris en charge… (*éclats de rire*)
(*se justifiant*), non mais, c'est vrai, j'm'en bats les couilles moi, si c'est pas payé par moi.

MM *ironiquement* : Et vive la France !

P10 *ironiquement* : Y'a pas de soucis !

P14 : Oui, bon beh, ça va !

P13 : Non, mais c'est vrai, les charges salariales, et tout là !

P10 : Moi, j'pense que ça va être plus cher.

P14 : Mais pas au point que ce soit une astreinte/garde machin.

P07 : Connaissant la sécu, c'est le même prix, non ?

MM : C'est ça. C'est 26,50 , point barre.
C'est le même prix.

P10 : Ah beh, c'est génial, beh, je valide.
C'est ce que je disais, tant qu'il y a un docteur là-dedans.

MM : Alors pour être complet, ça pourrait se discuter parce que finalement c'est nos impôts qui financent l'État qui finance la CPTS qui finance le cabinet itinérant.
Donc indirectement, ça te revient plus cher, mais finalement ta consultation te coûte le même prix.

P14 : Oui, oui, oui, globalement, c'est fait pour que ça te coûte pas plus cher !

P09 : Mais comme mon médecin est [pays retiré ici pour des raisons de confidentialité], si ça devait être, enfin, si je devais aller dans votre cabinet, je serais pas toujours amené à voir le même médecin puisque vous dites que c'est différents médecins pour la prise en charge, ce serait intéressant aussi que ces médecins aient accès aussi au même dossier, enfin, qu'il y ait comme un, une base commune si vous voulez.

MM : Oui, alors c'est déjà pensé comme ça dans le modèle normand, ou il y a en effet un logiciel commun qui regroupe les informations précédentes communes des anciennes consultations.
Et le dossier est entretenu puisqu'il y a toujours un médecin qui propose sa prise en charge.

P09 : Parce que ce serait compliqué d'avoir toujours à tout réexpliquer dès qu'on a un nouveau médecin ; j'imagine que c'est prévu, mais bon…

MM : Il y a toujours un peu ce côté-là, bien sûr, un peu comme si vous aviez un remplaçant lorsque vous allez voir votre médecin, mais en dehors de ça non.

P09 : D'accord.

MM : OK, donc, euhh, qu'est-ce qu'on disait, ah oui, donc les attentes, très bien, et toi, tu disais donc (s'adressant à P09) ?

P09 : Que ce serait mieux qu'il y a un dossier commun.

MM : Ah, oui, c'est ça, le dossier, pardon.

P12 : Oui, comme ça t'as pas toujours à tout réexpliquer.

P09 : Bah, c'est ça !

P07 : Et question.

MM : Oui ?

P07 : Comme c'est associatif, c'est au siège de l'association qu'arrivent tous les courriers, les machins et tout ça ?

MM : Oui, tout est envoyé là-bas sur le mail de la secrétaire.

P07 : D'accord.

P11 : Oui, et niveau informations, ça se passe comment ?

P10 : Et le RGPD ?

P11 : Oui, parce que moi, tout ce qui est internet, j'aime pas trop, et si c'est une association, comment elle fait pour protéger mes données personnelles ?

P14 : Ah, beh finalement, y'a pas que la souris que vous avez sous le frigo chez vous (*rires*).

P11 : Moi, ça me fait peur internet. (*rires*)

MM : Donc, pour répondre à votre, euh, à ta question, c'est un logiciel qui est en ligne comme la plupart des logiciels dans les cabinets médicaux classiques, et donc c'est le logiciel auquel tu es abonné en tant que médecin qui te promets les garanties de protection des données. Mais s'il se fait pirater, théoriquement, j'imagine qu'on pourrait accéder aux données.

P11 *ironiquement* : Ah super, ça me rassure.

P07 : Oui, mais comme toutes les données qui se sont fait pirater dans les hôpitaux récemment…

MM : Oui, c'est ça.

P14 : Oui, ou pôle emploi.

MM : Même si je pense que les médecins généralistes, niveau « cybersécurité », ça doit être encore moins protégé que les hôpitaux.

P07 : Oui, sauf que t'es pas responsable, c'est la plateforme

MM : Oui, c'est l'avantage.

P10 : Ah bon.

MM : Oui, mais tu les payes aussi, entre autres pour la protection des données.

P07 : C'est un prestataire de service.

P14 : Pour un truc, comme ça faut avoir un hébergeur professionnel, enfin adapté.

MM : Du coup y'en a plein qui fonctionnent encore sur un serveur local qu'il foutent dans une pièce fermée, cadenassé. Enfin théoriquement c'est ça.

Bon, alors, vos attentes envers le cabinet mobile, on a fait le tour, ou il y a d'autres attentes ?
(Silence)

Ensuite y'a les avantages et les inconvénients de ce genre de cabinet. Est-ce que vous voyez déjà des avantages à ce cabinet, à ce fonctionnement-là, par rapport à un cabinet classique ?
Y'en a-t-il un qui vous saute aux yeux ?

P13 : Bah il est pas à 15 kilomètres.

MM : Donc la distance.

P14 : Là, tu veux dire à tous les niveaux ? Patient comme médecin, en terme de vision ?

MM : Vous pouvez vous mettre dans la vision que vous voulez, je recherche principalement votre vision de patient, mais après, toutes les remarques sont intéressantes, donc.

P12 : Bah c'est plus près. C'est bien.

P08 : La disponibilité.

P10 : Oui, et puis comme tu disais, si tu as une gastro carabinée et que tu ne peux pas travailler, t'as pas de médecin traitant, bah go quoi.

MM : Oui, tu peux y aller, comme ça c'est réglé.

P10 : Oh, ouais.

MM : Oui, alors, ça c'est les avantages, donc est-ce qu'il y a plus d'avantages ?
Est-ce que vous voyez quelque chose en plus à ce cabinet, ou est-ce-que juste la distance, la disponibilité c'est déjà très bien ?

P13 : Bah ça mettrait de la vie au village quoi !

P14 : Ouais, la vie au village, sortir les patients de l'isolation, euh de l'isolement social.

P11 : Attention, ça pique la laine de verre ! (*rires*)

MM : Et encore, tant que c'est pas de la laine de roche ! (*rires*)

Donc, ça c'est les avantages, est-ce que vous voyez des inconvénients à ce genre de fonctionnement de cabinet ?

P12 : Oui.

P10 : Oui.

P14 : Toutes les charges.

MM : Les charges.

P14 : Les charges inhérentes à ce type de fonctionnement.

P07 : Bah au final, ça reste : déplacer un médecin en endroit un autre.

P14 : Oui, mais avec son matériel. C'est pas comme SOS-Médecins, qui vient juste avec sa bagnole et sa sacoche.

MM : Mais tu trouves que c'est cher comme dispositif pour le bénéfice apporté ?

P11 : Ah beh, ça fait quand même des gros bénéfices dans les endroits où y'a pas de médecin déjà. Dans les endroits où y a les médecins, ça sert beaucoup moins.

MM : Là il est pas censé être déployé de base, c'est censé être vraiment dans les endroits où on manque d'accès aux soins médicaux.

P10 : Alors c'est là que je suis pas d'accord parce que si ça vient combler tout ce qui est manque de lien social, de médecin traitant et cetera, enfin je veux dire ça va désencomb,… enfin sur le papier, c'est censé venir désencombrer les urgences.

P14 : Bah oui, complètement.

P10 : Normalement c'est censé venir réajuster justement un équilibre que là, on est en train de se perdre, et du coup…

MM : Donc c'est plus là, le bénéfice indirect ? Parce que là OK, on finance peut-être un truc qui n'est pas rentable, mais qui finalement vient soulager d'autres structures.

P10 : Franchement si ça marche.

P14 : Et puis ça ferait peut-être même gagner des sous à la sécu parce que les déserts médicaux c'est un problème depuis déjà 10, 20 ans. Enfin des années, donc je veux dire si tu arrives à t'attaquer à ce genre de problèmes, et que tout le monde arrive un petit peu à, enfin, après ça peut être mutualisé et cetera. Et puis ça va évoluer, hein c'est obligé d'évoluer.

P07 : Je pense que t'y perds moins d'argent qu'avec ce que tu donnes pour les installations.

MM : Intéressant, OK, intéressant. Mais oui…

P14 : Surtout niveau sécu, ça coûte plus cher une consultation au CHU, enfin un médecin de l'hôpital, plutôt qu'un médecin que tu ferais venir chez toi, enfin à ta porte.
Donc la rentabilité, elle va se trouver, à un moment donné, il y aura un point d'équilibre, voire un bénéfice qui va se créer.

P11 : Et en plus c'est pas des consultations à domicile donc c'est moins cher que quand c'est le médecin qui vient.

P07 : Par contre, c'est pas rentable pour le médecin. Ça c'est sûr.

P10 : Oui, c'est ça…
Pour le médecin c'est un inconvénient, mais pour le patient c'est un plus.

MM : Pour le patient c'est un plus.

P10 : Moi je trouve qu'en terme de patient, c'est un plus. Il est là, tu le prends, c'est un plus.
Après si t'as pas accès pour X-Y raison c'est juste la merde comme avant ; c'est pas un truc négatif, tu vois ce que je veux dire.
C'est du positif ou rien, donc autant que ce soit là.

Après, niveau inconvénient,…

P09 : Si, ça voudrait dire devoir former plus de médecin parce que vu le nombre de médecins qui est formé chaque année en France.

P07 : Et qui partent en Suisse ! (*quelques sourires*)

P09 : Ce que je veux dire, c'est que si on délocalise les médecins qui ont été formés là-dedans, on se retrouve avec moins de médecins pour les autres cabinets.
Parce que là, le risque, c'est juste de délocaliser le problème.

MM : Oui, mais après si on délocalise le problème des zones où il y a assez voir trop de médecins vers celle ou on en manque c'est déjà ça, non ?

P09 : Mais, il n'y en a pas beaucoup de zones surchargées ?

MM : Dans l'ensemble non, je suis d'accord, mais ça existe.

P09 : Ce que je veux dire c'est qu'il faudrait juste former plus de médecins.

MM : Ça en effet, mais c'est un autre problème.

P10 *ironiquement* : P09 présidente [nom retiré ici pour des raisons de confidentialité] (*rires*)

MM *amusé* : Je vote pour elle !
Donc, d'autres inconvénients ? Quelqu'un ? (*Silence*)

On passe à la question suivante ? (*approbation des participants*)

Donc, Est-ce que vous exprimez des doutes envers cette forme d'exercice ?

(*silence*)
C'est plus ici, dans des aspects de fonctionnement, est-ce qu'il y a des choses qui vous paraissent, pas tenables ?

P13 : Faut trouver les médecins qui veuillent (sic) le faire quoi.

P12 : Parce que au final, ça va peut-être pas régler les problèmes des déserts médicaux en soi.

P13 : Et puis, les médecins ils ont plus envie d'être en ville, hein !

MM : Donc trouver des médecins, et ça paraît compliqué de régler tous les problèmes juste avec ce dispositif, d'accord.

P14 : Pas tout régler, mais soulager.

MM : Soulager, OK.

P14 : C'est pas du tout noir ou du tout blanc.

MM : Non, en effet.

P11 : C'est du court terme.

MM : OK, pas d'autres doutes particulier.

P10 : Non, ou alors juste la prise en charge en globalité, ce que tu disais au début le lieu, le van, tout ça. Est-ce que ça permet que la prise en charge soit vraiment complète comme dans un cabinet ou alors, ça va être un peu…
Enfin tu t'adaptes, mais même si c'est bien, ça reste, pas…
Si y'a besoin d'une radio, si y'a besoin d'un truc, est-ce que,…
En tout cas, tant que je ne l'ai pas sous les yeux, moi j'ai des doutes.

MM : Tu veux tester, et approuver ? (*rire de P07*)
OK, très bien. OK.
Est-ce que vous voyez, oui, des choses dans le fonctionnement qui poseraient problème

P08 : La question du suivi ?

MM : Ça te parait moins optimal pour le suivi ?

P08 : Oui, comme il est pas là tous les jours, j'ai peur que ça devienne un peu comme SOS-médecins, il sont là que quand t'as besoin, et après, y'a plus personne. Et du coup si c'est ça, beh y'a plus de suivi.

MM : Donc pour toi ce serait plus pour des consultations d'urgence.

P10 : Et puis la place, le grand bureau.

P07 : Oui, là, y'a juste une table quoi.

P08 : Et puis, si il tombe en panne, et qu'il y a une quinzaine de rendez-vous dans la matinée, enfin, comment on fait ? Est-ce qu'on peut compter, sur euh…

MM : Ah, bah si le camion est en panne, c'est vrai que ça complique beaucoup les choses. C'est vrai que ça, on ne l'a pas pris en compte.

P14 : Et puis l'entretien, parce que ça c'est hyper important, c'est ton outil de travail.

P11 : Et le véhicule de remplacement ? Comment on fait pour le véhicule de remplacement ?

MM : OK.

P10 : Et puis quand le médecin est malade, tu fais comment quand le médecin est malade ?

MM : Ah, alors…

P12 *coupant la parole* : Bah ça, c'est plus comme dans un cabinet.

MM : Oui, comme dans un cabinet classique, en gros s'il a déjà prévu qu'il ne serait pas là, alors il a prévu un remplaçant. Mais dans un délai plus court ça peut poser problème, en effet.

P08 : Moi, ma mère, elle m'a fait croire que les médecins généralistes, ils prenaient jamais de congés.

MM *ironiquement* : Oui, c'est parce qu'on a une petite potion de longévité, mais celle-là, on la partage pas ! (*rires*)

OK, ça me parait bien, sauf si quelqu'un veut rajouter d'autres aspects négatifs ?

P10 : Non, c'est vrai qu'après la panne du camion…

MM : Oui, ça c'est un gros point noir.

P14 : Ah, c'est un gros point noir, oui !

P07 : La révision de ton camion, tu perds, quoi, au moins une demi-journée de consult, une journée de consult ?

P10 : Non, mais il te faudrait en fait, quoi qu'il arrive, il te faut deux camions ! Bah oui !
Pour la panne, pour la révision, il faut deux camions.

P14 : Ou alors, sur ces moments hyper ponctuels, tu changes ta manière de fonctionner, tu prends une voiture, et ta mallette, et là tu pars en visite.
Pas forcément à domicile, mais t'utilises la salle des fêtes, ou tu te poses au milieu de l'église. Enfin mieux, la salle des fêtes, la mairie, une salle dédiée, adaptée au dernier moment, mais anticipé, si tu sais que c'est ta révision, tu peux anticiper.

MM : Parfait, merci, et bien, sauf si quelqu'un veut ajouter quelque chose, ça me parait bien ?

P10 : C'est bon ?

MM : Bah je pense, oui.
(*applaudissements*)
Bah félicitations, et merci à tous pour votre participation, pour votre temps.

Les participants sont ensuite rapidement rentrés chez eux car il faisait tard, j'ai laissé tourner l'enregistreur, mais aucune autre donnés intéressante pour l'étude n'a émergé.

Annexe 8 : Verbatim anonymisé du deuxième entretien collectif (focus group 2)

FOCUS GROUP 3 :

Codes :
Modérateur : MM
Participants/patients : P15, P16, P17, P18.

Tous les participants présents se sont initialement présentés sur le modèle :
« Mon code d'identification est le ….., et je consens à participer ce jour à l'étude dirigée par le Dr Eloi Piketty ».

MM : Donc bonjour à tous, bienvenue pour ce groupe de discussion pour lequel je vous ai invité, merci d'être venu et donc je vais commencer directement. Dans un premier temps on va faire une phase où on va parler de vos difficultés au quotidien pour accéder à des consultations chez le médecin, des choses comme ça. Ça parle surtout de médecine générale.
Et après, une fois qu'on a fait ça, je vais vous poser des questions plutôt sur ce qui est le but principal de l'étude : savoir ce que vous pensez du cabinet médical itinérant, qui est une forme de cabinet mobile, qui bouge de village en village pour aller y apporter des consultations de médecine générale.
Et, on va discuter des différentes questions que ça soulève en gros.
OK ?

P17 : OK.

P16 : C'est parti.

MM : OK, super, donc, on peut commencer par un tour de table si vous voulez, ou alors celui qui veut parler peut commencer.
Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière fois que vous avez eu du mal à consulter auprès d'un médecin généraliste ? Des difficultés à avoir un rendez-vous en tout cas, comment est-ce que ça s'est passé ?
Si y'en a pas, y'en a pas hein !
Ah oui, je propose aussi qu'on se tutoie pour que l'échange soit plus, disons, amical.

P17 : Rien que pour aller faire mon certificat médical

MM : Pour aller faire ton certificat médical, d'accord.

P17 : Voilà.
Je pense qu'ils ont des groupements de personnes qui arrivent tous les ans. Donc après ça commence parfois à être compliqué, après bon voilà hein !

MM : Donc beaucoup de monde ?

P17 : Beaucoup de monde au même moment je pense.
Donc ça engorge un petit peu quoi, surtout que c'est juste une validation pour faire un sport X ou Y.

MM : OK, donc toi, tu avais du mal à prendre ton rendez- vous ?

P17 : Oh, j'ai attendu, une semaine et demie. Après moi, elles sont un peu débordées, et la patientèle un peu conséquente. Donc je pense que c'est un peu délicat. Et elles prennent en urgence surtout. Donc certificats médicaux pour le sport, bon bah on va attendre, hein !

MM : Oui, comme ça presse pas la minute, ça peut être reporté un petit peu.

P17 : Ouais, c'est ça.

MM : Ça ne t'as pas mis en difficultés ?

P17 : Non !

P16 : Moi je vois une vraie différence aussi entre autrefois quand j'étais encore à [nom du village retiré pour des raisons de confidentialité] chez le médecin, le matin j'appelais et j'avais mon rendez-vous. Et aujourd'hui comme tu dis, bah, une semaine et demie ou quelque chose comme ça.

P17 : Après à l'époque ils faisaient pas aussi du 6 heures - 23 heures ? (*moue dubitative de P16*) Non, mais je sais pas, hein, j'exagère, mais…

MM : Il y en avaient qui travaillaient plus longtemps en tout cas, si c'est ça la question.

P17 : Après, j'ai pas à me plaindre de mes médecins, elles finissent à 20h.
Elles sont deux en plus maintenant, donc moi c'est pareil, j'vais à [nom du village retiré pour des raisons de confidentialité], et heureusement qu'elles sont deux, parce que je pense qu'elles sont débordées, elles ont été bloquées en cli… euh, en patientèle.
Euuuhhh, je crois qu'en trois-quatre jours, elles ne pouvaient plus prendre personne. Allez, on va dire en une semaine.

MM : Tu veux dire, quand elles ont ouvert le cabinet ?

P17 : Ouais, alors, moi j'y vais une fois l'année, donc, euhh.

P15 : Alors, moi, j'ai de la chance d'avoir un médecin qui continue bien qu'il devrait être à la retraite. Et quand j'appelle, dans la journée, j'ai un rendez-vous. En général hein, ou le lendemain hein, quand c'est pas urgent, bon, je lui dis et…

MM : Oui, comme ça il s'arrange et il peut te voir un peu plus tard.

P15 : Voilà. Il habite [nom du village retiré pour des raisons de confidentialité], et donc, c'est bien.

MM : D'accord.

P15 Parce qu'avant, j'allais chez un médecin sur Niort. Quand il a arrêté, quelqu'un m'a dit qu'il y avait un médecin qui s'installait à [nom du village retiré pour des raisons de confidentialité].

MM : D'accord.
P15 : Donc je l'ai contacté tout de suite, et il accepté de me prendre.
MM : D'accord, c'est depuis quand, qu'il est installé lui ? Tu sais ?
P15 : Oh, ça fait déjà quelques années.
MM : OK d'accord. Moi je ne savais pas qu'il y avait quelqu'un là.
P15 : Docteur [nom du médecin retiré ici pour des raisons de confidentialité].
MM : D'accord OK.
P15 : Donc c'est bien, mais il est tout seul.
MM : Et donc pour l'instant il n'est pas sursollicité. Il arrive à te recevoir quand tu as besoin.
P15 : Bah écoute apparemment non.
Bon, j'ai la chance aussi de ne pas avoir de problème grave, moi il me voit pas beaucoup en fait, hein.

MM : Toi, c'est rare que tu aies besoin.

P15 : C'est rare, oui. C'est une chance.
Je sais que j'ai une amie sur Niort par exemple, elle a eu un mal fou à retrouver un médecin une fois que son médecin avait pris sa retraite, tu vois. Ces derniers temps, trouver un médecin référent, euh…

P17 : Mais là c'est pareil,…

P15 : C'est très difficile, ils ne prennent plus de patients.

P17 : Bah non, ils sont surbookés.
Pour ma femme, c'est passé, parce qu'elle avait des gros soucis de santé, et comme c'était mon médecin traitant, et qu'elle sait que je viens qu'une fois l'année, enfin, très rarement, elle m'a dit qu'il y avait pas de problème. Sinon potentiellement c'était pas possible.

P16 : D'ailleurs…

MM : Donc c'était parce que tu étais déjà patient du cabinet…

P17 : Que ça a pu passer quoi.

MM : OK.

P16 : Moi, j'ai eu mon médecin généraliste juste – parce que l'autre était donc partie en retraite – et, le nouveau, je l'avais eu parce que je connais un médecin qui m'a plus ou moins pistonné.

P17 : Ouais, bah t'es obligé maintenant.

MM : OK, je passe à la deuxième question, sauf si vouliez rajouter quelque chose ? Non ?
Donc ma deuxième question, c'est : qu'est-ce que vous faites actuellement si vous ressentez le besoin de consulter, mais qu'il n'y a aucun médecin généraliste à proximité qui peut vous recevoir ? Alors ça peut être hypothétique si c'est quelque chose qui ne vous arrive pas ?
(*se tournant vers P15*) puisque toi, tu disais que tu pouvais voir assez facilement ton médecin par exemple. Mais hypothétiquement, si tu veux voir ton médecin, et qu'il peut pas te recevoir, et qu'il n'y a personne d'autre dans les parages pour te recevoir, qu'est-ce qu'on fait ?

P15 : Ah oui…

P17 : Moi je vais aux urgences.

MM : Urgences.

P17 : Mais que si c'est grave, c'est pas pour une petite coupure ou un rhume, ou voilà, mais si c'est pas grand-chose,…

P15 : Si c'est une urgence, c'est ça, on appelle le 15 ou…

P17 : Ah oui, maintenant il faut appeler en plus oui.

P16 : Ou, de l'automédication aussi, essayer par moi-même de traiter la chose.

MM : Oui, automédication, oui.

P15 : Oui, bah oui, oui, aussi.

P17 : Moi dans l'idée si j'ai besoin de voir, c'est que j'ai besoin de voir.

P15 : Ou, pharmacienne.

MM : Oui pharmacienne oui.`

P16 : Oui, oui c'est vrai.

P15 : Pharmacienne, quelques fois, enfin, ça dépend des problèmes.

MM : Mais, en tous cas, ça permet de voir déjà si selon eux il faut voir le médecin, c'est ça ?

P15 : Oui.

MM : OK.

P17 : Et puis, t'as quand même un bon avis.

MM : Ah beh, ils sont formés hein.

P17 : Pharmacie, bah, ils sont docteurs aussi ?

MM : Oui oui, bien sûr !

P16 : Moi je me rappelle une petite anecdote il y a quelques années, j'ai trouvé un truc que ma coiffeuse m'avait conseillé pour mes cheveux. J'ai pris ce truc et j'étais bloquée ensuite niveau digestion, mais bloquée bloquée ! Ça marchait plus, ni vers le haut, ni vers le bas, plus rien se passait, et là je suis allée à la pharmacie en effet, et j'ai demandé à la pharmacien, euh, pharmacienne « qu'est-ce que je fais » et elle m'a dit « arrêtez tout de suite votre traitement ».

MM : Bah, oui, oui !
De toute façon, c'est la première chose à faire !

P16 : OK.

P17 : Sur le plan médical ?

P16 : Oui.

MM : OK, intéressant.
D'autres options que vous voyez, vers lesquelles on pourrait se tourner, ou c'est déjà pas mal ?

P15 : Bah, on pourrait essayer dans d'autres cabinets, mais c'est vrai qu'en général, ils prennent pas d'autres patients.

MM : Pas facilement en tout cas.
Ils peuvent dépanner à l'occasion, mais…

P15 : Sinon, si c'est vraiment une urgence…

P16 : Je peux appeler mon fils aussi, qui est en train de devenir médecin.

MM : Ah d'accord. Bah c'est pratique ouais, ça.

P17 : Après, je sais qu'il y a deux, trois fois ou ma toubib était pas contente que je sois pas venu, parce que c'est une plateforme téléphonique les rendez-vous. Donc c'était « ah non, monsieur, ce sera tel jour ».
Donc moi, elle était pas contente, et elle m'a dit « on a des rendez-vous d'urgence tous les jours, donc vous venez, point ! ».

MM : OK, d'accord.

P17 : Donc c'est aussi pour ça que à chaque fois, moi, quand j'y vais, je sais que je vais attendre quasiment une heure.

MM : Donc ça sous-entend, même si tu n'arrives pas avoir un rendez-vous au téléphone, elle te dit de venir c'est ça ?

P17 : Ouais, « vous sonnez », parce que nous en fait, soit on va au rendez-vous, on ouvre la porte, soit il y a une sonnette, et la sonnette veut dire « j'ai besoin ».

P15 : Il y a une urgence.

P17 : Y'a une urgence, c'est ça ! Et ça m'est arrivé, une fois je crois, et elle m'a pris

MM : Bah, surtout si t'as pas tendance à y aller facilement, enfin, je pense que c'est peut-être pour ça qu'elle t'a dit ça.
Elle le dirait peut-être pas à tout le monde ça.

P17 : Elle, ce qui l'a perturbé justement sur les rendez-vous, c'était « j'suis désolé, mais on a souvent des doublons », des gens qui viennent, il prenne un rendez-vous, et en fait ils viennent avec le gamin.

MM : OK, de toute façon tu t'adaptes.

P17 : Tu t'adaptes, mais, après ils ont affiché justement dans la salle d'attente, ils ont mis un numéro « en cas d'urgence on a des créneaux horaires prévus, donc vous appelez tel numéro, et vous prévenez que vous venez.

P16 : Mais, franchement, quand il y a des urgences, il n'y a pas beaucoup de solutions…

P17 : Bah, les urgences. Mais t'attends. A Niort, nous, c'est minimum cinq heures.

MM : Oui, sauf si vraiment, tu as de la chance, et que c'est une journée où il y a pas grand monde.

P15 : C'est rare.

P16 : C'est rare, oui.
Je me rappelle, il y a des années, quand mon fils a eu douze ans, un Lundi de pentecôte, il s'était entaillé la main, on s'est pointés à l'hôpital, et je pense que, parce que c'était un enfant de douze ans, ça allait un peu plus rapidement que pour un adulte.

MM : L'avantage, c'est qu'il y a des urgences pédiatriques à Niort, spécifiques aux enfants.

P15 : Ils prennent beaucoup plus vite en général.

MM : Ils prennent beaucoup plus vite, parce qu'ils ont le même nombre de médecins, presque, qu'aux urgences normales, sauf que les enfants, il y en a moins souvent qui arrive en grande quantité, donc ils peuvent recevoir un peu plus rapidement.

P17 : Après en cas de besoin, j'ai plus tendance à aller, y'a une clinique à Niort, y'a Inkerman, et on va attendre, allez, 35-40 minutes.
Alors que l'hôpital, beh, y'a beaucoup plus de monde. Et moi j'ai été surpris, je suis allé à la clinique pour éliminer une fracture, et en fin de compte, une radiographie, c'est sept euros, incroyable, incroyable. Moi, j'ai reçu des factures ou y avait eu des radios, des points, y'a eu une perfusion la dernière fois, parce que ça allait pas.
J'en ai eu pour six euros.

MM : Oui, le reste à payer.

P15 : Le reste devait être pris en charge par la sécu.

MM : Oui, voilà, c'est ça.

P17 : C'est ça, et, j'ai été étonné de me dire, « je pensais d'en avoir pour 120 balles ».

MM : Tu as bien fait de pas attendre quatre heures quoi !

P17 : Voilà, et je sais qu'ils prenaient pas les enfants, par contre, parce qu'ils ont pas… (*silence laissé*)

MM : Ils ont pas de pédiatre, non.

P17 : C'est ça, donc nous on est allé deux, trois fois avec le petit, quand il était petit : « ah non, on vous prend pas ».

MM : « C'est à côté ».

P17 : Ouais, vous allez aux urgences classiques.

P16 : Bah en tout cas, j'ai vaguement mémoire, par rapport à ce que j'ai dit, soit à l'accident s'était passé à 11heures, soit on est arrivé à l'hôpital à 11heures, mais à 15 heures, il était déjà dans la salle opératoire.

MM : Ah oui, c'est rapide, oui.
OK.

P15 : Mais ça dépend du problème.

MM : Ah oui, ça dépend du problème.

P16 : Mais je suis sûre qu'un adulte, ce serait pas ça.

MM : Non mais c'est vrai que les mains, ça pardonne pas.
OK, euh, qu'est-ce que je voulais vous dire après (*regardant sa feuille de guide d'entretien*).
Qu'est-ce que vous faites quand vous avez besoin de consulter, mais qu'on est en dehors des horaires de consultation classique de votre médecin ?

P16 : Attendre (*quelques rires*).

MM : Par exemple si c'est le samedi ?

P16 : Bah, on attend lundi.

P15 : Oui, si y'a pas d'urgence, c'est sûr, moi j'attends, et puis, tu connais, donc tu prends ton rendez-vous en fonction des jours où il est pas disponible.

MM : Oui, tu sais quand il est pas là, et donc tu t'arranges pour…

P15 : Voilà, c'est ça.

MM : OK.

P16 : J'ai une autre stratégie, au-delà d'attendre, c'est encore une fois d'essayer de s'automédiquer. Souvent après un doliprane, je vais mieux, et le choses sont disparues (sic).

P17 : Beh moi, si ça va pas je vais pas commencer à jouer avec les médicaments, si t'es tout blanc, c'est qu'il y a un problème.

MM : Donc, toi, si ton médecin ne peut pas te recevoir ?

P17 : Bah je vais à Inkerman, hein, ou aux urgences.

MM : Pareil, bah s'il faut, il faut de toute façon, hein.

P17 : En m'excusant hein « désolé », et voilà, c'est qu'il y a besoin.

P15 : Rares sont les médecins qui se déplacent à domicile.

MM : C'est vrai.

P15 : Pour les enfants, peut-être.

MM : Ou pour les personnes âgées.

P17 : Moi, j'ai des collègues, y'en a un, son médecin il fonctionne que comme ça.

P15 *s'adressant au modérateur* : Ou pour les gens, parfois, qui n'ont personne pour les déplacer.

P16 *s'dressant à P17* : Ils vient à la maison ?

P17 : Oui, ça s'appelle SOS-médecins. Par contre, attention, c'est 60, euh 65 euros j'crois.

MM : Quoi, pour SOS-médecins ?

P17 : Ouais, j'ai un ami, enfin sa copine surtout, qui passe par SOS-médecins.
Mais elle, ah, comment ça s'appelle quand t'as les aides de l'état ?

MM : CMU ou C2S ?

P17 : Oui, CMU, voilà, c'est ça, et donc elle, elle n'a jamais fait gaffe, elle appelle, il vient et puis voilà. Oui, bah lui il a voulu faire la même chose « ah mais moi je paye » et je crois que c'était 60 ou 65 balles hein.

MM : Ah, c'est pas la même histoire c'est sûr.

P17 : Bah en même temps tu fais venir le médecin…

P15 : SOS-médecins, c'est ça ?

P17 : Ah oui, le copain, il était pas content que sa copine ait appelé le médecin, il a dit, « mais moi je paye, hein », donc euh bon.
Mais après ça peut dépanner aussi, si t'as mal mal.

P16 : Ouais, moi je me souviens, j'ai fait une fois le trajet pour l'Allemagne, et pendant le trajet, je me suis rendu compte, « oh non j'ai une infection urinaire » ; pendant le trajet ; et là, j'étais mal, et j'ai eu de plus en plus mal, et quand j'arrive enfin, j'étais pas bien du tout, et là, il fallait que je trouve un médecin d'urgence, dans un pays où j'ai pas de sécurité, ou je sais pas quoi, et donc du coup j'essaye de voir le médecin généraliste, mais le médecin généraliste était pas dispo pour me prendre, mais il m'a conseillé d'aller chez l'urologue.

P17 : Ah, directement ?

P16 : Ouais. Et donc pour la première fois j'étais chez le spécialiste, parce que le généraliste, c'était pas possible.

P17 : Après, tant mieux, parce que nous, pour aller voir le spécialiste, il faut déjà être passé chez le généraliste.

MM : Oui.

P17 : Et c'est parfois…

P16 : Oui, c'est vrai, c'est pas pratique.

P17 : Et puis, tu payes deux fois, hein.

P17 : Moi, par exemple, pour une fibro, six mois.

MM : C'est ça, c'est des délais…

P17 : Six mois, donc ma toubib m'a dit, « appelez à la rochelle » ce que six mois c'est long quand même. Et à la Rochelle, qui est un gros pôle, c'est trois mois, par contre, dans trois mois, vous voyez le gastro-entérologue, et c'est lui qui verra si on fait une fibroscopie.

MM : Oui, donc c'est pas la fibroscopie dans trois mois quoi.

P17 : Bah oui, et le médecin, il est pas con, le médecin.
Donc là, j'ai gardé les deux rendez-vous.

P15 : Et c'est comme ça que les personnes se présentent pas aux rendez-vous, parce que, ils ne signalent pas qu'ils en ont un autre ailleurs.

P17 : Ouais, ils prennent cinq rendez-vous, ils prennent le premier, et le reste « je m'en fout ».

P15 : C'est ça le problème.

P16 : Moi, il m'est arrivé une fois, j'étais en vacances de ski dans les Alpes, et je sais pas pourquoi, je prends mon agenda et je me rends compte « Ah, t'as un rendez-vous chez la gynéco ». Donc j'ai appelé chez elle en tout cas pour annuler pour m'excuser que je serai pas là. Mais j'y pensais pas.

MM : OK, donc en tout cas, intéressant ce que vous me racontez, parce que pour les spécialistes, ça pourrait aussi être une solution, si on n'arrive pas à consulter le médecin généraliste, aller voir directement le spécialiste, si on pense qu'on a un problème à tel endroit, ou… Enfin bon, en tout cas c'est intéressant.
Et ensuite je voulais vous demander, avez-vous déjà complètement renoncé à aller voir un médecin généraliste, faute de pouvoir avoir un rendez-vous avec lui rapidement ?

P16 : Oui.

MM : Donc le fait qu'il vous dise par exemple : « oui je peux vous recevoir mais c'est dans trois semaines » et finalement dans ce délai vous n'êtes pas…

P17 *coupant la parole* : C'est pour ça que je n'y vais qu'une fois par an pour le certificat médical.

P15 : Je ne me souviens pas d'avoir eu ce problème-là.

MM : Toi tu n'as jamais eu ce souci-là ?

P15 : Non. Et puis quand les enfants étaient petits, c'était beaucoup plus facile de voir les médecins, on les avait rapidement hein !

P17 : Alors que moi, c'est systématiquement assez long. Pourtant elles sont super, adorables.
Mais c'est pas parce que je tousse, ou une connerie que je vais aller les emmerder.

P15 : A l'époque, y'a 40 ans, c'était pas comme ça.

MM *s'adressant à P17* : Donc tu veux pas en rajouter une couche quoi ?

P17 : Non, pour ça aussi, quand j'appelle, elle sait que…

MM : Elle sait que tu n'abuses pas.
Mais c'est vrai qu'après, avec le temps, le médecin est censé savoir à peu près comment fonctionnent ses patients.

P17 : Après c'est pareil, les gens ils abusent aussi.

P16 : Alors, moi, parenthèse, c'est grosso modo, une expérience, toujours une infection urinaire malheureusement. J'essaye de joindre mon médecin généraliste, pas de réponse, personne ne décrochait. Ma gynéco qui était en fin de carrière, donc difficile d'avoir un rendez-vous. Je n'ai pu joindre ni l'un, ni l'autre, et moi, j'avais juste besoin d'une ordonnance pour aller à la pharmacie.

P17 : Je crois qu'elle font, à [nom de la commune retiré pour des raisons de confidentialité], gynéco.

P16 : Maintenant peut-être, mais il y a quelques années…
Mais mon médecin maintenant, je crois qu'il en fait aussi.
Mais, bref, c'est quand même un souci, quand tu ne peux pas joindre, que tu appelles avec ton téléphone, mais que personne ne décroche, ni chez l'un, ni chez l'autre, t'es dans la merde.

P17 : Oui, mais maintenant, depuis le covid là, euh, enfin depuis, c'est mia non ? ils ont fait un pôle internet.

MM : Ah, alors, maiia, c'est pas dans tous les cabinets, mais oui, il y a des cabinets qui fonctionnent comme ça.
P17 : Mais t'as déjà les « pseudos-plannings » du toubib.
P15 : Ah oui, d'accord.
P17 : Alors t'as pas les noms des patients mais t'as, les créneaux horaires, tout ça, ça c'est pas mal.
P15 : Tel horaire, tu peux avoir tel médecin.
P17 : T'as la semaine, et tu peux voir que, bon, beh, là, je sais qu'elle a un trou.
MM : « Il y a de la place mercredi, je vais essayer de voir si je peux ».
P17 : Non, mais tu peux t'inscrire par internet, c'est pas trop mal.

P16 : Moi, j'étais à la conférence, je sais pas comment le dire, mais de Delphine Batho l'autre jour, là, où ça parlait des déserts médicaux, j'ai appris que pour des choses maintenant comme une infection urinaire, tu peux aller directement à la pharmacie. Je pense que tu fais un peu pipi et après ils analysent après, c'est ça ?

MM : Oui, c'est ça, tu fais une bandelette urinaire, ça s'appelle, donc c'est comme les papiers pH pour les piscines comme ça tu peux voir si il y a des signes qui font penser à une infection et si la bandelette elle est positive et ben il te prescrivent un antibiotique un peu standard qui fonctionne, on va dire, dans 90 % des cas pour les petites infections urinaires quoi. Le seul problème c'est que parfois si c'est une grosse infection qui commence à s'attaquer aux reins, parfois on peut passer à côté, donc… c'est toujours un peu délicat mais, parce que forcément ils sont moins formé là-dessus les pharmaciens pour repérer les signes, tout ça.

P17 : Après je me souviens, moi quand j'étais jeune, il y avait une secrétaire. Alors, forcément, ça a un coût pour les médecins, mais, elle, elle triait.

MM : Elle, elle triait oui.

P17 : C'est elle qui triait, elle qui prenait les rendez-vous, elle qui organisait, et quand tu débarquais en urgence, et qu'elle voyait que c'était une vraie urgence, elle allait toquer, et elle disait « euh docteur, là j'ai un truc un peu chaud ».

P16 : Ouais.

P17 : Et je pense que ça triait beaucoup.

P16 : Je suis d'accord avec toi, mais je pense que en même temps, je vois l'inconvénient du manque de discrétion parce que parfois je suis dans l'entrée et j'entends une conversation de quelqu'un que je connais avec la secrétaire et je sais grosso modo ce que mon voisin a comme maladie.

P17 : Bah c'est un peu ça, c'est des murs en carton, moi j'y suis allé la semaine dernière, c'était une petite mamie, j'étais mort de rire, écroulé !
Et puis elle prenait le temps avant de rentrer « ah la selle », rho, moi, j'étais dans la salle d'attente, « mais je veux pas savoir, mamie ».

P15 : Ah oui, c'est délicat.

P17 : C'est délicat (*rires*).

MM : Bah oui, c'est compliqué.

P16 : Non, mais c'est que je trouve que ça manque de discrétion.

MM : De confidentialité oui. Mais après, c'est vrai que c'est jamais parfait. On essaye de faire au mieux.

P16 : Beh, il faut peut-être deux secrétaires, celle qui fait l'accueil et celle qui fait la discussion avec les patients.

P17 : après ça dépend vraiment sur qui tu tombes, parce que tu vas à carrefour (*imitant une voix fluette*) « c'est quoi le prix des préservatifs ». (*rires*)
Non, mais tu vois, ça dépend vraiment sur qui tu tombes.

MM : Tu peux le dire discrètement aussi potentiellement.
OK, on passe à la suivante ?
Est-ce que vous avez-vous avez déjà eu recours à des thérapies non conventionnelles faute de pouvoir voir le médecin généraliste ?

P15 : Ah oui.

MM : Alors, thérapies non-conventionnelles, c'est kinésiologue, rebouteux

P17 *pince sans rire* : Alcool.

MM *sur le ton de l'humour* : Alors on parle bien des thérapeutes, non conventionnels, pas des thérapies non conventionnelles.

P15 : Alors, oui, ma fille était tombée, Elle avait cinq ans, donc ça date hein.
Donc au mariage de mes frères, elle pouvait pas bouger le bras, elle avait mal, elle avait mal !
Donc le lendemain matin on l'emmène chez un toubib à Villeneuve-la-Comtesse qui lui a fait bouger le bras dans tout les sens ; « non, non, elle a rien, elle a rien ».
Alors, mon mari, à l'époque, qui jouait au foot, il connaissait une rebouteuse vers Melle, alors le dimanche matin, on est allés la voir.

MM : D'accord.

P15 : J'te jure, elle a fait ça (*passant délicatement son pouce sur sa clavicule*), et elle nous dit : « je peux rien pour elle, elle a la clavicule cassée ».
Bon, et on avait quand même vu un médecin avant !

MM : Qui n'avait rien repéré ?

P15 : le lendemain, on va voir le docteur de la société de mon mari à l'époque.
Il commence lui aussi à lui faire bouger le bras, bon, il dit : « je sais pas, je vois pas, mais par mesure de précaution on va lui faire passer une radio ».
Et à la radio, Elle avait effectivement une clavicule cassée.

P17 : Après, cette dame, elle avait de l'expérience. Moi, je suis hyper réticent là-dessus, mais vraiment. Après, je crois aussi à l'effet placebo.

MM : Oui, bien sûr.

P17 : Tu te persuades que ça va le faire, et ça va le faire. Moi c'est pareil, le père il allait voir le coupe-feu, pour les verrues, un truc.
Moi, ça me passe au-dessus, mais, oh lala, mais pas du tout hein.

P15 : Mais, y'en a beaucoup qui, pour, euh, qui sont efficaces, hein, pour des brûlures, des choses comme ça. Bon moi j'ai eu recours à l'acuponcture.

P17 : Bah moi je suis allé voir l'ostéo, il m'a démonté, ça m'a rien fait, et ça m'a coûté 60 balles.

P15 : Et beh moi je suis allé voir l'ostéo et ça avait bien marché !

P17 : Je me demandais combien j'allais pouvoir être remboursé, j'ai demandé à ma mutuelle, et comme j'étais à mon compte, elle m'a dit « et bien rien du tout monsieur, vous pouvez aller vous brosser, ça fera 60 balles ».

MM *se retournant vers P15* : Et donc, toi, l'acuponcture, ça avait bien marché ?

P15 : Oui.

MM : Et, euh, oui, d'accord, très bien.
Donc plusieurs bonnes expériences de ton côté.

P15 : Oui, j'ai fait aussi pour les ligaments de l'épaule, de la mésothérapie, ça avait très très bien marché. C'était quelqu'un qui s'occupait de l'équipe de rugby de la Rochelle, elle époque quelqu'un d'ailleurs qui est décédé très peu de temps après. Il faisait de l'acuponcture chinoise, et vraiment, j'ai plus jamais eu mal depuis, au niveau de mon épaule.
Bon, j'avais soulevé une étagère trop lourde, j'avais forcé. J'avais Plus les filaments, pas cassé, enfin, les tendons un peu abimés. Et après j'ai fait plusieurs séances d'acupuncture et des séances de mésothérapie, terminé, j'ai plus jamais eu mal depuis.

P16 : Moi, ma première découverte, c'était.

P15 *coupant la parole car n'avait vraisemblablement pas entendu P16* : Alors, moi, les expériences que j'ai eu, c'était toujours positif.

MM : Et tu coup, tu disais P16 ? [nom retiré ici pour des raisons de confidentialité]

P16 : Alors moi, j'ai fait un saut en parachute, et je me suis mal réceptionné, suite à quoi j'ai eu tout un parcours guidé par mon mari, avec un, comment il appelait ça ? Un toubib ?

MM : Un toubib, un médecin.

P16 : Moi qui suis pas de langue française, c'est un mot que j'ai jamais entendu, et je lui ai demandé « c'est quoi un toubib ? ». Il n'a pas su m'expliquer.

P17 : Bah, pour moi c'est le médecin.

MM : Oui, c'est ça, c'est un médecin.

P16 : J'en sais rien, mais je pense que c'est plutôt un rebouteux que j'ai vu. Je suis ensuite allée à l'hôpital. J'ai signé à l'hôpital un papier comme quoi que je refuse le plâtre, parce que à l'époque je faisais de la compétition et j'avais une compèt' quelques jours après, et je voulais pas de plâtre. Et, je suis retournée dans mon pays, en restant deux jours de plus ici. Ma belle-mère avait sa jambe en plâtre aussi, donc toutes les deux, on était bien, là !
Donc bref, je suis retourné en [nom du pays retiré ici pour des raisons de confidentialité]
On m'a amené directement à la gare en voiture pour le retour, pour que je n'ai pas traverser le métro avec mes valises.
Et donc, j'arrive le matin à 10 heures, ma sœur, me récupère, elle m'amène directement chez l'orthopédiste, il fait deux trois trucs avec des angles de la cheville, et il me dit « bah votre ligaments il est déchiré ». Le truc que en France, à l'hôpital, le toubib, personne n'a pu me dire ce que j'avais, et là…

MM *coupant la parole* : Mais ils voulaient quand même te mettre un plâtre.

P16 : Oui, c'est vrai. Mais, là, (*tournant sa cheville de sa main*), il a mesuré l'angle, et il a pu me dire que le ligament est déchiré quoi. Personne n'a pu le dire en France.

P17 : Mais c'est toi qui as refusé le plâtre.

P15 : Beh oui.

P16 : Oui, non, mais en France, on m'a même pas dit ce que j'ai.

P17 : Après je pense que en France, alors, tu sais, (s'adressant au modérateur) peut-être mieux que moi, mais les chirurgien – je vais pas dire qu'ils sont hautains – mais je pense qu'ils estiment qu'ils ont pas à expliquer.

MM : Oui, c'est rare, mais ça peut arriver.
« Je vous dis ce qu'il faut faire, mais si vous ne voulez pas le faire, c'est tant pis pour vous ».

P17 : Ou même sur une opération « alors, docteur ? » ; « ça s'est bien passé ».

MM : « Vous lirez les comptes-rendus ».

P17 *sur le ton de l'humour* : Ok, je sais que je suis con, mais quand même.

P16 : Mais je trouve, un médecin doit expliquer à son patient ce qu'il fait, et pourquoi il le fait, et cetera.
Mais je découvre ici, non, c'est au médecin d'expliquer, je suis désolée.

P15 : Oui, je suis d'accord, mais il faut aussi savoir poser des questions en tant que patient.

MM : Oui, c'est sur. Même si serait mieux que le médecin donne directement des infos.
Alors, je me permets qu'on revienne un peu à nos moutons.
Donc, on va passer à la deuxième partie. Donc c'est des questions qui sont en lien avec le cabinet médical itinérant. Du coup je cherche aujourd'hui à recenser ce que vous pensez d'une solution qui est proposé depuis peu pour faciliter l'accès aux consultations dans les zones sous dotées en médecins généralistes. Il s'agit d'un cabinet médical mobile, dans un véhicule, qui passerait là où on manque de médecins généralistes, de village en village, pour y assurer une permanence de soins.

Le rythme, euh, le type de véhicule, tout ça, c'est des bases pour lesquelles j'ai des réponses, parce que je m'inspire d'un cabinet comme ça qui existe depuis 2019 en Normandie. Mais, moi, j'aimerais savoir, ce que vous, vous pensez de ce fonctionnement-là.
Donc, ma première question là-dessus, et si vous vous avez des questions, n'hésitez pas à me les poser en cours de route, j'essaierai d'y répondre directement ou un peu plus tard pour vous laisser le temps de décrire la façon dont vous voyez les choses.
En gros il faut pas hésiter à me poser des questions.
Mais en attendant, comme est-ce que vous, vous verriez le fonctionnement d'un cabinet itinérant ? (*silence*)
C'est très large comme question, mais c'est typiquement, quel genre de véhicule, quel endroit pour le garer, quel rythme pour les tournées. Alors, on va s'y atteler petit à petit. Est-ce que vous voulez y aller spontanément, ou est-ce qu'on part plus sur…

P15 *coupant la parole* : Bah est-ce que par exemple le véhicule stationnerait une matinée par semaine, tel jour à [commune retirée pour des raisons de confidentialité]. Par exemple. Ça pourrait être ça ?

MM : Ça pourrait être ce genre de fonctionnement. Alors là on parle plus de la fréquence de passage. Ça vous paraît très être quoi vous le rythme optimale ; alors il faut le voir vraiment comme un cabinet de médecine générale.
Donc, en gros, une matinée par semaine ?

P15 : Ou une journée peut-être ? Suivant la grosseur du bourg.

MM : Oui exactement, ça, si y'a besoin, ça peut être une technique.

P16 : Je peux aussi m'imaginer - un peu comme un vétérinaire que j'ai vu dans une série anglaise, il y a quelques temps – qu'il vienne chez toi en fait, à la ferme.

MM : Il va se garer chez toi, il fait sa consultation, il va ensuite chez quelqu'un d'autre.

P17 : Oui, mais là, t'imagines le temps qu'ils vont y passer.

P15 : Non mais là, ça va être compliqué.

P17 : Dans une journée, ils vont en voir sept quoi.

P16 : Oui, mais dans un village comme le notre, je crois qu'il aurait … (*silence laissé*)

P17 : Je sais pas, moi je l'aurai plutôt vu sur une place, mais après il faut anticiper le faite que si les gens doivent attendre une heure, il faut peut-être pas qu'ils attendent une heure en plein soleil devant le camion. Il faudrait un parasol..

P15 : C'est une autre question.

MM : Oui, alors, on soulève une autre question.

P17 : Un parasol, deux trois chaises, voilà.

P15 *pince sans rire* : Et puis un peu de bière.

P17 : Ça ressemblerait un peu à un bar, mais…

P16 *pince sans rire* : Café, journaux.

P17 : Non, mais quelqu'un qui est vraiment pas bien, qui doit voir un médecin, et qui va attendre une heure et demi en plain cagnard… Euhh, « ah beh vous êtes tout blanc, ah beh non, vous êtes tout rouge en fait ».

P16 : Ah, vous êtes tombé par terre ! (*rires*)

P17 : Ah, beh il est tombé le monsieur, merde.

MM : OK donc ça c'est plus la salle d'attente, la question que vous soulever. OK alors est-ce que la salle d'attente…

P16 : Mais, pardon si j'interrompt, mais, mon idée vient aussi de ce fait là.

MM : Quelle idée ?

P16 : Le fait qu'il vienne plutôt chez toi…

P17 *coupant la parole* : Bah là, y'a plus besoin d'un camion.

P16 : Ah, peut être qu'une voiture peut suffire.

P15 : Oui, parce qu'il peut prendre sa mallette.

P16 : Oui, mais, ça permet de ne pas attendre en pleine cagnasse (sic).

P15 : Y'a pas à avoir de salle d'attente, c'est ça que tu veux dire.

MM : Y'a des avantages en tout cas dans ce fonctionnement, la salle d'attente, tout ça.

P15 : Mais dans ce cas, là, c'est vrai que c'est mieux, les médecins qui viennent à domicile comme autrefois.

P16 : Oui, sauf qu'il y en a plus de ça !
(*pince sans rire*) Mais il pourrait venir aussi en avion, quand on habite dans des zones inatteignables, lors d'inondations par exemple.

P17 : Donc il saute en parachute de l'avion. (*rires*)

P15 : Dans ce cas-là, c'est les pompiers qui viennent.

P16 : Ah ouais.

P17 : Et le médecin en tombant du parachute, il se casse la cheville et il fait « j'ai mal, vous avez de la glace ? ». (*rires*)

MM : Donc en gros, moi, je vous donne un peu des éléments, là, du cabinet de Normandie. Donc lui, pour les fréquences, en effet, il fonctionne par demi-journée comme tu le proposais. Alors eux, par contre, il propose deux demi-journées par semaine.

P15 : D'accord, bah c'est pas mal (*approbation générale*).

MM : Ça permet justement d'être vu, par exemple le lundi, et si il y a un problème, d'être revu le jeudi par exemple.
Et par contre au niveau de la salle d'attente, en effet, c'est un camion qui va pas chez les gens, il est ; sur sa demi-journée ; fixe, et c'est les gens qui doivent s'y rendre en effet.

P15 : Oui, mais ils demandent un rendez-vous peut-être d'abord ?

MM : Alors, ça, c'est pareil, c'est une question que je voudrais vous poser, pour votre avis avant de vous répondre.
Alors, est-ce que vous, vous pensez, vous, que, euh, qu'il faut des rendez-vous fixes, ou est-ce que vous verriez ça plus comme un truc qui fonctionnerait avec,… enfin sans rendez-vous avec des gens qui viendrait sans avoir de rendez-vous, dès qu'ils ont la sensation d'avoir quelque chose ?

P17 : Médecin d'urgence ?

MM : Alors, quand les gens ont l'impression que c'est urgent, après, heureusement, c'est pas toujours un infarctus.

P16 : Oui, je pense, comme aller à la boulangerie finalement.

P17 : T'as même pas besoin de te prendre la tête à te dire, « comment je fais », « j'y vais, j'ai une urgence ».
Après, inversement, si y'a 15 personnes au cul du camion, tu te dis… (*silence laissé*)

MM : Humm, c'est vrai. Il n'y a pas de solution parfaite, mais bon.

P16 : Je réfléchissais, d'ailleurs, en parallèle, si on pourrait pas échanger le jour de la semaine, que ce soit pas tous les jours le lundi, le mardi ou quelque chose, pour que différentes personnes puissent venir. Et là je me suis posé la question, si par exemple, mercredi ne serait pas un bon jour, parce que, les enfants ont moins d'école.

P17 : Mais ils ont des activités : Oui, sportives parfois, et donc il peut y avoir des soucis, après avoir fait du sport et cetera.

P15 : Moi je trouve qu'il faudrait que ce soit hors horaires standard, que ce soit pas comme la préfecture de neuf heures, à midi et deux jours par semaine.

P16 : Oui, ça je suis d'accord.

P17 : Que ce soit en dehors de ces horaires-là.

MM : En dehors des horaires classiques, alors…

P16 *coupant la parole* : Et plutôt tard, je pense, pour des gens qui travaillent.

Ok, alors juste avant qu'on revienne sur les horaires que vous pensez être idéaux pour ce genre de dispositif, Est-ce que vous voudriez me dire, juste, chacun, pour qu'on en termine avec ces histoires, là si vous préférez les horaires avec ou sans rendez-vous dans ce genre de cabinet-là.

P16 : Ah, j'suis partagée.

P15 : Moi personnellement, plutôt avec rendez-vous.

P17 : Moi aussi.

MM *s'adressant à P17* : Toi aussi ça te paraît plus tenable ?

P17 : Bah oui.

P15 : Bah c'est plus cohérent, parce que si c'est tel jour, tu vas pas forcément avoir une urgence le mardi, c'est ça.

P17 : Et comment tu fais pour prendre ta pause si le midi y'en a encore sept qui attendent.

M : Beh, c'est la question.

P17 : Étant donné que tu es médecin et que tu n'es pas censé dire « au revoir » juste parce que tu as faim, à ceux qui ont besoin.

MM : Oui, ça pose question, je suis d'accord.
Donc (*se tournant vers P15 puis P17*) rendez-vous ; rendez-vous ; (*se tournant vers P16*) Et vous ?

P16 : Moi, je suis partagée, parce que les cas d'urgence arrivent spontanément sur toi, et donc du coup tu choisis pas si tu t'es coupé un bout de doigt.
J'ai un copain l'autre jour justement, qui faisait sa haie je crois, et il est rentré avec son outil dans sa cuisse, et donc du coup, c'est, il avait besoin d'urgence d'un médecin, et donc, là, c'était l'hôpital bien sûr. Si c'est dans ton bled, et que dans ton bled il y a ce camion du médecin, bah tu vas là, parce que tu sais, il y a tout de suite quelqu'un. Plutôt que d'aller chercher des soins à plusieurs kilomètres.

Donc tu dirais plutôt, si je comprends bien, tu verrai une majorité de créneaux préprogrammées, et quelques créneau d'urgence dans la journée, où on peut, au dernier moment, trouver une place, il y a besoin quoi.

P16 : Oui.

Arrivée en retard de P18 ; accueil de la patiente.

MM : Bon, donc, nous avons le plaisir de recevoir P18 [nom retiré ici pour des raisons de confidentialité] qui est arrivée un petit peu en retard sur le début de la séance, mais, y'a pas de soucis. Donc bienvenue.
(s'adressant à P18) Alors, ici, on se tutoie si ça te vas (assentiment non verbal).

Très bien, est-ce que tu peux dire, pour confirmer, ton consentement de participation « mon code d'identification est P18, et je consens à participer ce jour à l'étude dirigée par le Dr Eloi Piketty ».

P18 : Bonsoir, euh, mon code d'identification est P18, et je consens à participer ce jour à l'étude dirigée par le Dr Eloi Piketty.

MM : Parfait, alors, on peut faire un petit tour de table pour les présentations ;
(*présentations n'apportant pas d'informations pour l'étude*).

OK, donc on en était à la seconde partie.
Alors avant on avait fait une première partie sur les difficultés que tu peux rencontrer pour voir un médecin généraliste. Parce que tu sais, parfois, même pour les rendez-vous, c'est compliqué, ou alors, il n'y a pas de disponibilité.

Et, là, on était plus parti sur le sujet principal de l'étude. Donc c'est, comme tu as dû le lire dans ton mail, sur les cabinets médicaux itinérants qui vont de village en village, en camion.
Et donc, là on a fait plusieurs points sur, en gros, pour l'instant, principalement, type de rendez-vous, donc on était parti plus sur des types de rendez-vous, tu sais programmé, fixés quoi, avec quelques créneaux d'urgence, comme un cabinet classique.
Et sur la salle d'attente, on était en train de dire que ça risquait d'être un peu compliqué avec simplement un parasol et trois chaises, alors on peut repartir là-dessus si vous voulez.

Est-ce que vous verriez une solution qui permettrait d'avoir une salle d'attente décente dans les différents villages ?

P17 : Bah je te dis, moi, un parasol, ou un store sur le bord du véhicule, avec des chaises, c'est bien. C'est de rien avoir qui poserait problème.

P15 : Concrètement, au Printemps, ça va, mais quand on a de la pluie comme on a eu cet hiver..

P17 : Bah t'attends dans la bagnole ; Mais moi, c'est plutôt le soleil qui m'inquiète.

MM : Attendre dans la voiture, Ok, intéressant.

P17 : Mais je te dis-moi, les petits Papy, avec la chaleur, ils vont s'écrouler.

MM : Oui, dans la voiture aussi, c'est vrai.

P18 : Tient, ça pourrait être un peu comme les cinémas aux états unis, ou tu peux regarder le cinéma avec ta voiture.

P17 : Tu regardes la consultation du voisin ? Oh, c'est maaal (*sur le ton de l'humour*) (*rires*)

P18 : Non, tu attends dans ta voiture jusqu'à ce que ce soit ton tour.

P15 : Là, il y aurait plus de confidentialité, hein.

P17 : Ça devient compliqué là.

MM : Est-ce que vous voyez d'autres options ? En dehors du Tivoli ou de l'attente dans la voiture ?

P15 : Dans certaines communes, ça peut-être des préaux, des choses comme ça.

P17 : Ah oui, dans une cour d'école à mercredi aprem ; c'est pas idiot ça.

P16 : Oui, tu proposais le mercredi aprem, mais ça peut être aussi, comme il y a aujourd'hui plus de bureau de poste, c'est n'importe où les bureaux de poste. Les mêmes lieux peuvent peut-être servir à ça.

MM : Des locaux, d'accord, d'état entre guillemets.

P15 : Publics !

MM : Oui, et puis, en plus ça permettrait que ce soit en dur, ce qui serait adapté à toutes les saisons.

P15 : Un peu comme autre fois, les séminaires. Pas les séminaires, euh, c'est pas ça, comment ça s'appelle ? Les médecins venaient, et consultaient pour les personnes en difficulté. Comment ça s'appelait ?

MM : Les PMI, les choses comme ça.

P15 *pas convaincue* : Oui…

MM : Pour les difficultés sociales ?

P15 : J'dis séminaires, c'est pas ça…

P16 : Ça c'est les prêtres.

P15 : Oui, enfin, ça me reviendra.

MM : Oui, pas de soucis. Mais en tout cas, en effet, on en était sur des locaux en dur.

P15 : Oui, des locaux qui pouvaient être utilisés par un médecin, une infirmière.

MM : OK.
Est-ce que le fonctionnement du cabinet mobile soulève pour vous d'autres questions ? Sur le fonctionnement ?

P15 : Oui alors ma question, c'était par rapport au médecin généraliste, au médecin référent, comment ça se passe du coup ? Parce qu'on aura évidemment à faire à un autre médecin.

MM : Tu veux dire, pas toujours le même en tout cas ?

P15 : Voilà. Et puis, souvent, les gens ont déjà un médecin généraliste référent. Donc c'est pas forcément la même personne. Ce sera pas forcément le même médecin qui sera dans ce véhicule.

MM : Oui, exactement. Donc là, c'est plus une question de médecin traitant/pas médecin traitant, et est-ce qu'il peut juste recevoir une fois de temps en temps comme ça.
Est-ce que pour vous ce genre de cabinet il devrait être justement cabinet référent pour les gens ? Ou est-ce que c'est juste pour dépanner, quand on peut pas voir le médecin classique.

P15 : Obligatoirement ce sera pour dépanner, enfin, je vois pas comme ça peut fonctionner sinon.

P17 : A part si c'est toi, dans ton camion toutes les semaines.

MM : Souvent c'est plus un roulement, en effet, de médecins. Ca pourrait fonctionner aussi avec un seul médecin, mais économiquement apparemment, ça ne fonctionne pas, parce que ça coûte trop par rapport à,…

P17 *coupant la parole* : Au peu de patients que tu vois.

MM : Oui, enfin, c'est surtout l'entretien et la masse salariale.

P15 : Bah oui, si c'est un seul médecin, il a un cabinet.

P16 : Et, je me pose une autre question…

MM : Tu veux la poser tout de suite, ou on termine là-dessus ?

P16 : Bah, ça a à voir avec ça.

MM : Et bien vas-y, je t'écoute.

P16 : Par exemple, ce médecin qui est dans le village, admettons sur la place centrale, ou je sais pas quoi. Mais si, par exemple sur l'A10, qui est pas loin d'ici, il y a un carton, est-ce que lui, il est automatiquement sollicité ? Il doit annuler tous les rendez-vous, et il va là-bas ?

MM : Non, pas du tout, un gros carton, c'est les urgences et le SAMU.

P16 : D'accord, parce que je viens de voir sur l'autoroute tout à l'heure, un carton.

P17 : Mais oui, il va pas dans un cas comme ça, se barrer et dire « j'ai une urgence ».

MM : Oui, voilà, chacun son métier finalement. C'est cloisonné tout ça.

P16 : Donc on pourrait avoir un médecin référent en gros.

MM : Oui, ce serait possible, et d'ailleurs là je peux vous donner quelques éléments du cabinet de référence en Normandie. Et bien, là-bas, ils prennent des patients qui ont déjà des médecin traitant, mais qui ne peuvent pas les voir, et à ce moment-là ils le font un peu comme des consultations d'urgence ; pour dépanner plus. Et ils prennent aussi les patients qui n'ont pas de médecin traitant, et qui peuvent du coup prendre le cabinet mobile comme cabinet traitant, ouais, référent.

P17 : Ah, ça peut être cool ça.

MM : Et donc, du coup, par contre, c'est le cabinet qui devient cabinet traitant, ou référent et pas un médecin spécifiquement.

P15 : D'accord.

MM : Donc, même si c'est pas le même médecin que d'habitude, tu es prise en charge comme d'habitude et tu es remboursé pareil de ta consultation.

P17 : Oui, c'est pas nominatif. Beh, là, ça marche.

P15 : Ça m'est revenu. C'était les dispensaires.

MM : Ah oui, les dispensaires, oui.

P15 : Autrefois, c'était dans la commune, tu avais un local, et tu avais un médecin ou une infirmière qui venait une fois ou deux par semaine.

MM : D'accord, et ça c'était dans toutes les petites communes ?

P15 : Bah non, c'était peut-être plus dans les villes, c'était, enfin, on accueillez peut-être plus les personnes qui avait des difficultés pour payer, des choses comme ça.

MM : Des problèmes sociaux.

P15 : Ouais, voilà. Des sociaux, ou des qui étaient pas forcément bien assuré, qui n'avait pas de complémentaire.

MM : OK, OK.

P18 : Moi, je pensais aussi à quelque chose, puisqu'on n'en parle, l'ancien maire d'Arçais, [nom retiré pour des raisons de confidentialité], avait raconté que dans la commune d'Arçais autrefois, il y avait une espèce de véhicule qui venait avec une machine à laver. Et donc il venait une fois par semaine, je crois, ou une fois par mois je sais plus. Il a installé les machines à laver dans la commune. Les gens sortaient avec leur linge pour le laver. Et je trouve, que dans ce concept-là, il y a quelque chose de pas mal, puisqu'on a plus de commerce dans les petites communes. Donc retrouver un endroit convivial, ce serait pas mal.

P17 : Il y a toujours des laveries, hein.

MM : Oui, mais moins dans les petites communes.

P17 : Non, mais ça marche, hein !
Moi, à Niort, à côté du lavomatic, j'ai toujours vu des gens entrer et sortir.
A Intermarché, y'en a un, à côté du boulot, pareil.
Il font les grosses pièces par contre, les couettes, les trucs comme ça, parce qu'ils ont des grosses machines.

MM : Oui, les machines de 35 kilos, en effet, ça on fait pas chez nous, hein !

P18 : En tout cas, ce que Jean Leysenne à raconté, ça date des années 40. Et je trouve l'histoire géniale.

P17 : Ouais, c'est marrant.

MM : Oui, c'est rigolo, on y pense pas en fait à ces choses là !
OK, intéressant, ce que vous me racontez, je reviens juste sur un truc dont tout à l'heure vous m'aviez parlé, sur les horaires. Vous m'aviez dit que vous préfériez quoi ?
(se tournant vers P18) Toi, tu n'étais pas encore là.

P17 : Hors des horaires ouvrables.

MM : Oui, ou même pendant les horaires ouvrables, mais que ça déborde. Alors qu'est-ce que vous verriez comme horaires ?

P17 : Bah, un peu comme la mienne, a minima jusqu'à 20 heures.

MM : A minima jusqu'à 20 heures, OK.

P15 : Beh oui, et pour des personnes qui travaillent, ça peut être aussi entre midi-deux, ou après, plus tard le soir oui.

P15 : Midi-20 heures.

P18 : Moi, je dirais, les personnes âgées le matin, les actifs…

P15 *coupant la parole* : De toute façon, tout le monde prendra ses rendez-vous selon ses disponibilités.

P18 : Le soir, au moins 20 heures, je pense.

P17 : Après ça fait long pour eux, mais,…

P18 : Oui, bien sûr, mais ils sont peut-être plusieurs. J'sais pas. Ou ils vont…

P17 *coupant la parole* : Beh, après, c'est vrai que ça s'organise, regarde, moi je travaille de nuit, ça s'organise.
J'peux pas travailler la nuit et la journée. Bah c'est un rythme, hein.

MM : Donc dans l'idéal tôt le matin, et tard le soir si j'entends bien.

P17 : Ouais, c'est ça…

P16 : J'ai l'impression oui.

MM : Et entre midi et deux vous en pensez quoi ?

P17 : Alors, pas forcément le matin, mais ouais, entre midi et deux et tard le soir.

MM : Parce que t'es pas du matin ? (*quelques rires*) Non, mais parce que tu bosses, c'est ça ?

P17 : Oui, c'est ça. Mais même, après, est-ce que les gens vont se lever pour aller chez le médecin ?

P16 : Alors peut-être pas 5h30, mais tu sais, les personnes âgées sont levées tôt, sept heures ? Mais après, ils auront pas forcément les moyens de se déplacer jusqu'à la place.

MM : Après, mais ça, c'est intéressant, mais c'est qu'en théorie pure et dure, tous les cabinets sont censés être ouvert de huit heures du matin jusqu'à huit heures le soir, et le samedi de huit heures à midi, mais ça en réalité, ils le font pas tous.

P16 : Oui, le samedi, je trouve rien.

MM : Alors, il existe des permanences, mais ce que je veux dire, c'est qu'il existe un fossé entre la théorie et la pratique.
Et donc, oui, plutôt des horaires un peu extrêmes, d'accord.

Donc je ne vous ai pas posé la question, mais pour se déplacer jusqu'au véhicule, (*s'adressant à P 15*) tu disais que pour les personnes âgées, ça pouvait être un peu compliqué.

P16 : Oui, pour une personne, si elle est loin, c'est parfois pas possible. Ou au moins difficile.

MM : D'accord, donc ma question, c'est, puisque le but de ce camion c'est justement d'aller chercher les patients qui ne se rendent pas facilement chez le médecin là où ils sont, est-ce que vous pensez qu'il faudrait qu'il fasse des visites aussi à domicile ?

P16 : C'est ce qu'on disait au départ.

MM : Alors ici, sans que ce soit forcément le camion entier qui aille chez les gens, est-ce que vous trouvez qu'il faudrait quand même dans la journée un moment pour que le médecin fasse des visites à domicile ou pas ?

P16 : Il pourrait avoir une mobilette dans sa camion (sic) (*rires*). Pour aller directement.

P15 *sur le ton de l'humour* : Ou une trottinette électrique !

P16 : Ah ouais, mais y'a déjà, ça, non ?

MM : Alors il y a déjà ça, dans certains cabinets.

P18 : Oui, mon médecin, il venait à la maison.

MM : Ça se fait toujours, mais ça se fait vachement moins.

P15 : moi aussi le docteur, le matin, il fait des visites.

P17 : Ou alors, organiser avec la commune, peut-être la commune elle peut se débrouiller pour que des conseillers emmènent les gens, pour qu'il y ait des bénévoles.
Après, c'est pareil, je sais pas comment ça se passe niveau assurance, aller chercher quelqu'un, et si il se passe quelque chose sur la route vers le médecin…

MM : Oui, c'est surement la responsabilité de la personne…

P17 : Bah voilà.

P15 : Après il a des structures comme l'ADMR qui peuvent faire ce genre de déplacement.

P16 : Oui, mais sauf qu'ils sont un médicalement formés.

MM : Oui, et je ne suis pas sûre qu'ils aient la prérogative pour emmener des gens.

P15 : Oui, mais regarde, ils emmènent bien des gens faire les courses.

MM : Oui, c'est vrai, l'ADMR fait ça. Donc oui ils doivent pouvoir emmener des gens.

P18 : En tout cas, on peut demander s'ils peuvent emmener des gens au véhicule. C'est à étudier.

MM : D'accord, ça marche, est-ce qu'il y a autre chose qui vous vient ?

P16 : Rappelle la question s'il te plait ?

MM : Ma question c'était, comment imagineriez vous le fonctionnement d'un cabinet médical itinérant, donc c'est très large et c'est pour que vous puissiez trouver des pistes auxquelles je n'aurai pas encore pensé.

P18 : Bien, je me l'imagine bien ! (quelques rires)

P16 : Mais il faudrait que tous les soucis qu'on a évoqué dans la première partie de la discussion n'y soient pas. Par exemple que ce soit l'attente, ou la non-accessibilité, j'sais pas quoi, tout ça il faut que ça y soit pas.

P17 : Il faut une borne Wi-Fi dans le camion.

P18 : Oui, par exemple.

P17 *avec malice* : Pour pouvoir jouer sur le téléphone.

P16 : Mais même pour qu'il y ait une facilité pour la prise de rendez-vous par exemple.

MM : Comment on ferait la prise de rendez-vous à votre avis ?

P15 : Bah, comme ils font dans les cabinets.

P16 : Par téléphone.

P17 : Par internet ?

MM : Donc plusieurs solutions différentes.

P15 : Oui, parce que même si ça devient de moins en moins, il y a toujours des gens qui ne savent pas se servir d'Internet à la maison.
A l'heure actuelle, mais peut-être…

MM : Donc il faudrait au moins une ligne de téléphone aussi, OK.

P18 : Et une secrétaire.

MM : OK, il faudrait un secrétariat.

P16 : Ou des bénévoles aussi peut-être qui ont envie de..

P15 (s'adressant à P16) : Après, quand tu regardes les bénévoles dans les associations, c'est plutôt des personnes plus âgées. Des jeunes, on n'en voit pas beaucoup.

P16 : Des retraités.

MM : Les retraités… Par rapport à la difficulté d'accès c'est ça ?

P15 : Non, on parlait du bénévolat. On voit pas beaucoup de jeunes dans les associations. Y'en a, mais…

P18 : Et, moi, avec les hackers, ça me parait pas super sécurisé sur Internet.

P15 : Bah, nous sur [commune retirée ici pour des raisons de confidentialité], on a la présence d'une esthéticienne, qui vient avec son véhicule tous les mardis.

MM : D'accord.

P15 : Et il est très bien aménagé son véhicule.

MM : Tu y es déjà allé toi ?

P15 : Oui, j'y suis déjà allé, au moins deux fois.

P18 : Moi, c'est ma coiffeuse.

P15 : Et beh c'est bien. Il est très très bien, aménagé son véhicule. Donc je pense que pour un médecin, effectivement, ça peut être très bien aménagé pour un cabinet médical.

MM : c'est une solution qui te parle en tout cas.

P15 : Oui ça me choque pas en tout cas.

MM : D'accord, OK.
(*s'adressant à tout le monde*) Et est-ce que vous vous pourriez envisager d'aller consulter dans ce genre de cabinet ? Est-ce que c'est quelque chose que vous pourriez envisager ou est-ce que c'est quelque chose ou vous vous diriez « dans un camion ? sûrement pas » ?

P17 : Pour une urgence, oui.

P15 : Moi chez mon médecin. Mais si un jour il arrête de travailler peut-être, ça ne me gênerait pas.

MM : Ça ne te gênerait pas. D'accord. Et pour des consultations d'urgence ou pour un suivi ?

P15 : Bah, ça peut être, pour un suivi, oui.

P17 : Si tous les mardis, il est là…

P15 : Moi, c'est au feeling.

P18 : Moi, s'ils ferment vraiment à 20 heures - 21 heures, quand je rentre le soir du boulot, pour avoir une facilité pour accéder au médecin, beh oui, évidemment.

MM : OK, parfait, donc ça dépendra aussi de l'accessibilité, c'est ça ?

P18 : Oui, il faut que ce soit quelque chose qui corresponde à ma vie à moi. Si ça m'arrange, pas de soucis que ce soit dans un camion, ça change rien finalement.

MM : OK. Quelles seraient vos attentes envers le médecin d'un cabinet médical mobile ?
Est-ce que vos attentes seraient différentes que dans un cabinet classique ?

P17 : Bah non, je suis là pour ses connaissances, donc après…

MM : OK, donc il a des connaissances.

P16 : Qu'il soit médecin ! (*quelques rires*)

P15 : Non, moi si le médecin est dans un camion ou pas, j'ai les mêmes attentes.
Après, c'est, voilà, la confiance, le relationnel, moi je suis sensible à tout ça.

MM : Oui, bien sûr.

P16 : Peut-être, je dirais même, que ce soit pas un médecin, mince, je cherche le mot.

MM : Généraliste ?

P16 : Non, interne, en formation, que ce soit un vrai médecin parce qu'il y en a un peu marre d'être regardé par des gens qui n'ont pas le métier quoi.

P17 : Après, il faut bien qu'ils apprennent aussi.

P16 : Oui, bien sûr, mais ça fait des années que mon médecin travaille avec des internes et a un moment donné aussi de le voir moi.

P17 : Oui, mais ils le demandent ça, quand c'est un jeune.

P16 : Oui, mais je tombe systématiquement avec le jeune, et pas avec lui, quoi.

P17 : Ça m'est jamais arrivé, moi.

MM : Souvent, c'est une journée par semaine.

P16 : Presque chaque fois, moi.

P18 : Ce serait bien aussi, qu'il y ait dans le cabinet des hommes et des femmes, qu'on puisse consulter chez l'un ou chez l'autre selon certains problèmes intimes qu'on pourrait avoir.

P17 : Ah oui, c'est vrai…

MM : Donc les deux sexes.

P18 : Oui, pour qu'on puisse consulter selon le, enfin être plus à l'aise pour certains types de consultations.

P17 : Moi, le médecin traitant, je m'en fout du sexe.

P16 : Oui, mais t'as pas encore les problèmes de prostate (*rires*).

P17 : Oui, mais ça j'ai demandé, j'ai anticipé. J'ai demandé j'arrive aux 40 ans, est-ce que je vais y avoir droit ?
Elle me regarde bizarre, et elle me fait, y'a des antécédents ? Parce qu'elle a compris direct.
Je lui ai dit « nooon », elle m'a répondu « noooon », je lui ait dit « Parfait ! ». (*rires*)
Mais c'est vrai que ça, ça m'a inquiété.

P15 : Mais c'est vrai que tu dis que ce sera pas toujours le même médecin dans le véhicule. Mais pourtant on aurait tendance à vouloir que ce soit toujours le même.

P17 : Y'a un relationnel hein !

MM : Oui, tu crées quelque chose. (*s'adressant à P15*) Et donc tu voudrais que ce soit toujours le même médecin . Ça, ce serait une des tes attentes dans l'idéal ?

P15 : Par exemple.
S'il vient le mardi, que ce soit toujours le même, le mardi, qui vienne.

MM : OK. Donc, à la limite, si tu dois consulter un autre jour et que c'est quelqu'un d'autre, c'est pas la fin du monde.

P15 : Non.

MM : mais que d'habitude sur ton créneau habituel, soit toujours le même ?

P15 : Voilà !

MM : Bah oui, ça s'entend.

Est-ce que vous avez d'autres attentes en particulier devant un médecin comme ça ?
Parce que je vous dis ça, mais on pourrait aussi penser à des attentes moins fortes, parce que comme il y a moins de place, il y aurait moins de matériel par exemple.

C’est pas forcément des attentes qu’on aurait en plus, ça peut être aussi le fait d’accepter certaines contraintes, que la consultation soit pas complètement pareille que dans un cabinet fixe quoi.

P16 : Je pense que dans un village, il y aurait souvent des blessures de jardinage par exemple. Des coupures… Donc il faudrait qu’il ait absolument le matériel pour faire des sutures.

P17 : Mais ça, ils l’ont normalement.

P16 : Je l’espère.

MM : Donc ça ce serait une de tes attentes devant un tel cabinet. Qu’il puisse suturer.

P17 : Après, tu vas à la pharmacie et tu ramènes le matériel.

MM : Ah ouais ?

P17 : Bah moi ça a toujours été comme ça. Les deux trois fois ou elle a du me recoudre, elle me faisait une ordonnance, j’allais à la pharmacie, et je lui ramenais, l’aiguille, les compresses, le fil machin.

P16 : Elle en avait pas d’avance.

P17 : Si, elle en avait d’avance, mais comme elle l’utilisait, elle voulait qu’on lui en ramène pour combler ce qu’elle prenait.

P18 : Ah oui, ma gynéco, elle faisait ça aussi, mais avec les stérilets.

P15 : Oui c’est vrai qu’elle époque aussi une fois je suis allé tard le soir chez mon docteur, et il avait de quoi me recoudre. Mais ça se fait plus ça…

MM : Bah si, ça se fait encore, mais les gens ont moins le réflexe.
P18 : Oui, c’est vrai que j’irais plutôt aux urgences, j’aurais peur de déranger.
MM : Alors que pourtant, on a ce qu’il faut comme matériel pour suturer.
P15 : Oui, mais à 20 heures le soir, t’es pas forcément au cabinet.
MM : Bah c’est ça le problème. Et du coup, autrefois tu passais chez lui, ou t’appelais.
P15 : Oui, t’allais chez le médecin à n’importe quelle heure.
MM : Oui, ou il se déplaçait, ou il se débrouillait pour te prendre et t’aider quoi.
OK.

P16 : Et, est-ce que ça pourrait être des médecins retraités aussi ?

MM : Potentiellement, euh, parce que, euh, en Normandie, il y a la semaine normale, qui est coupé en deux mi-journée. Sur chaque demi-journée, il y a un médecin différent globalement. Ça fait environ sept à dix médecins. Et la plupart sont des anciens médecins retraités.
C’est important, parce que le but, c’est pas non plus de dépeupler les autres cabinets.

P18 : Même si tu prends pas tous les médecins d’un cabinet, y’en a un qui peut dépanner une demi-journée, d’un cabinet ou d’un autre, non ?

MM : Oui, c’est ça.
OK.

P16 : Pour le Covid, d’ailleurs j’ai vu pour les vaccins là, c’était un peu tout le monde du milieu médical, par exemple une fois moi, j’ai eu un vaccin par une sage-femme.

P17 : Ouais, ils ont ouvert un peu les droits.

MM : Des infirmières, des sage-femmes, les pharmaciens.

P15 : Et puis y’avait un médecin à la retraite là, qui posait les questions, derrière un rideau.

P16 : Et la dernière fois, c'est à la pharmacie que je me suis fait vacciner.

MM : Bon, on passe à la suite ?

P16 : Oui.

MM : Il reste trois petites questions, et elles se ressemblent toutes plus ou moins, donc ça devrait aller assez vite.
Quels seraient pour vous les avantages d'un cabinet mobile, par rapport à un cabinet fixe ?
Est-ce que vous voyez, des choses qui seraient mieux avec ça ? Ou, pas particulièrement ?

P16 : Plus de flexibilité.

P15 : Bah ça évite de se déplacer à l'autre bout du département.

MM : Ça limite les déplacements.

P17 : Oui, c'est plus près de chez toi.

MM : Ah oui, c'est plus près de chez toi, donc ça c'est l'avantage le plus visible, est-ce que vous en voyez d'autres ?

P16 : Et c'est un peu comme autrefois.

MM : Comme autrefois, tu te réfères à quoi ? Au lavomatic ?

P16 : Oui, par exemple, mais c'est aussi, mince, comment s'appelle le scénariste là, avec Christopher Walz…

MM : Tarantino ?

P16 : Tarantino, oui, où il se déplace dans sa charrette, et il intervient là où il y a des gens.

P17 : Django ?

MM : Oui, tu sais, il a une grosse dent qui se balade au-dessus de la charrette.

P17 : Il est incroyable.

P15 : Ou comme les rémouleurs autrefois qui se déplaçaient dans les villages.

MM : C'est quoi les rémouleurs ?

P15 : Les rémouleurs, c'est ceux qui affûtent les couteaux.

MM : Ah d'accord, ah, je savais pas qu'ils faisaient ça. Et ils proposaient leurs services ?

P15 : Bah, ils passaient toute une journée dans le village, et ils avaient leurs trucs.

P17 : Leurs meules là.

P15 : Et d'ailleurs, l'autre jour, j'ai appris qu'il y a une personne à Granzay, qui est rémouleur.
Un jeune, et il a un petit véhicule pour l'instant, parce que je l'ai vu à [nom de la commune retiré ici pour des raisons de confidentialité]. Euh non, c'était pas à [nom de la commune retiré ici pour des raisons de confidentialité], c'était à [nom de la commune retiré ici pour des raisons de confidentialité], et donc, il est routier pour l'instant. Mais dans son idée, c'est de passer dans son petit véhicule, donc il affute tous les couteaux, les outils de jardin, les cisailles.

MM : moi je suis toujours impressionné de ça, parce que je demande comment ils font pour en vivre, parce qu'ils faut que les gens soient au courant qu'il passe, et aient des choses à faire affûter.

P15 : Oui, mais après, ils font leur pub, mais il y est pas encore de toute façon.
Mais c'est tout un truc, parce qu'il y a beaucoup, beaucoup de professions qui utilise des outils de jardinage, des couteaux,… Les ouvriers, les bouchers, les cuisiniers, qui ont souvent besoin d'affûter les couteaux, et qui ont pas toujours le matériel.
Et puis, y'a des choses assez fines, enfin, y'a des outils qui sont pas évidents à affûter.
Les cisailles de haies par exemple. Et il a fait une formation dans le Nord de la France, il m'a dit, c'est intéressant, hein !

MM : Oui.

P16 : Si je reviens vers Tarantino, il y a quand même l'itinérance dans cette idée, je peux aussi m'imaginer que ce soit un peu comme les compagnons, que ce soit un peu un médecin qui est en train, à la fois d'itinérer vers un lieu, et de se former aussi, comme dans les métiers d'art, autrefois.

P17 : Comme ça il continue de se former.

MM : Mais je vous rassure, on se forme en permanence, il y a toujours des nouveaux trucs qui sortent, alors, si t'es pas au courant !

P16 : Oui, mais ce que je veux dire c'est qu'il y a plusieurs types d'options, mais dans les options, il y a aussi une réelle itinérance, qui n'est peut-être pas un canton, peut-être pas un département, mais qui pourrait être à l'échelle de la France.

MM : Sauf que ça, c'est interdit par la loi.

P16 : Ah !

MM : Parce que c'est interdit, ce qu'on appelle la médecine foraine en France. Même si il y a maintenant des exceptions qui sont autorisés, à partir du moment où c'est pour des raisons de Santé Publique pour des endroits bien précis si tu veux.
Quand y'a pas assez de médecins dans une zone, là, ils peuvent autoriser, mais de base t'as pas le droit de te balader et de voir n'importe qui, sans suivi, hop tu lui donnes ses médicaments, tu te casses, si il a un problème après, tu t'en occupes pas. Tu vois ce que je veux dire, c'est pas, enfin ça pose d'autres problèmes.

P15 : Autrefois, les arracheurs de dents ils étaient à la foire, hein.

MM : Oui, d'où le terme « foraine ».

P15 : J'ai vu au Maroc, un gars, dans un bocal, il avait des sangsues.

MM : D'accord.

P15 : Et il vendait les sangsues à quoi voulait pour la saignée.

P18 : C'est incroyable !

P15 : C'est impressionnant quand même, c'est des gros trucs hein !

P16 : et moi, j'ai vu en Inde, le dentiste mobile, dans la rue, qui arrache dents dans la rue, et il a un gros tas de dent, et plus gros le tas est, meilleur l'arracheur de dents est.

P18 : Oui, mais là au niveau de l'hygiène…

MM : Je reviens juste sur mes histoires, donc sur les avantages, on avait fait un peu le tour de ce que vous pensiez ?

P15 : Alors, est-ce que par hasard, on pourrait avoir rendez-vous plus rapidement dans ce véhicule que dans un cabinet ?

MM : ça pourrait être un avantage, en gros ce serait le but, parce que comme il irait dans des villages où il n'y a pas de médecin, forcément, la priorité aux consultations et donner aux gens du village. Donc il y aurait beaucoup moins de gens avec qui « te battre pour les rendez-vous » si tu vois ce que je veux dire.
Par exemple, si c'est à Vallans, avec ces 800 habitants, peut-être que en effet, tu aurais moins de difficultés que à Frontenay, avec le bassin alentour, de, je sais pas, 10 000 personnes. Donc, ouais, ça c'est un avantage.
Est-ce que, avant qu'on passe aux inconvénients, vous voulez qu'on, enfin, vous voyez un avantage pour rapport au cabinet classique ?

P18 : Bah la vitesse, on en a parlé ou pas ?

MM : La vitesse ? La vitesse de consultation tu veux dire ? (*assentiment non verbal de P18*) Oui, en en a parlé à l'instant.

P16 : Moi, je vois quelque chose qui se rapproche du monde d'autrefois, au monde, plus ralenti en quelque sorte.

MM : Donc tu vois là-dedans,…, Je paraphrase, tu me dis si c'est juste. Un truc qui ferait revivre un peu, une ruralité d'une autre époque quoi.

P16 : Oui, qui ramènerait un peu de vie dans la ruralité.

MM : Intéressant.

P16 : C'est un peu comme l'exemple que j'ai donné pour les machines à laver. Mais aussi dans ce sens-là, même si c'est la technologie d'aujourd'hui, le monde ancien est encore dedans. Donc… (*silence*)

MM : Oui, c'est pas le monde accéléré et rapide qu'on connait dans les grandes villes par exemple, c'est un rythme totalement différent de vie en fait. C'est ça que tu veux dire ?

P16 : Oui.

MM : OK.
Est-ce que vous voyez des inconvénients dans ce cabinet-là ?

P17 : Bah, à part la file d'attente entre guillemets.

MM : Donc comme on disait, organiser l'attente, ça peut être un peu compliqué. OK.

P17 : Sinon, après, comme on disait tout à l'heure, si c'est organisé dans une cour d'école, et qu'il y a un ou deux conseillers qui ont sortis 20 chaises, enfin, ça s'organise quoi.

P18 : Et après, est-ce que c'est une voiture électrique, ou… ?
Enfin, tout ça, ça joue aussi j'imagine, parce qu'il faut des machines qui tournent.

MM : Ah, tu veux dire, qu'il pourrait y avoir un inconvénient écologique ?

P18 : Peut-être, oui ?

MM : Même si il y a aussi le côté que peut-être, les gens font moins de trajet pour aller chez le médecin.

P18 : C'est vrai.

P15 : Et puis, le véhicule il peut se brancher sur le réseau de la commune. Dans le local de la boulangerie par exemple.

P17 : Bah même nous, la pizaïolette, dans la commune, elle était emmerdée deux trois fois, au pire, elle avait un groupe électrogène. Tout simplement.

P15 : Ah oui, pour la pizza ?

P16 : Oui, mais ça fait du bruit par contre.

P17 : Mais tu mets deux trois rallonges. De toute façon, après, t'as rien sans rien, hein.

P15 : Après je pense que les inconvénients ça peut être au niveau du confort, est-ce qu'il fait trop chaud l'été ? trop froid l'hiver ? Est-ce qu'avec le véhicule on arrive à avoir une température, euh…

MM : Ah oui, tu veux, dire, est-ce qu'on arrive à avoir une température confortable quoi.

P15 : Ah beh oui, le confort quoi.

P18 : Moi, j'ai confiance en mon médecin. Si je passe avec un autre, c'est pas pareil.

P15 : C'est ça, c'est ce que je disais. On a envie de voir toujours le même.

P17 : Y'a une intimité quand même (*assentiment général non-verbal*).

P16 : Et puis moi, comme je dis, je vois tout le temps des internes, et je vois jamais le mien.

MM (s'adressant à P18) : donc tu vois un inconvénient dans le fait que parfois tu seras amenée à voir des médecins qui ne sont pas le tien quoi.

P18 : Oui, voilà.

MM : OK. Oui, ça peut être vu comme un inconvénient c'est sûr. Est-ce que vous en voyez d'autres ?

P16 : Peut-être, on l'a évoqué tout à l'heure, mais quand tu viens avec un souci de femme, tu as peut-être envie que tu sois vu par une femme. Et si tu tombes un jour sur un homme et vice versa.

P17 : Un gynéco, homme ? Ils sont pas réputés beaucoup plus délicats que les femmes ?

P16 : Si, mais je veux dire, que ça dépend des gens.
Mais, par exemple, je viens d'entendre à la radio que ça parlait de ménopause, et le journaliste homme posait une question à la con, comment se sent une femme à la ménopause ?
Là, les deux femmes qui étaient invités, elles lui disent, « Bah ça c'est bien une question d'homme » (*rires participantes féminines*).

P15 : Oui, mais il y a peu de formation qui est donnée aux enfants, aux jeunes, sur le mal-être des femmes aussi bien au niveau des règles qu'au niveau de la ménopause.

P16 : Oui, c'est vrai…

P17 : On en parle pas en cours de ça ?

P15 : A l'école, est-ce qu'on leur fait une formation, est-ce qu'on les informe ? Pas beaucoup !

P16 : Non, et surtout, c'est que comme le mec indiquait dans sa question, c'est comme si c'était d'un jour à l'autre, mais non !

P15 : Et puis, il y a une sorte de tabou, personne n'en parle, même les femmes, même moi, par exemple, dans mon travail, quand j'avais des bouffées de chaleur, en plein hiver j'ouvrais la fenêtre et les gens se disaient que j'étais folle, et moi je prétextais de devoir aérer un peu.

MM : Mais oui, ça peut être terrible, bien sûr.

P15 : Donc il faut expliquer ces sujets-là aux jeunes.

MM : Oui, et puis, on a une sorte de pudeur sur ces sujets-là.

P15 : Oui, c'est ça.

MM : C'est pas forcément facile à aborder pour tout le monde.

P15 : Exactement.

MM : Mais c'est vrai que les élèves et étudiants, ce serait bien de leur ouvrir les yeux sur ces sujets-là.

P15 : Oui, il y a, comme je te dis, une espèce de tabous et les gens n'en parlent pas !

P16 : Oui, et ça peut commencer à 35 ans aussi.
J'ai entendu une fois une interview avec Patricia Kaas, elle disait, 35 ans, j'étais ménopausée quoi.

P18 : Et oui, et moi 40 ans, hein.

P15 : Et oui, tu vois, c'est ça, ça dépend des personnes.

MM : Très intéressant comme sujet. Est-ce que ça vous va si on termine juste sur la dernière question, et après vous pourrez continuer sur ce sujet-là, ou d'autres si vous le souhaitez.

P16 : Parlons de l'andropause alors ! (*rires*)

P15 : C'est le cas de le dire.

MM : donc, pour finir sur les inconvénients, (*se tournant vers P18*), que pour les consultations, typiquement de gynécologie, tu voudrais que ce soit un médecin femme.

P18 : Selon les personnes.

MM : OK, voyez-vous d'autres inconvénients que ça soulève avant qu'on passe a la dernière question ?
Est-ce que sur l'intimité, la discrétion, ça vous pose question.

P15 : Non, pas particulièrement.

P17 : C'est plus discret dans un véhicule que dans le cabinet ou t'es à côté, hein.

P15 : Oui, il faudrait vraiment se mettre au bord du cabinet, pour entendre ce qui se dit, enfin j'imagine.

MM : Oui, ça a l'air d'assez bien fonctionner dans les exemples que j'ai vu, en effet.

P16 : Et s'il y a une salle d'attente, ce serait juste bien qu'elle soit pas collée au camion, mais à distance.

MM : Oui, ce serait bien qu'il y ait quelques mètres d'écart. OK, donc ma dernière question : est-ce que vous exprimez des doutes d'une manière ou d'une autre sur cette forme d'exercice de la médecine dans ce cabinet itinérant ? Est-ce que ça vous parait réaliste, tenable, ou est-ce qu'il y a des trucs qui vous font dire « peut-être pas » ?

P15 : moi je pense que c'est réalisable, maintenant, au niveau du coût, par rapport à un cabinet, est-ce qu'il y aura un surcoût ? Certainement.

MM : Est-ce qu'il y aurait un surcoût pour les patients, c'est ça ta question ?

P15 : Bah peut-être pas pour les patients, mais pour les médecins.

P18 : Ou pour le contribuable d'ailleurs.

P15 : Parce que gérer un cabinet comme ça, et puis pour le contribuable, bien sûr.

P17 : Parce que t'as l'essence, t'as l'assurance, t'as l'eau, t'as le courant. Enfin, comme dans un cabinet finalement.

P15 : Mais y'a l'investissement aussi, du véhicule.

P17 : Oui c'est vrai.

P15 : Parce que les médecins ont déjà un cabinet.

P17 : Faudrait que l'état investisse dans le véhicule.

MM : Oui, ça…

P16 : Alors je sais pas comment ça se passe maintenant chez le dentiste, mais il y a quelques années tu avais un petit carnet et il fallait aller deux fois par an chez le dentiste. Et tu avais des tampons dans le carnet, et si tu pouvais prouver que tu étais allé deux fois par an chez le dentiste, ça a été pris en charge par l'assurance maladie. Si tu vas moins souvent chez le dentiste, les frais des choses qu'on fait dans ta bouche, c'est à toi.
Et je peux m'imaginer ce genre de système appliqué, imposer une sorte de rythme annuel, que ce soit deux, trois, quatre fois, j'en sais rien pour devoir aller régulièrement chez le médecin pour pouvoir se faire vérifier régulièrement pour pouvoir éviter justement les problèmes de santé parce que…

P18 : A un certain âge, mais après, à un enfant de l'âge de mon fils, enfin un ado, c'est peut-être pas la peine.

P16 : en même temps, moi j'ai perdu un copain d'études. A 23 ans, il a fait une crise cardiaque il est mort.

MM : Est-ce qu'aller chez le généraliste aurait forcément changé quelque chose ?

P15 : Oui, est-ce qu'il aurait pu détecter avant ? Sûrement pas…

MM : Pas sûr, parce que ça, c'est des trucs qui ne préviennent pas en général.
Mais avec des « si » on fait des planches comme disait mon père, ou on mettrait Paris en bouteille comme on dit.

OK, donc pas de doute particulier en dehors des finances. Alors, pour revenir à mon cabinet normand, eux ils sont financé par,.. En fait, ils fonctionnent à l'échelle d'une CPTS, ça s'appelle, c'est une structure médicale qui fait en gros la taille d'une communauté de commune, donc chez nous, ce serait la CAN par exemple. Et donc en gros dans la tienne on choisit les cinq villages où c'est le plus compliqué de consulter auprès d'un médecin, et lui il fait sa tournée dans ces villages-là. En y allant deux fois par semaine, une demi-journée à chaque fois.
Et en gros, le financement de tout le projet, il est lié finalement à cette structure de la CPTS qui, elle, reçoit des financements directement de l'État pour des objectifs de santé publique sur leur territoire. Donc, pour améliorer, surtout l'accessibilité à la médecine générale par exemple.
C'est comme ça que ça devient tenable financièrement. Mais c'est vrai qu'apparemment il y a un problème sur le coût sinon. Ça n'a pas l'air d'air rentable finalement.

P15 : C'est jamais rentable la médecine.

MM : C'est pas très rentable.

P16 : Et si je peux juste ajouter une petite remarque, comme j'ai suivi la fin de plusieurs personnes en fin de vie et que systématiquement c'étaient des gens sans connaissance médicales qui étaient auprès de ces personnes âgées, notamment. Que ce soit l'ADMR ou d'autres structures, bah peut-être qu'avec ce type de structure là, surtout pour les personnes âgées qui sont dans les petits bleds un peu perdus, il y aurait peut-être accès à un petit peu plus de suivi médical. Parce que j'ai vécu des choses où on se dit « putain, merde, il faudrait un peu de monde médical là ».

MM : Un médecin quoi, oui, en effet, ça pourrait faciliter.

P15 : Ça pourrait faciliter effectivement le relais d'information, et d'être vu par la personne adéquate si tu es en souffrance.

P16 : Oui, et actuellement, personne les aide en fait, on envoie juste l'ADMR, mais ils font quoi ? Le ménage ?

MM : OK, est-ce que quelqu'un veut rebondir sur quelque chose, ou on arrive au bout de nos conversations ?

P17 : Oh, on commence à avoir fait un bon petit tour.

P15 : Oui, moi je vois pas dans l'immédiat là, non.

MM : Rien d'autre qui vous vienne à l'esprit sur des doutes… (*silence*) D'accord.

P16 (*s'adressant à P15*) : Par contre, ce que je trouve intéressant, c'est que tu as des connaissances d'un autre temps, si tu penses à des choses d'autrefois

P15 : Ah oui ben je pourrais vous parler du médecin qu'on avait quand on était gamines. Le médecin, il venait donc bien sûr à domicile, il avait pas son stéthoscope, il avait pris une serviette à ma mère et il posait la serviette sur la poitrine, et il posait son oreille sur la poitrine et il sentait bon ce médecin ! (*rires*)

MM : Ah oui, c'est des petits souvenirs ça !

P15 : Oh oui, on en parlait souvent avec ma frangine, et puis, il faisait beaucoup de voyages, donc il prenait le temps de nous raconter les voyages qu'il avait fait, c'était super génial.

P17 : De bons souvenirs. Mais c'est vrai qu'on avait pas un hantise de voir le médecin quand il venait à la maison.

MM : Ah non, c'est pas comme maintenant certains enfants qui n'aiment vraiment pas du tout aller chez le médecin. C'est génial ce que tu racontes.
Et bien, je vous propose qu'on en reste sur ces belles paroles.
Merci beaucoup de votre participation en tout cas !

P15 : Avec plaisir.

P16-17 : Merci.

P18 : Oui, merci beaucoup, et désolé pour le retard.

L'enregistrement a été poursuivi par la suite, mais aucun élément intéressant pour l'étude n'a été décelé durant les derniers échanges.

Annexe 9 : Verbatim anonymisé du troisième entretien collectif (focus group 3)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR
Etude en santé : Analyse d'une prise en charge médicale

Contexte

Afin de faciliter l'enregistrement de certaines thèses d'exercice, mémoires ou études en santé, un traitement générique garantissant une mise en conformité « relative » au Règlement général sur la protection des données est proposé (Important : Ce traitement seul ne peut pas donner lieu à publication scientifique).

- Objectif général de l'étude : rechercher quelles sont les attentes des patients en milieu rural sous-doté en médecins généralistes face à un exercice de médecine général en cabinet itinérant en cours de généralisation.

- Étudiant chargé de l'étude : Maxime MISBERT (maxime.misbert@etu.univ-poitiers.fr)

- Encadrant de l'étude : Eloi PIKETTY (eloi.piketty@orange.fr)

La collecte des données doit être faite par des entretiens semi-dirigés de patients ou de professionnels de santé et doit répondre à la finalité principale suivante : **« Analyser une prise en charge médicale ».**

Le traitement, tel qu'il est décrit, permet d'anonymiser le plus rapidement possible les données collectées afin de réduire le risque de violation.

Ce traitement autorise une captation brouillée de la voix des personnes interrogées et peut traiter les catégories de données suivantes :

- Tranche d'âge ;
- Données de santé : les données strictement nécessaires à la réalisation de la recherche et relatives à la santé de la personne concernée ;
- Code d'identification ;
- Origine ethnique ;
- Situation familiale ;
- Niveau de formation (par exemple, primaire, secondaire, supérieur) ;
- Catégorie socioprofessionnelle (Catégories INSEE) ;
- Vie professionnelle si réellement en lien avec la finalité poursuivie (par exemple : profession actuelle, historique, chômage, trajets et déplacements professionnels, expositions professionnelles) ;
- Consommation de tabac, alcool, drogues ;
- Habitudes de vie et comportements, par exemple : dépendance (seul, en institution, autonome, grabataire), assistance (aide-ménagère, familiale), exercice physique (intensité, fréquence, durée), régime et comportement alimentaire, loisirs ;
- Mode de vie, par exemple : urbain, semi-urbain, nomade, sédentaire ;
- Habitat (maison particulière ou immeuble, étage, ascenseur, etc.) ;
- Vie sexuelle.

IMPORTANT : En signant cette attestation sur l'honneur vous vous engagez à ce que le traitement que vous mettez en œuvre respecte en tous points les mesures organisationnelles et techniques déclarées sur le registre des traitements des données à caractère personnel de l'Université de Poitiers dont les détails sont précisés infra.

Vous vous engagez également à fournir au DPO tous les documents qui serviront à documenter la fiche de traitement (Ex : Formulaire, questionnaire, guide d'entretien, etc…).

Mesures organisationnelles :

- L'investigateur principal recrute les personnes et leur assigne un code d'identification. Ce code sert à répertorier les dates et horaires des entretiens semi-dirigés. Il n'y a pas d'enregistrement de données identifiantes des personnes recrutées (pas de numéro de téléphone, pas de numéro de sécurité sociale, pas de date de naissance, pas de nom-prénom, etc...) ;
- Les entretiens ont lieu dans un bâtiment public, considéré comme un lieu neutre où le secret médical règne ;
- Lors de l'entretien, les personnes concernées prennent en compte leur code d'identification ;
- Les personnes concernées lisent le formulaire d'information conforme RGPD avant de débuter l'entretien (Voir Annexe 1) ;
- L'entretien est enregistré sur un dictaphone équipé du système de brouillage (pas de téléphone portable) ;
- Les personnes concernées commencent leur entretien enregistré en rappelant leur code d'identification et en consentant à participer à la recherche (à l'oral) : **« Mon code d'identification est le____, et je consens à participer ce jour à l'étude dirigée par Dr … »** ;
- Aucune donnée directement identifiante (Nom, prénom, n° de téléphone, etc…) ne sera contenue dans l'enregistrement audio ;
- A l'issue de l'entretien, l'enregistrement brouillé contenu dans le dictaphone est rapidement enregistré sur un support amovible chiffré dédié à la recherche. Le fichier audio est immédiatement effacé du dictaphone ;
- Les données de la recherche sont exclusivement traitées sur le support amovible chiffré (disque dur externe, clef USB) afin d'assurer un cloisonnement des données et éviter tout mélange avec ses propres données personnelles ;
- Les transcriptions sont rédigées dans les plus brefs délais en prenant soin de supprimer les verbatims inutiles à la finalité poursuivie ;
- Les transcriptions ne contiennent ni le code d'identification, ni le consentement de la personne ;
- Les transcriptions ne doivent pas permettent de réidentifier la personne interrogée ;
- Le fichier contenant l'enregistrement audio est effacé immédiatement après la transcription ;
- A ce stade, il ne restera plus que des transcriptions anonymes. Les personnes concernées ne pourront plus exercer leurs droits.

Mesures techniques

- Toutes les données utilisées pour la recherche (Transcriptions, fichier excel, etc…) sont stockées sur le support amovible chiffré ;
- Le support amovible doit être chiffré en AES 256. Outil conseillé : VeraCrypt : https://www.veracrypt.fr/code/VeraCrypt/) ;
- L'ordinateur utilisé pour le traitement des données doit être accessible par un login et un mot de passe conforme aux préconisations de la CNIL ;
- L'ordinateur utilisé pour le traitement des données est équipé d'un anti-virus à jour ;
- Le brouillage de la voix doit être réalisé de manière fiable, avec un logiciel type Audacity en cas d'enregistrement sur l'ordinateur ou avec une carte son changeur de voix branché directement sur le dictaphone.

Je soussigné Maxime MISBERT, intervenant en tant qu'investigateur principal de l'étude et modérateur des groupes de discussion, atteste que le traitement de données à caractère personnel permettant d'effectuer l'étude :

« Le cabinet de médecine générale itinérant proposé comme l'une des solutions à la désertification médicale,

Qu'en attendent les patients ?

Étude qualitative auprès de patients vivant en zone sous-dotée dans la CPTS du Niortais. », et dont je suis encadrant, sera mené en conformité avec le traitement enregistré et respectera en tous points les mesures organisationnelles et techniques citées supra.

Si des données sensibles venaient à être révélées au cours des entretiens recueillis et que le patient s'oppose à leur retranscription, il pourrait à tout moment, avant l'anonymisation, en demander le retrait immédiat.

Si la révélation de ces données aux autres participants de l'entretien collectif concerné le gêne, il peut également décider à tout moment de se retirer du groupe de discussion.

Fait à Poitiers, le Jeudi 23 mai 2024
Signature

Annexe 1 : Protection des données personnelles
Information destinée aux participant(e)s

L'Université de Poitiers met en œuvre un traitement de vos données personnelles dans le cadre de la réalisation d'une étude en santé. L'Université de Poitiers est attachée à la protection de la vie privée de la communauté universitaire dans le respect du règlement européen (UE) 2016/679 du parlement Européen et du Conseil du 27 Avril 2016 et de la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Ces textes imposent au responsable de traitement une mise à disposition d'une information claire, compréhensible et facilement accessible par les personnes concernées par le traitement.

Responsable de traitement
L'Université de Poitiers, représentée par Mme la Présidente, est responsable de traitement.

Bases juridiques du traitement
Mission d'intérêt public (Article 6.1.e RGPD) : En vertu de l'article L123-2 de code de l'éducation.

Finalités du traitement
- Analyser une prise en charge médicale : rechercher quelles sont les attentes des patients en milieu rural sous-doté en médecins généralistes face à un exercice de médecine général en cabinet itinérant en cours de généralisation.
- Production de publications anonymes.

Destinataires des données
- Le directeur de thèse/mémoire ;
- L'étudiant menant l'étude ;
- Seul l'étudiant menant l'étude est destinataire de l'enregistrement audio.

Transfert de données
Aucun transfert de données n'est effectué en dehors de l'Union Européenne.

Durée de conservation
- L'enregistrement audio brouillé contenant le code d'identification et le consentement est conservé le temps des transcriptions soit environ 2 mois ;
- Les transcriptions et autres productions anonymes sont conservées sans limite de temps.

Exercice de vos droits
Vous disposez du droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement et d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès de l'UFR Médecine/Pharmacie de l'Université de Poitiers ou auprès du délégué à la protection des données à l'adresse dpo@univ-poitiers.fr.
Si la réponse apportée demeurait insatisfaisante, il est possible d'adresser une réclamation à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (**CNIL**) :
3 place de Fontenoy
TSA 80715
74334 Paris Cedex 07
www.cnil.fr

Si des données sensibles venaient à être révélées au cours des entretiens recueillis et que le patient s'oppose à leur retranscription, il pourrait à tout moment, avant l'anonymisation, en demander le retrait immédiat. Si la révélation de ces données aux autres participants de l'entretien collectif concerné le gêne, il peut également décider à tout moment de se retirer du groupe de discussion.

Veuillez noter qu'après la phase de transcription, les données seront anonymisées et le fichier audio sera détruit. Il sera donc impossible d'effectuer toute demande de droits.

Annexe 10 : Engagement de traitement des données

Références bibliographiques :

1. Soins de santé primaires [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care
2. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. 1. Qu'appelle-t-on « soins primaires » ? In: Les soins primaires en question(s) [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2021 [cité 21 mai 2024]. p. 5-13. (Débats Santé Social). Disponible sur: https://www.cairn.info/les-soins-primaires-en-question--9782810908820-p-5.htm
3. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. Les soins primaires en question(s). 2021;
4. Garot G. Rapport n°4895 - Assemblée nationale [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/opendata/RAPPANR5L15B4895.html
5. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;
6. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. L'Espace géographique. 2018;47(4):362-80.
7. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/remedier-aux-penuries-de-medecins-dans-certaines-zones
8. L'enquête annuelle sur les écoles de formation aux professions de santé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lenquete-annuelle-sur-les-ecoles-de-formation-aux-professions-de-sante
9. Bilan démographique 2012 − La situation démographique en 2012 | Insee [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281416?sommaire=2120125
10. Bilan démographique 2021 - Insee Première - 1889 [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136
11. Dépenses de santé − France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666887?sommaire=7666953
12. Un généraliste réalise en moyenne 22 consultations de 17 minutes par jour | Egora [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-dexercice/un-generaliste-realise-en-moyenne-22-consultations-de-17-minutes-par
13. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer
14. Caisse nationale de l'Assurance Maladie, CNAM. Synthèse du rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2023 [Internet]. 2022 [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_synthese-rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_1.pdf
15. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 14 avr 2024]. La stratégie nationale de santé 2018-2022. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022
16. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des.

Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 14 avr 2024]. Lutter contre les déserts médicaux. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/
17. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
18. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociologies pratiques. 2007;14(1):19-30.
19. DRESS I. Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaire. 2020.
20. OECD. Panorama de la santé 2021: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021 [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2021_fea50730-fr
21. OECD. Panorama de la santé 2023: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023 [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2023_5108d4c7-fr
22. ROJOUAN B. Rapport d'information n° 589 du Sénat [Internet]. 2022 mars [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf
23. CartoSanté [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr/#c=home
24. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/
25. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) [Internet]. 2024 [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts
26. Sénat [Internet]. 2023 [cité 6 nov 2023]. Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-282.html
27. DGOS. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 27 avr 2024]. Les zones sous-denses en médecins. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin
28. Arrêté du 1er octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 27 avr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044194193
29. lanouvellerepublique.fr [Internet]. 2023 [cité 7 mai 2024]. Un centre de soins adossé à l'hôpital de Niort géré par les médecins généralistes. Disponible sur: https://www.lanouvellerepublique.fr/niort/un-centre-de-soins-adosse-a-l-hopital-de-niort-gere-par-les-medecins-generalistes
30. Niortagglo, Agglomération du Niortais. Populations légales 2023 [Internet]. 2023 [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: https://www.niortagglo.fr/fileadmin/CAN/agglo/Portrait_territoire/lettre-demographie_01-23_BD.pdf
31. Loi n°71-557 du 12 juillet 1971 ART. 1 A 7 : 71-557 juill 12, 1971.
32. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.
33. Sénat [Internet]. 2023 [cité 28 avr 2024]. Mise en oeuvre de la réforme de l'accès aux études de santé : un départ chaotique au détriment de la réussite des étudiants. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r20-585/r20-585.html

34. ISNAR-IMG. Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes. Exemple du stage SASPAS [Internet]. 2020 [cité 21 mai 2024]. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-linstallation-des-jeunes-MG-Document-ISNAR-IMG.pdf
35. Alice REGNAULT, Adrien RENZO. Etre maitre de stage universitaire protege-t-il du Burnout? 2014;
36. Arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine.
37. enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. [cité 28 avr 2024]. 4e année de formation pour les médecins généralistes : le Gouvernement concrétise son engagement pour une nouvelle maquette de formation. Disponible sur: https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/4e-annee-de-formation-pour-les-medecins-generalistes-le-gouvernement-concretise-son-engagement-pour-92013
38. A D, A D. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 28 avr 2024]. Accès aux soins dans les territoires : Agnès Firmin Le Bodo a annoncé le plan d'action pour atteindre 4000 maisons de santé pluriprofessionnelles d'ici 2027. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/acces-aux-soins-dans-les-territoires-agnes-firmin-le-bodo-a-annonce-le-plan-d
39. Rapport d'enquête n°1185 [Internet]. [cité 28 avr 2024]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cesoins/l15b1185_rapport-enquete
40. DGOS. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 28 avr 2024]. Le principe du CESP. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp
41. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
42. Les incitations financières ne suffisent pas à attirer les médecins dans les déserts médicaux | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 avr 2024]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-incitations-financieres-ne-suffisent-pas-attirer-les-medecins-dans-les
43. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 28 avr 2024]. Enquête sur les déterminants à l'installation. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/enquete-determinants-linstallation
44. info.gouv.fr [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Libérer du temps aux soignants pour les patients. Disponible sur: https://www.info.gouv.fr/politiques-prioritaires/batir-de-nouveaux-progres-et-refonder-nos-services-publics/liberer-du-temps-soignant
45. Franceinfo [Internet]. 2019 [cité 7 mai 2024]. Assistants médicaux : le remède allemand. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/monde/europe/allemagne/assistants-medicaux-le-remede-allemand_3240989.html
46. Asalée [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: http://asalee.org/
47. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Avis de la HAS sur le protocole de coopération : ASALEE. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1282812/fr/avis-de-la-has-sur-le-protocole-de-cooperation-asalee
48. La pratique avancée : un nouveau métier d'infirmier aux compétences élargies [Internet]. 2023 [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmier-aux-competences-elargies
49. Arrêté du 21 avril 2022 fixant la liste des vaccins que les pharmaciens d'officine sont autorisés à administrer en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique et la liste des personnes pouvant en bénéficier - Légifrance [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045638970
50. Arrêté du 8 août 2023 fixant la liste et les conditions de vaccinations donnant lieu à la

tarification des honoraires de vaccination dus au pharmacien d'officine en application du 14° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000047949091?init=true&page=1&query=vaccin+pharmacien&searchField=ALL&tab_selection=all
51. Arrêté du 28 novembre 2023 fixant la liste des médicaments pour lesquels il peut être recouru à une ordonnance de dispensation conditionnelle et les mentions à faire figurer sur cette ordonnance.
52. Médecins en maisons de santé pluriprofessionnelle : des revenus en hausse et des effets prometteurs pour l'accès aux soins | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 avr 2024]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-en-maisons-de-sante-pluriprofessionnelle-des-revenus-en-hausse-et-des
53. Sénat [Internet]. 2023 [cité 7 mai 2024]. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html
54. France, éditeur. Les établissements de santé : édition 2017. Paris: Drees; 06. (Panoramas de la DREES. Santé (En ligne)).
55. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) [Internet]. 2024 [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1
56. Cahier des charges de la PDS | Conseil départemental des Deux Sèvres de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: https://conseil79.ordre.medecin.fr/content/cahier-charges-pds
57. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Lieux d'implantation des cabines de téléconsultation et de télésoin : assurer l'accès à des soins de qualité. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3499399/fr/lieux-d-implantation-des-cabines-de-teleconsultation-et-de-telesoin-assurer-l-acces-a-des-soins-de-qualite
58. TF1 INFO [Internet]. 2024 [cité 15 avr 2024]. 5000 cabines de téléconsultation médicale en France : peut-on en installer partout ? Disponible sur: https://www.tf1info.fr/sante/video-reportage-5000-cabines-de-teleconsultation-medicale-en-france-peut-on-en-installer-partout-2284046.html
59. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2020 [cité 15 avr 2024]. Téléconsultations dans des locaux commerciaux. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/rapports/teleconsultations-locaux-commerciaux
60. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 15 avr 2024]. Article 23 - Compérage. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-23-comperage
61. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 15 avr 2024]. Article 25 - Locaux commerciaux. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-25-locaux-commerciaux
62. Fédération Nationale des Centres de Santé [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Les collectivités, les médecins et le salariat. Disponible sur: https://www.fncs.org/les-collectivites-les-medecins-et-le-salariat
63. Saône-et-Loire C départemental de. Conseil départemental de Saône-et-Loire : Site Internet. 2022 [cité 15 avr 2024]. CENTRE DÉPARTEMENTAL DE SANTÉ. Disponible sur: https://www.saoneetloire71.fr/information-transversale/actualites/centre-departemental-de-sante-5685
64. Martin T. Histoire et devenir de l'interdiction de la médecine foraine en médecine générale. 5 sept 2019;97.
65. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 15 avr 2024]. Exercer

sur plusieurs sites. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/exercer-sites
66. admin1804. Médecins solidaires. [cité 15 avr 2024]. Médecins solidaires. Disponible sur: https://medecins-solidaires.fr/
67. Franceinfo [Internet]. 2023 [cité 15 avr 2024]. Santé : un pont aérien médical exceptionnel mis en place entre Nevers et Dijon. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/deserts-medicaux/sante-un-pont-aerien-medical-exceptionnel-mis-en-place-entre-nevers-et-dijon_5624963.html
68. Certains vols intérieurs de courte durée supprimés [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16193
69. AR6 Synthesis Report: Climate Change 2023 — IPCC [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: https://www.ipcc.ch/report/sixth-assessment-report-cycle/
70. Médicobus® | [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: https://www.urml-normandie.org/en-action/medicobus/
71. Géoconfluences [Internet]. École normale supérieure de Lyon; 2024 [cité 8 mai 2024]. Nord et sud, « Nords » et « Suds ». Disponible sur: https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/nord-et-sud
72. La moitié de la population de la planète n'a pas accès aux services de santé essentiels [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses
73. Sabo LE, Kibirige JS. Political violence and Eritrean health care. Soc Sci Med. 1989;28(7):677-84.
74. Green A. Health in Angola in the wake of the presidential election. The Lancet. 23 sept 2017;390(10101):1477-8.
75. Kirk JB. The health unit system as a means of applying the principles of preventive medicine in rural areas in the tropics. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 9 mai 1934;27(6):587-92.
76. Johnson KE, Kisubi WK, Mbugua JK, Lackey D, Stanfield P, Osuga B. Community-based health care in Kibwezi, Kenya: 10 years in retrospect. Soc Sci Med. 1989;28(10):1039-51.
77. Safari Doctors [Internet]. 2024 [cité 8 mai 2024]. Safari Doctors. Disponible sur: https://www.safaridoctors.org
78. Thomas D, Sarangi BL, Garg A, Ahuja A, Meherda P, Karthikeyan SR, et al. Closing the health and nutrition gap in Odisha, India: A case study of how transforming the health system is achieving greater equity. Soc Sci Med. nov 2015;145:154-62.
79. Aljasir B, Alghamdi MS. Patient satisfaction with mobile clinic services in a remote rural area of Saudi Arabia. East Mediterr Health J. oct 2010;16(10):1085-90.
80. Targuiz, un hôpital sur rail [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: https://ici.radio-canada.ca/special/transsiberien-russie/ch4/
81. Carpenter RL. A mobile health clinic in rural Oklahoma. HSMHA Health Rep. déc 1971;86(12):1064-5.
82. Ishida Y, Kennebeck I. The mobile clinic of St. Mary's health center--a functional plan. South Med J. avr 1976;69(4):396-400.
83. Fuchs M. Provider attitudes toward STARPAHC: a telemedicine project on the Papago reservation. Med Care. janv 1979;17(1):59-68.
84. Malone NC, Williams MM, Smith Fawzi MC, Bennet J, Hill C, Katz JN, et al. Mobile health clinics in the United States. International Journal for Equity in Health. 20 mars 2020;19(1):40.
85. AerzteZeitung.de [Internet]. 2013 [cité 9 mai 2024]. Doktor-Mobil kommt zur

Behandlung an den Marktplatz. Disponible sur: https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Doktor-Mobil-kommt-zur-Behandlung-an-den-Marktplatz-271279.html
86. Wachsmuth-Uhrner S. Rollende Arztpraxis. 27 avr 2015;
87. Hessen KV. Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Kassenärztliche Vereinigung Hessen; 2024 [cité 8 mai 2024]. Medibus. Disponible sur: https://www.kvhessen.de/medibus-1
88. Parachini A. Déserts médicaux : un bus itinérant dans la campagne allemande [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: https://lequotidien.lu/culture/deserts-medicaux-un-bus-itinerant-dans-la-campagne-allemande/
89. Gatti M. La querelle des barbiers, chirurgiens et médecins (XIIIe - XVIIIe siècles) [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2014 [cité 9 mai 2024]. p. non renseigné. Disponible sur: https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733236
90. ESPACE-SENIORS_LOIC. Des barbiers aux chirurgiens - Petite balade dans leur histoire [Internet]. Liages. 2021 [cité 9 mai 2024]. Disponible sur: https://www.liages.be/des-barbiers-aux-chirurgiens-petite-balade-dans-leur-histoire/
91. Fakten zum Film - Der Medicus - ARD | Das Erste [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Disponible sur: https://www.daserste.de/unterhaltung/film/der-medicus/specials/fakten-zum-medicus-100.html
92. Lebrun F. Les Hommes et la mort en Anjou aux XVIIe et XVIIIe siècles de François Lebrun - Editions Flammarion. 1974.
93. La Loi du 19 Ventôse an XI, texte fondateur et expédient provisoire – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Disponible sur: https://www.academie-medecine.fr/la-loi-du-19-ventose-an-xi-texte-fondateur-et-expedient-provisoire/
94. Livre LLF du. Le Pouvoir de guérir, Une histoire de l'idée de maladie - Jean-Paul Lévy - Odile Jacob [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Disponible sur: https://www.librairieforumdulivre.fr/ebook/9782738142696/le-pouvoir-de-guerir-une-histoire-de-lidee-de-maladie-jean-paul-levy-odile-jacob
95. Maro PV, Plat VACL. Virgile En France, Ou La Nouvelle Énéide: Poëme Héroi-Comique En Style Franco-Gothique Pour servir d'esquisse à l'histoire de nos jours. 2 (1810). Brede; 1810. 362 p.
96. Décret n° 47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale. 47-1169 juin 27, 1947.
97. Littré É (1801 1881) A du texte. Dictionnaire de la langue française.... Tome 2 / par É. Littré,... [Internet]. 1873 [cité 9 mai 2024]. Disponible sur: https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5406698m
98. Férussac AÉJPJFD "de". Bulletin general et universel des annonces et des nouvelles scientifiques, publie sous la direction du baron de Ferussac. Fain; 1826. 496 p.
99. Bartley OW. A Treatise on Forensic Medicine; or, Medical Jurisprudence. Barry&Son; 1815. 102 p.
100. Décret n°55-1591 du 28 novembre 1955 ABROGE ET REMPLACE LE D. 47-1169 DU 27-06-1947, PORTANT CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE. 55-1591 nov 28, 1955.
101. Décret n°79-506 du 28 juin 1979 PORTANT CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE. 79-506 juin 28, 1979.
102. Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. 95-1000 sept 6, 1995.
103. La Mutualité Française [Internet]. [cité 9 mai 2024]. La Mutualité Française dénonce la décision du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de l'Oise d'interrompre le

déploiement du « bus santé » dans leur département. Disponible sur: https://www.mutualite.fr/presse/La-Mutualite-Francaise-denonce-la-decision-du-Conseil-departemental-de-l-Ordre-des-medecins-de-l-Oise-d-interrompre-le-deploiement-du-bus-sante-dans-leur-departement/
104. Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale. 2012-694 mai 7, 2012.
105. Yu SWY, Hill C, Ricks ML, Bennet J, Oriol NE. The scope and impact of mobile health clinics in the United States: a literature review. Int J Equity Health. déc 2017;16(1):178.
106. Schwartze J, Wolf KH, Schulz S, Rochon M, Wagner M, Bannenberg U, et al. Rolling Medical Practice: Ambulant Mobile Medical Care for Rural Areas. Stud Health Technol Inform. 2015;216:909.
107. Walker G, Gish O. Mobile health services: a study in cost-effectiveness. Med Care. avr 1977;15(4):267-76.
108. Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association - Légifrance [Internet]. [cité 10 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006069570
109. Constitution d'une CPTS [Internet]. [cité 10 mai 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisations-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts
110. Reporterre. Reporterre, le média de l'écologie - Indépendant et en accès libre. [cité 10 mai 2024]. Médicobus : une solution contre les déserts médicaux ? Disponible sur: https://reporterre.net/Medicobus-une-solution-contre-les-deserts-medicaux
111. ROBELET G. Ouest-France.fr. 2021 [cité 10 mai 2024]. Orne. Face à la pénurie de médecins, le médicobus fait le plein dans les bourgs. Disponible sur: https://www.ouest-france.fr/normandie/orne/orne-face-a-la-penurie-de-medecins-le-medicobus-fait-le-plein-dans-les-bourgs-7122151
112. Dans l'Orne, le médicobus parcourt les déserts médicaux [Internet]. Grand Format Normandie. [cité 10 mai 2024]. Disponible sur: http://grand-format.net/breve/dans-lorne-le-medicobus-parcourt-les-deserts-medicaux/
113. ici par France Bleu et France 3 [Internet]. 2023 [cité 10 mai 2024]. Un médicobus dans le Doubs en 2024 pour compenser le manque de médecins généralistes - France Bleu. Disponible sur: https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/un-medicobus-dans-le-doubs-en-2024-pour-compenser-le-manque-de-medecins-generalistes-6334925
114. ici par France Bleu et France 3 [Internet]. 2023 [cité 10 mai 2024]. Dans l'Eure, un cabinet itinérant pour répondre au manque de médecins - France Bleu. Disponible sur: https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/dans-l-eure-un-cabinet-itinerant-pour-repondre-au-manque-de-medecins-8937097
115. Médicobus®. Synthèse des résultats - Enquête de satisfaction des patients reçus pour une consultation - Centre de santé Médicobus®. 2021.
116. Ministères Écologie Énergie Territoires [Internet]. [cité 21 juill 2023]. France ruralités : un plan pour une équité territoriale. Disponible sur: https://www.ecologie.gouv.fr/france-ruralites-plan-equite-territoriale
117. DICOM_Raphaelle.B, DICOM_Raphaelle.B. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 10 mai 2024]. Point d'étape sur le déploiement des solutions d'accès aux soins dans les territoires : vers une amélioration du nombre de patients ayant accès à un médecin et des créneaux de consultations. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/point-d-etape-sur-le-deploiement-des-solutions-d-acces-aux-soins-dans-les
118. https://www.lamedicale.fr/ [Internet]. 2024 [cité 10 mai 2024]. Médicobus : rapport d'étape. Disponible sur: https://www.lamedicale.fr/vous-informer/medicobus-rapport-d-etape

119. Population par âge − Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#graphique-figure1
120. Rapport d'enquête n°1185 - Tome 1 [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cesoins/l15b1185-t1_rapport-enquete
121. Bottero S. La médecine générale mobile: une réponse à la désertification médicale? Enquête auprès des médecins généralistes des Alpes-de-Haute-Provence. 2020;
122. Mélissa M. La médecine itinérante, une des solutions aux problèmes d'offre de soins en France ? : point de vue des médecins. 2020. 1 vol. (62 f.).
123. Hou P. 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. 2020;
124. Erwan L. Représentations d'un modèle de médecine générale itinérante par un échantillon de population en zone sous-médicalisée. [Lieu de publication inconnu]: [éditeur inconnu]; 2016.
125. Soler Léna. Introduction à l'épistémologie. Ellipses. 2019.
126. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire / Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone [Internet]. Global média santé; 2021 [cité 25 mai 2024]. 1 vol. (192 p.); ill. en coul.,couv. ill. en coul., fig.graph. ; 25 cm. Disponible sur: https://bibliotheque.univ-catholille.fr/Default/doc/SYRACUSE/364379/initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante-le-guide-pour-reussir-sa-these-ou-son-memoire-groupe-
127. Chew-Graham CA, May CR, Perry MS. Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. Family Practice. 1 juin 2002;19(3):285-9.
128. Dedianne MC, Letrilliart L, Moreau, Alain. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien. 15 mars 2004;18(645).
129. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. Nathan; 1996. 127 p.
130. Troester J. Bilan du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) en Lorraine : Étude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès des maîtres de stage et des internes stagiaires. Lorraine; 2013.
131. Sénat [Internet]. 2023 [cité 27 juill 2024]. Pénurie de médecins traitants. Disponible sur: https://www.senat.fr/questions/base/2023/qSEQ230406098.html
132. Freud S. Deuil et mélancolie. Extrait de Métapsychologie. Sociétés. 2004;86(4):7-19.
133. Article L1110-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 31 juill2024]. Disponible sur:https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045212793
134. Kübler-Ross E. On Death and Dying. JAMA. 10 juill 1972;221(2):174.
135. Le Guay D. La vulnérabilité des endeuillés. Les Cahiers de la Justice. 2019;4(4):581-93.
136. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
137. Déploiement de médicobus dans les territoires ruraux avec des difficultés d'accès aux soins [Internet]. 2024 [cité 7 août 2024]. Disponible sur: https://www.normandie.ars.sante.fr/deploiement-de-medicobus-dans-les-territoires-ruraux-avec-des-difficultes-dacces-aux-soins-1
138. Colin MP, Acker D. Les centres de santé : une histoire, un avenir. Santé Publique. 2009;21(hs1):57-65.
139. Territoires ruraux : un accès aux services publics encore insuffisant | vie-publique.fr [Internet]. 2023 [cité 9 août 2024]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/en-bref/288986-territoires-ruraux-un-acces-aux-services-publics-encore-insuffisant

140. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 10 août 2024]. Les 3 000 internes de médecine générale ont fait leur rentrée après un choix de stage compliqué. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/jeunes-medecins/les-3-000-internes-de-medecine-generale-ont-fait-leur-rentree-apres-un-choix-de-stage-complique
141. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 7 mai 2024]. Tout savoir sur le SAS. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure 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 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 et reconnaissant 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 d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !