

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2020

N° 2020-202

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Santé Publique

Par

Mélissa MARTIN

Née le 15/02/1992 à ORANGE (84)

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2020

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

Président : Madame le Professeur Leila MORET

Directeur de thèse : Monsieur Philippe TESSIER

Remerciements

A Madame le Professeur Leila MORET,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de présider mon jury. Je vous suis reconnaissante de la patience et de l'ouverture d'esprit dont vous avez fait preuve durant mon internat, et ce jusqu'au choix de mon sujet de thèse. Votre bienveillance et vos conseils avisés m'ont aidé quand j'en avais besoin.

A Monsieur Philippe TESSIER,

Je vous suis reconnaissante de l'attrait que vous avez manifesté dès le début pour mon sujet de thèse et de m'avoir guidé tout au long de ce travail, parfois difficile. Vous avez su me remobiliser chaque fois que nécessaire et toujours dans la sérénité et la bienveillance. Un grand merci pour votre pédagogie et votre disponibilité qui m'ont réellement permis d'avancer.

A Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail de thèse, veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Brice LECLERE,

Je te suis reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail. Merci pour tes présentations décalées en staff et ta passion de R. Tu vois, ton insistance pour l'utilisation de R a peut-être fonctionné finalement...

Je tiens à remercier les CDOM et URML, et plus largement tout ceux qui ont participé à la diffusion de mon questionnaire.

Aux équipes de l'ERiC (Morgane, Brigitte, Isabelle) et du CPias Bretagne (Fabienne, Marion, Margaux, Jocelyne). Ces 2 semestres à vos côtés ont été à la fois intéressants et agréables, merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

Particulièrement aux Dr Cécile PAILLE et Emmanuel PIEDNOIR, 2 chefs passionnés et passionnants, d'un dynamisme qui donne envie d'apprendre.

Petit clin d'œil à Brigitte, la sphinxologue en chef !

A ma famille et ma belle-famille, merci d'être toujours là et d'être qui vous êtes. Même si vous ne comprenez pas toujours ce que je fais, votre soutien m'est nécessaire.

Maman, Papa, merci pour votre soutien et votre amour indéfectible. Je vous aime !

Matthias, mon grand petit frère, je suis admirative de ton parcours et de ta détermination. J'espère te ressembler un jour (que sur ce point :p).

A mon Papidou et ma petite Mamie que j'aime terriblement.

A Marine, merci pour ton soutien malgré la distance (et ça ne va pas s'arranger !). Hâte de pouvoir se retrouver et de passer des heures à chanter du Céline !

A la fine équipe de Saint-Jacky, best co-internes ever : Trutt, Karlito, Dédé, Sara, Mimi. Merci pour ce semestre rempli de rires, de débats et de parties de « boulard ».

Un an plus tard, c'est les Babyfooteuses qui font mon semestre (Mélanie, Samantha et Yannick :p). Jeux de société le midi, raclette VG le soir, que demander de plus ?

A mes Shatta potos de Gwada, sans vous la vie ne serait pas pareil ! Joy, Pierre et Alison, de la Tanzanie au GR34, bientôt en Namibie, c'est toujours un délire assuré. Un regroupement en Guadeloupe peut-être ? :p

A la team Neuneux élargie, grâce à vous ces 3 années angevines ont été géniales. Merci pour votre accueil, vos sourires et votre soutien permanent. J'espère vous retrouver, à Angers ou ailleurs, pour passer de chouettes moments.

Dans le désordre : Audrey & Fred, Alice, Mathilde & Flo, Marie LR, Iden, Roro du 17, Karine, Marie & William, Anne-So, Mélanie & Damien

A Kawan, qui en un coup de ronron te donne tout l'amour dont il est capable.

Et bien sûr, à Doriane. Tu me donnes envie de m'améliorer au quotidien (et y'a du boulot), sans toi je ne serais pas la même. J'admire ta persévérance et ta passion dans tout ce que tu entreprends. Je suis heureuse de poursuivre notre aventure ensemble qui, je l'espère, durera éternellement.

Liste des abréviations

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CESP : Contrat d'Engagement Service Public

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

ESP : Équipe de Soins Primaires

EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale

ETP : Équivalent Temps Plein

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

MG : médecin généraliste

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

OCDE : Organisation de Coopération et Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

PTMA : Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

PTMR : Praticien Territorial de Médecine de Remplacement

RDV : Rendez-vous

URPS-ML : Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Remerciements	2
Liste des abréviations	4
A. Offre de soins en France	6
I. Démographie médicale.....	6
II. Accès aux soins.....	9
B. Initiatives de régulation de l'offre	13
I. Incitations financières.....	13
1. <i>CESP</i>	13
2. <i>PTMG</i>	13
3. <i>Aides financières selon un zonage défini</i>	14
II. Initiatives organisationnelles.....	14
1. <i>L'exercice coordonné</i>	14
2. <i>Pratique multi-sites</i>	16
3. <i>Consultations avancées</i>	16
III. Initiative technologique : la télémédecine.....	17
IV. Délégation de tâches.....	17
V. Liberté d'installation réduite.....	17
C. La possibilité de la médecine itinérante	18
I. Itinérance et médecine.....	18
II. Expériences de médecine itinérante.....	19
1. <i>Expériences françaises</i>	19
2. <i>Médecine humanitaire ou de crise</i>	20
3. <i>Autres expériences dans le monde</i>	20
III. Introduction à notre étude.....	21
D. L'étude	22
I. Matériel et méthode.....	22
1. <i>Type d'étude et critères d'inclusion</i>	22
2. <i>Questionnaire</i>	22
3. <i>Diffusion du questionnaire</i>	23
4. <i>Analyses statistiques</i>	24
II. Résultats.....	25
1. <i>Échantillon d'analyses : statistiques descriptives</i>	25
2. <i>La médecine itinérante en pratique : faisabilité</i>	28
3. <i>Vérification d'hypothèses</i>	31
4. <i>Analyses multivariées</i>	34
III. Discussion.....	36
1. <i>Méthodologie</i>	36
2. <i>Résultats</i>	37
E. Conclusion	41
F. Bibliographie	42
Annexes	48
Annexe 1 : Questionnaire.....	48
Annexe 2 : Analyses statistiques complémentaires.....	54
Annexe 3 : Commentaires des répondants.....	58

A. Offre de soins en France

I. Démographie médicale

Selon les données présentées dans l'Atlas annuel du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) de 2018 (1), la France compte 296 755 médecins inscrits au tableau de l'Ordre et ceux-ci sont toujours plus nombreux chaque année depuis les années 80. On peut noter que depuis 2010, l'augmentation du nombre de médecins est de 13,5%, toutes spécialités et tous modes d'exercice confondus.

En terme de densité médicale, la France se trouve également dans une position relativement favorable car, avec 3,3 médecins pour 1000 habitants (toutes spécialités et tous modes d'exercice confondus), elle est proche de la moyenne des pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et Développement Économiques) (2).

Malgré ces chiffres, nous entendons parler depuis les années 2000 de « désert médical » (3).

Plusieurs constats peuvent expliquer l'apparition de zones médicalement sous-denses (1,3,4), terme préféré à celui de « désert médical » qui pourrait faire croire à un désert global, populationnel notamment. Ces zones sont définies par la possibilité d'avoir moins de 2,5 consultations par habitant et par an.

D'une part, certains facteurs augmentent la demande de soins comme l'augmentation et le vieillissement de la population française, les âges extrêmes ayant une consommation de soins supérieure. L'augmentation des pathologies chroniques est également un facteur. Le virage ambulatoire voulu par les pouvoirs publics va également accroître la demande en soins autour des professionnels libéraux et de premiers recours (5).

D'autre part, il y a des facteurs qui diminuent l'offre de soins. Le vieillissement des médecins est un point important à souligner. En effet derrière l'augmentation de la population de médecins, il y a surtout une augmentation des retraités, actifs ou non, alors que le nombre de médecins en activité régulière stagne comme nous pouvons le voir sur la figure 1 (1).

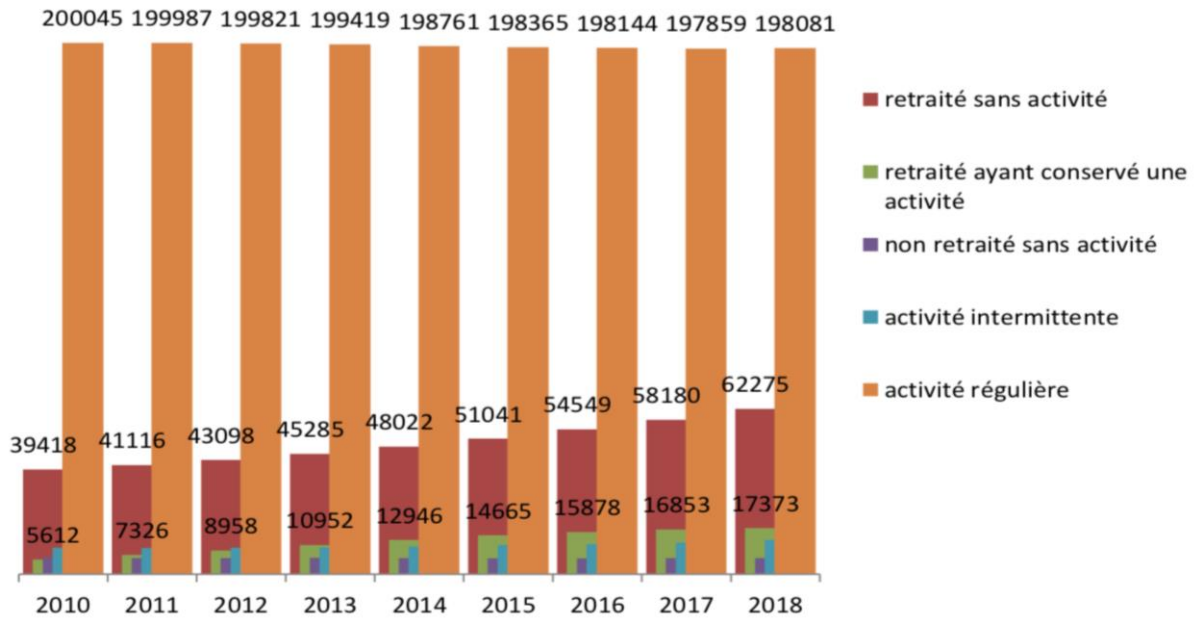


Figure 1 : Répartition de l'activité générale depuis 2010 (Atlas CNOM 2018)

Le numerus clausus, mis en place par la loi de 1971, est un autre facteur diminuant l'offre de soins. Cette loi prévoyait de fixer un nombre d'étudiants en médecine admis en seconde année en fonction des capacités de formation hospitalière puis, à partir de 1979, en fonction des besoins de la population.

Une baisse du nombre de médecins était initialement voulue par les pouvoirs publics mais ce numerus clausus n'a pas suivi la courbe démographique globale et donc la demande en soins croissante. Cela a engendré le manque actuel de médecins comme nous pouvons le voir sur la figure 2 (6,7).

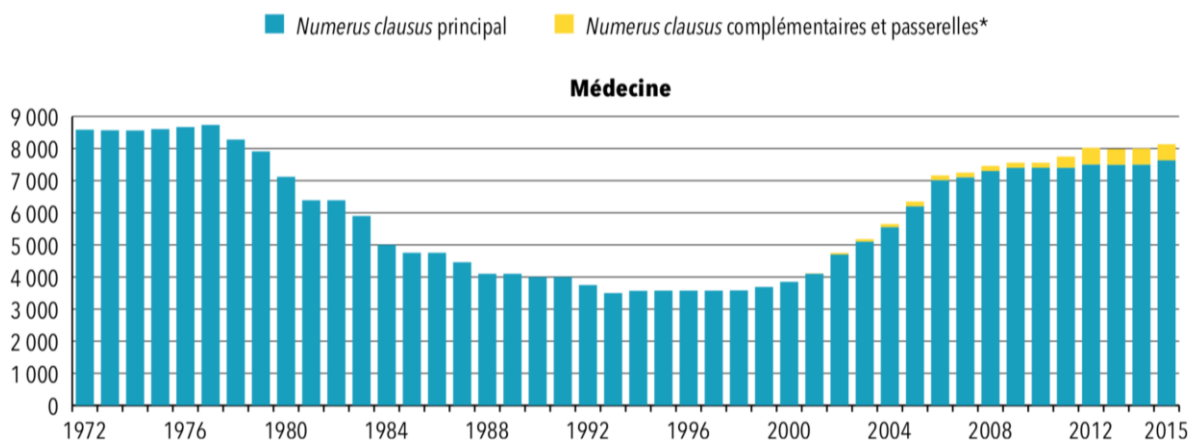


Figure 2 : Évolution du numerus clausus en médecine depuis son installation en 1971 (Drees 2016)

L'autre écueil que l'on peut attribuer au *numerus clausus* est de contrôler les effectifs sans réguler la répartition géographique de ces professionnels. En effet les médecins ont une liberté totale d'installation une fois diplômés (4). La préférence croissante pour une activité salariée, la féminisation de la profession et le changement de mode de vie des nouvelles générations vont dans le sens d'une attractivité plus grande de certaines zones notamment des pôles urbanisés. Cela tend également à diminuer le temps médical effectif.

Comme le montre la figure 3, la majorité des départements français ont une densité médicale sous la moyenne nationale (seuls les départements en jaunes sont au dessus). De plus, entre 2010 et 2018, très peu de départements ont gagné en nombre de médecins, seuls les départements en verts sont gagnants sur la figure 4.

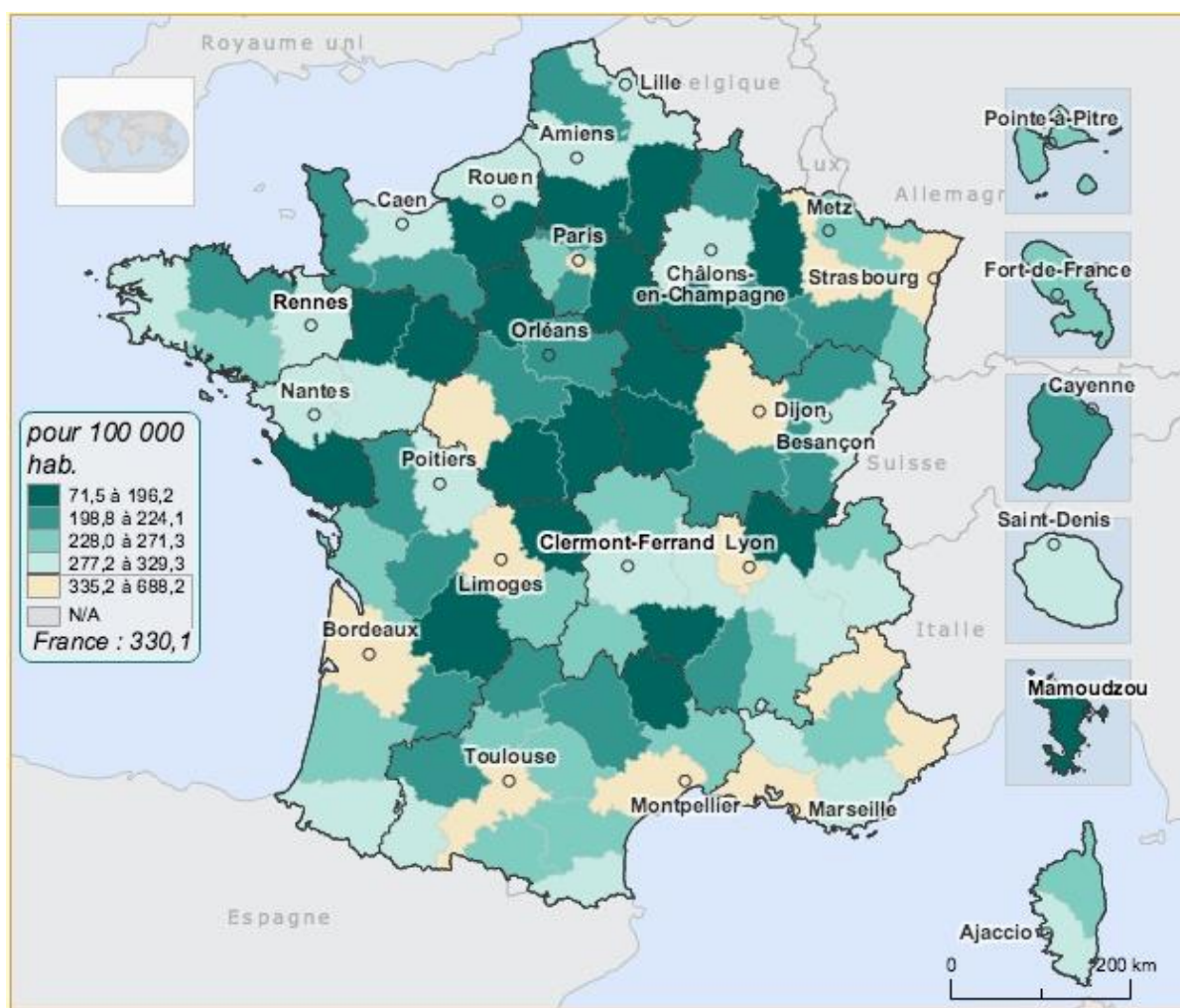


Figure 3 : Densité médicale par département des médecins inscrits au tableau de l'Ordre, en activité régulière, données 2018*

* Carte réalisée grâce à l'outil interactif disponible sur le site du CNOM (8)

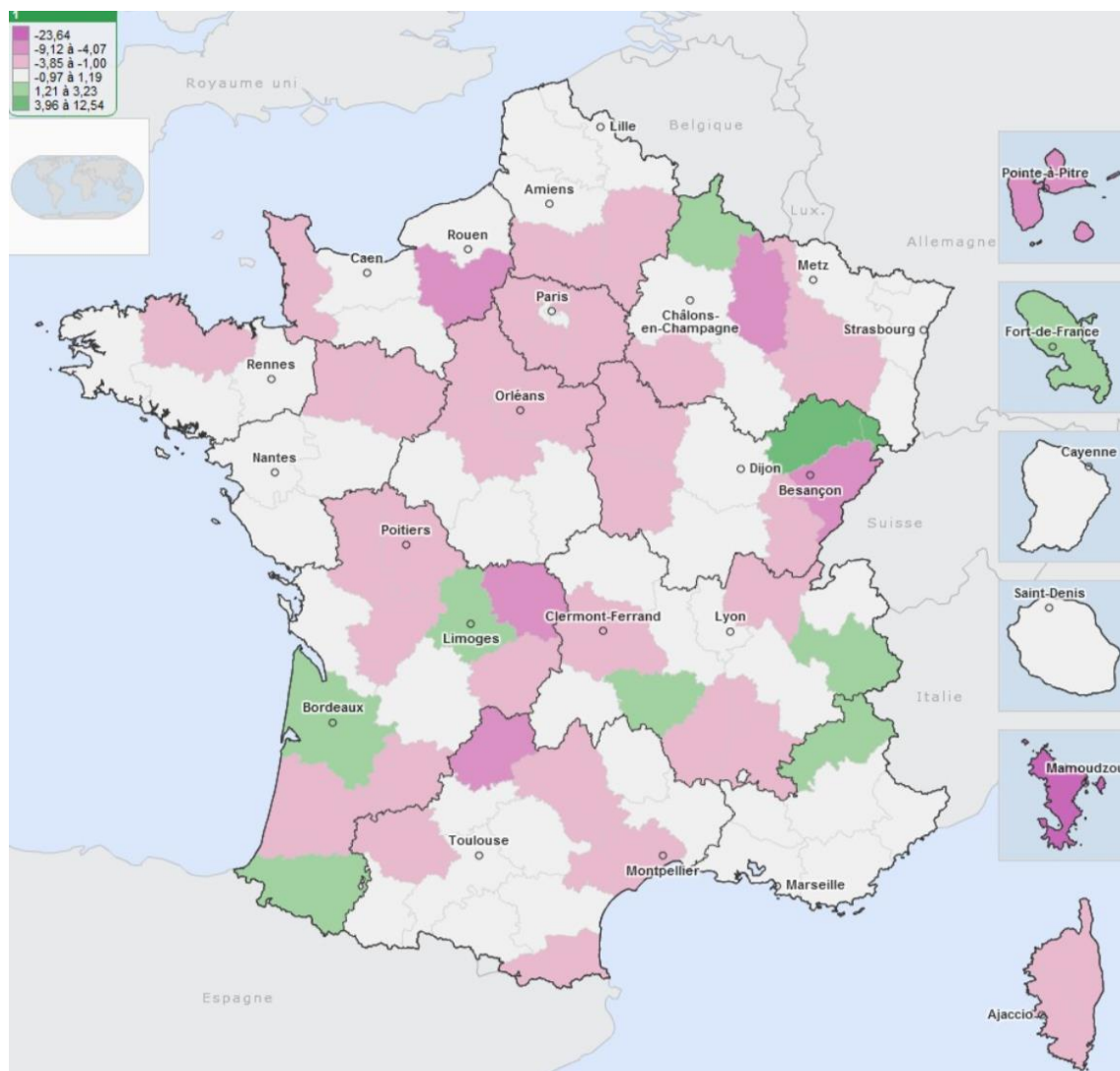


Figure 4 : Variation des densités médicales par département entre 2010 et 2018 en %, pour l'activité régulière (Atlas CNOM 2018)

On imagine que les zones sous-dotées sont des zones rurales mais paradoxalement, la région Ile-De-France est une des régions avec la plus faible densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants. Ceci est également valable pour les médecins spécialistes (9,10).

II. Accès aux soins

Le manque de médecins et leur mauvaise répartition territoriale entraînent des inégalités d'accès aux soins, ce qui peut amener les patients à des non-recours et/ou au renoncement de leurs soins (11). Or, l'accès aux soins est une des conditions nécessaires pour être en bonne santé, comme définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Pour les patients, les conséquences sont un allongement du délai de rendez-vous ou de plus longues distances à parcourir pour consulter. D'autant plus que certaines catégories

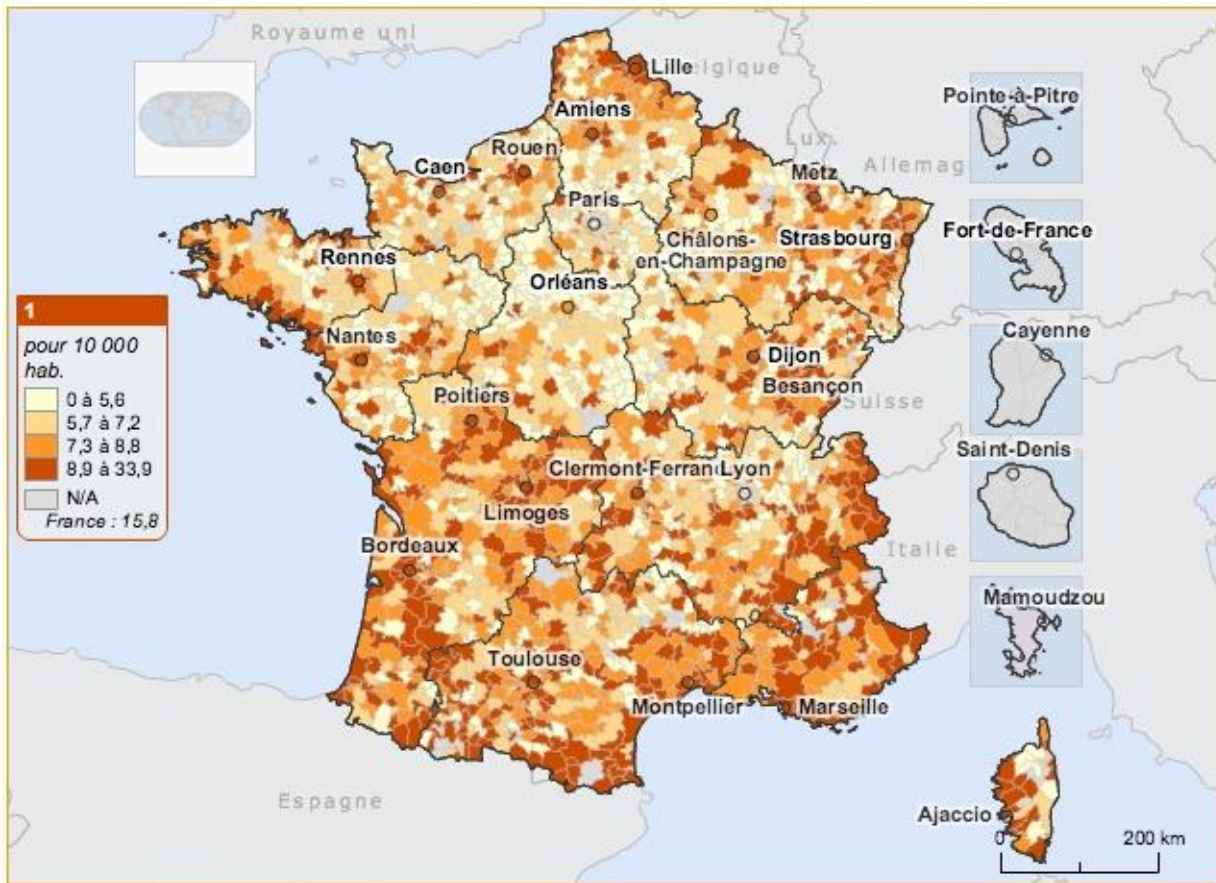
de patients sont plus en difficulté pour se déplacer (personnes âgées, personnes handicapées). Cela peut entraîner des conséquences plus graves comme un retard dans les prises en charges urgentes. Pour ces patients, l'alternative est souvent de se rendre aux urgences, ce qui crée ensuite des tensions sur les établissements concernés (3,12).

Les professionnels installés dans les zones sous-denses peuvent aussi être impactés avec une charge de travail plus importante (12,13).

Dans les faits, 100% des usagers habitent à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste. En pratique, les usagers vont souvent consulter au delà de cette zone, et cela est particulièrement visible pour les ophtalmologues et gynécologues. En effet, d'autres facteurs entrent en compte dans le choix du médecin comme son délai de rendez-vous, le lieu de travail du patient ou encore la réputation du médecin (14).

Ainsi, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé en 2012 et tient compte à la fois de l'offre, et notamment de l'activité effective des professionnels, mais aussi de la demande en soins selon l'âge de la population. L'APL est exprimée en équivalent temps plein (ETP) pour 100 000 habitants. Son autre avantage est d'être disponible à l'échelle des communes mais seuls les médecins généralistes libéraux sont pris en compte. L'APL moyenne en France était de 71 ETP de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants en 2010 (15,16).

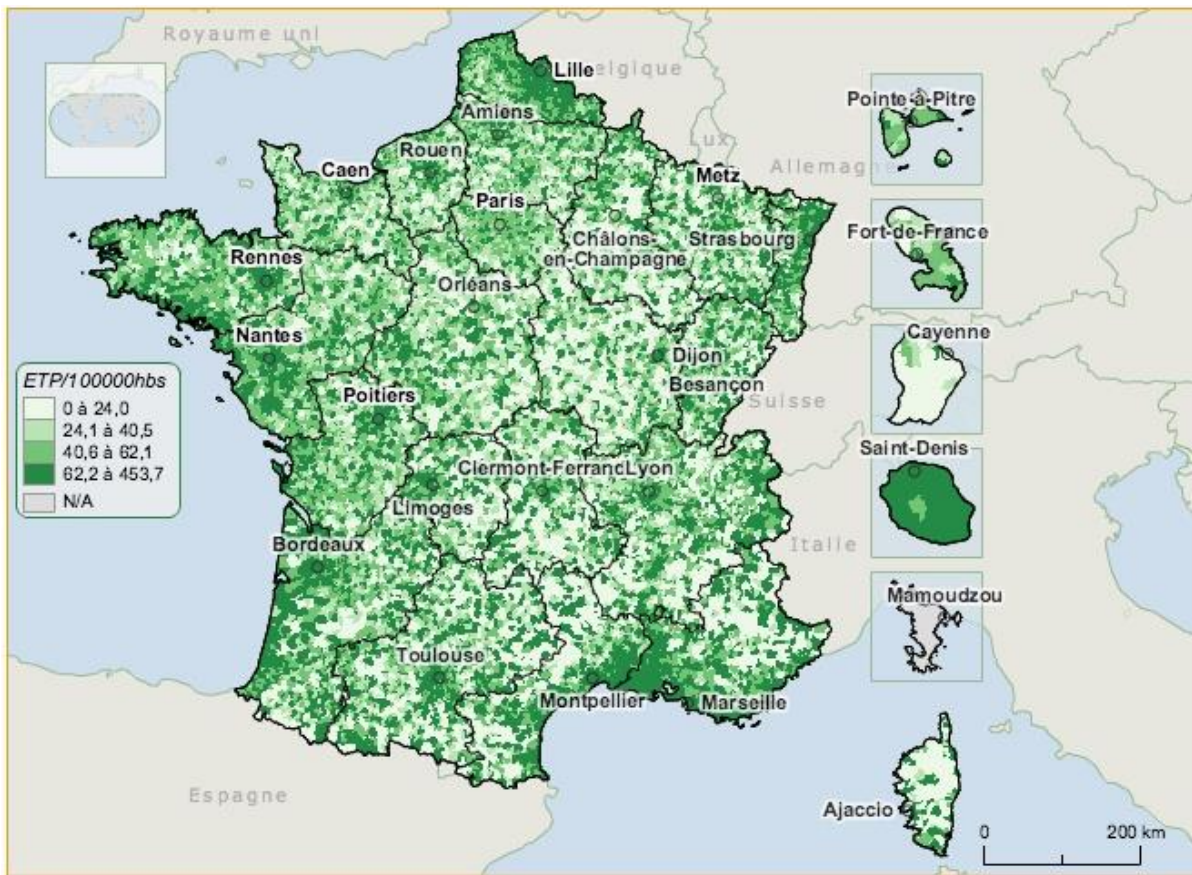
Sur la figure 5, concernant la densité des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle des EPCI (établissement public de coopération intercommunale), on voit une grande disparité Nord-Sud. Sur la figure 6 avec l'APL des médecins généralistes libéraux, d'une part l'échelle communale est plus précise et d'autre part on identifie des zones ayant une APL correcte notamment dans le nord ouest de la France alors que ces zones avaient une faible densité médicale.



© IGN GéoFla 2015 - France par EPCI

Figure 5 : Densité médicale des médecins généralistes libéraux et mixtes en France, données 2016*

* Carte réalisée grâce à l'outil interactif disponible sur le site du CNOM (8)



© IGN GéoFla 2015 - France par commune

Figure 6 : Accessibilité Locale Potentielle en France des médecins généralistes libéraux, données 2013*

* Carte réalisée grâce à l'outil interactif disponible sur le site du CNOM (8)

B. Initiatives de régulation de l'offre

Pour tenter de palier à ces inégalités territoriales d'accès aux soins, plusieurs initiatives ont été proposées. Devant le nombre et la diversité de ces initiatives, toutes ne sont pas développées ici.

I. Incitations financières

De nombreuses incitations financières ont été mises en place ces dernières années, soit directes par rémunération du médecin, soit indirecte par exonération de charges.

1. CESP

Le contrat d'engagement de service public (CESP), signé entre un étudiant de second cycle ou un interne et l'ARS (Agence régionale de santé), a été créé avec la loi dite « HPST » (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) de 2009. Ce contrat engage le futur médecin à effectuer un nombre d'années en zone sous-dotée une fois diplômé contre une rémunération pendant ses études (17).

Les effets de cette mesure ne sont pas encore réellement visibles car la mise en place effective date de 2013, à cela doivent s'ajouter les années de formation avant l'installation. Le nombre d'engagements augmente depuis la création du CESP mais quelques contraintes apparaissent freinant cette évolution, notamment pour les spécialités qui sont beaucoup moins accessibles par cette voie. En effet, 75% des postes à pourvoir sont des postes de médecins généralistes (18).

2. PTMG

En 2012, le Ministère de la santé a lancé le premier Pacte territoire santé 1 (2012-2015) avec comme priorité l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national (19). Parmi les 10 engagements, figurait le nouveau statut de praticien territorial de médecine générale (PTMG) à destination des jeunes médecins non encore installés ou installés depuis moins d'un an. Une rémunération mensuelle est garantie sous réserve d'un certain nombre de consultations effectuées. Le praticien bénéficie également d'avantages en matière de protection sociale (20).

Le nombre de contrats de PTMG signés est en augmentation mais il est réservé à la médecine générale et exclut donc l'installation des spécialistes. Selon l'enquête faite dans le rapport Augros, la quasi-totalité des professionnels ayant signé ce contrat exerceraient toujours sur le même lieu (18).

3. Aides financières selon un zonage défini

D'autres aides financières à l'installation existent, soit financées par l'Assurance Maladie, ce sont les aides dites conventionnelles par contrat, soit directement financées par l'État comme les statuts de praticiens territoriaux de médecine ambulatoire (PTMA) ou de médecine de remplacement (PTMR). Enfin, des aides financées par les collectivités territoriales peuvent prendre la forme de primes ou de subventions de matériel, mais cela reste très variable en fonction des collectivités.

Ces 3 types d'aides sont attribués selon le zonage défini par le Code de la Santé Publique séparant les zones d'intervention prioritaire des zones d'actions complémentaires en fonction de la densité médicale. Celui-ci n'est, en pratique, pas toujours respecté, notamment par les collectivités (18).

Il existe des zones dites de revitalisation rurale où une exonération sociale et fiscale est possible. Ceci est distinct du zonage évoqué juste avant et repose sur des critères plus économiques et non de densité médicale.

Au total, le succès de ces aides est inégal. En effet, les considérations financières ne sont pas l'unique déterminant à l'installation. Au vu du grand nombre d'aides existantes et de la méconnaissance de ces aides, les jeunes médecins ont besoin d'être accompagnés pour mieux les utiliser. Les contrats comme les PTMG, PTMA et PTMR semblent conforter les choix d'installation plus que de les déterminer (3,18,21).

II. Initiatives organisationnelles

1. L'exercice coordonné

L'exercice coordonné présente plusieurs avantages tant pour les professionnels que les usagers. En effet, la mutualisation des moyens et le partage des frais (secrétariat, matériel) permet de gagner du temps sur les tâches administratives lorsque les professionnels exercent sur un même site. La coordination permet de travailler en équipe et de se sentir moins seul face à des prises en charge parfois complexes. Pour l'utilisateur, le suivi est de meilleure qualité avec un accès facilité à d'autres professionnels de santé (paramédicaux notamment) (22).

Maisons et pôles de santé pluri-professionnels

Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) sont définies par l'article 2 de la loi n°2011-940 du 10 août 2011, modifiant certaines propositions de la loi HPST de 2009, elle-même ayant modifié l'article L. 6323-3 du Code de la Santé Publique (23).

Ce sont des structures regroupant des professionnels de santé libéraux travaillant de façon pluri-professionnelle autour d'un projet de santé commun. Il est nécessaire d'avoir

minimum 2 médecins et un auxiliaire médical pour former une MSP mais d'autres professionnels peuvent composer l'équipe (des médecins généralistes ou spécialistes, des paramédicaux ou des professionnels du médico-social). Ces derniers peuvent assurer également des activités d'éducation pour la santé, de prévention et des actions sociales. Une MSP peut être sur un seul site ou sur plusieurs et est principalement implantée en zone rurale ou en zone nécessitant un renforcement de l'offre de soins (24). Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est signé entre l'ARS et la MSP, préalable indispensable avant l'aide financière de l'ARS.

Les pôles de santé ont les mêmes caractéristiques que les MSP mais avec un périmètre d'action plus grand et souvent sur plusieurs sites (25).

Les maisons et pôles de santé ont été cités dans le Pacte territoire santé 1 (engagement 5) pour lutter contre les déserts médicaux. Ces structures ont été à nouveau citées dans le Pacte territoire santé 2 (2015-2017) pour inciter les jeunes médecins à venir s'installer en zones sous-dotées (26).

Il est à noter la différence de ces 2 types de structures avec les maisons médicales qui sont des regroupements de professionnels sans projet de santé commun et qui peuvent être mono-disciplinaires.

Centres de santé

Les centres de santé réunissent des professionnels salariés, en secteur 1, au sein d'une structure gérée par l'Assurance maladie ou une mutuelle, une association ou une collectivité territoriale. Ils sont plus souvent implantés en milieu urbain et/ou défavorisé, ils peuvent être mono ou pluri professionnels (27).

Ces centres permettent de répondre aux inégalités sociales de santé (secteur 1, tiers payant) et peuvent aussi organiser des actions de santé publique. Leur viabilité économique est toutefois discutée. En effet, la seule rémunération à l'activité ne leur est pas favorable et nombreux sont les centres nécessitant un effort de gestion voire un complément de revenus (27).

ESP et CPTS

Les professionnels d'un même territoire ont la possibilité de se coordonner pour améliorer le parcours de leurs patients et le maillage territorial, sans forcément exercer dans une même structure.

Les équipes de soins primaires (ESP), constituées de professionnels du premier recours (médecins généralistes et paramédicaux) sont coordonnées autour du médecin généraliste dans ce but.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent, en plus, être constituées de professionnels du second recours et/ou d'acteurs médico-sociaux. Elles incluent également des missions de prévention (5).

2. Pratique multi-sites

La possibilité d'une pratique multi-sites (exercer sur plusieurs sites distincts) n'est en réalité que très récente. En effet, avant 2005, les médecins n'avaient le droit d'ouvrir un cabinet secondaire que dans une commune plus petite sans médecin installé.

En 2005, la modification du Code de la Santé Publique par décret a permis un exercice multi-sites après autorisation du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). Des conditions étaient nécessaires comme par exemple le fait que le secteur envisagé soit en carence ou insuffisance de l'offre de soins (28).

Depuis 2019, un second décret modifiant le Code de Déontologie Médicale permet l'exercice multi-sites après simple déclaration au CDOM (29).

Le médecin doit toujours s'assurer de prendre les dispositions nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité des soins. Le CDOM peut donc, sous 2 mois et s'il juge que ces dispositions ne sont pas prises, s'opposer à cette demande.

Avant 2019, les recours auprès du CDOM dans le cadre de la demande d'autorisation à exercer sur multi-sites étaient nombreux, certains médecins estimant être victimes de concurrence de la part des praticiens multi-sites (30).

3. Consultations avancées

Les consultations avancées de médecins spécialistes ont été mises en place dans le cadre des missions des hôpitaux locaux (actuels hôpitaux de proximité) en 2003 (31). Leur développement doit tenir compte des besoins du territoire (offre existante, population du territoire, distance avec les établissements de santé). Il est également possible de faire ces consultations avancées dans des MSP ou des centres de santé.

Cette organisation a été citée pour renforcer l'accès territorial aux soins en 2017 dans le dossier de presse du Ministère des solidarités et de la santé (32). Elles permettent également de lutter contre les inégalités de santé par une démarche d'aller-vers et les patients ayant bénéficié de consultations avancées sont souvent satisfaits. D'autres avantages peuvent leur être attribuables comme par exemple le renforcement du lien ville-hôpital ou la diminution des coûts de transport du patient (33–35).

III. Initiative technologique : la télémédecine

La télémédecine est définie dans l'article 78 de la loi HPST de 2009 (25) et correspond à une pratique médicale à distance grâce aux technologies de l'information et de la communication. Elle se décompose en 5 actes : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale.

Depuis 2018, la téléconsultation et la téléexpertise (fait de solliciter l'avis d'un confrère à distance) sont remboursées par l'Assurance Maladie.

La télémédecine apparaît comme une solution possible pour améliorer l'accès aux soins des patients habitant dans une zone sous-dotée. Toutefois, les médecins sont souvent réticents de par leur méconnaissance de ces technologies (nécessité de formations et d'informations) (36–38).

IV. Délégation de tâches

Pour dégager du temps médical, il est proposé de déléguer certaines tâches à d'autres professionnels, après une formation adéquate (39).

Par exemple, les internes en dernière année pourraient être des médecins adjoints sous supervision en ambulatoire, dans les zones sous-dotées, à condition que les conditions d'accueil et d'encadrement soient correctes. Cela pourrait donner envie à ces futurs praticiens de s'installer ensuite dans ces zones.

La création des postes d'assistants médicaux ou d'infirmiers de pratiques avancées permettra d'augmenter le nombre de consultations, notamment pour des actes simples. Un autre exemple de délégation de tâches dans le cadre de la vaccination antigrippale, celle-ci peut être réalisée par les pharmaciens de ville depuis 2019 (40).

V. Liberté d'installation réduite

Les médecins étant inégalement répartis et ayant une liberté totale d'installation, des mesures plus radicales sont régulièrement discutées.

La Cour des Comptes a proposé en 2017 de conventionner les médecins spécialistes en fonction de leur zone d'installation (41). Ceux souhaitant s'installer en zone déjà correctement dotée ne pourraient s'installer qu'en secteur 1 avec des tarifs plafonnés.

Certaines professions comme les sages-femmes ne peuvent s'installer en zone sur-dotées si une autre sage-femme n'a pas cessé ou réduit son activité (42). De même, les officines ne peuvent être implantées qu'après accord du Directeur Général de l'ARS et selon des seuils populationnels (43).

Dans certains pays européens, la liberté d'installation est déjà réduite, comme en Allemagne où les médecins n'ont plus le droit de s'installer dans les zones où le nombre de médecins est supérieur à 110% de la moyenne nationale. Ceci est toutefois considéré comme arbitraire et différemment appliqué selon les régions. Au Royaume-Uni, les nouveaux médecins ne peuvent s'installer que sur des postes vacants dont la localisation est strictement régulée, de même qu'en Italie. En Espagne, la liberté d'installation est très restreinte pour les nouveaux professionnels qui choisissent selon leur rang de classement au concours (4).

C. La possibilité de la médecine itinérante

I. Itinérance et médecine

Les professions itinérantes sont présentes depuis le Moyen-Âge avec les marchands ambulants qui se déplaçaient pour acheter et vendre leurs marchandises mais aussi les clercs qui prêchaient de village en village (44).

De nos jours, de nombreuses professions se pratiquent en itinérance, principalement des métiers de service : coiffeurs, épiciers, esthéticiennes ou encore libraires. Le plus souvent, ces professionnels exercent dans des zones rurales ou reculées (comme en montagne), où les services se raréfient.

La médecine aussi a été itinérante dans la Grèce Antique, avec les *périodeutes*, Hippocrate lui-même l'ayant sûrement été. Les charlatans, imposteurs se faisant passer pour médecins, étaient aussi itinérants (44).

De cette époque, il reste des traces. En effet le Code de Déontologie Médicale (inclus dans le Code de la Santé Publique depuis 2004) fait mention dans son article 74 de l'interdiction de la médecine foraine, assimilée ici à un exercice itinérant et illégal de la médecine, soit une condition proche du charlatan. Ce Code de Déontologie a été assoupli en 2012 par décret, permettant aux médecins d'exercer dans des « unités mobiles » lorsque « les nécessités de santé publique l'exigent » (44–46). Comme pour la pratique multi-sites, ce mode d'exercice est parfois vu comme de la concurrence déloyale par certains médecins.

La médecine dans son exercice mobile ou itinérant a été plusieurs fois proposée pour améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-denses médicalement, et ce tant par les étudiants en médecine (47), le Docteur Michel Legmann, président du CNOM en 2012 (48) ou plus récemment par les délégués à l'accès aux soins (12).

II. Expériences de médecine itinérante

1. Expériences françaises

En France, certaines pratiques se rapprochent de la médecine itinérante. Au sein des établissements de santé ou entre établissements, il existe des équipes ou unités mobiles de diverses thématiques comme la nutrition, les soins palliatifs, l'hygiène, les plaies et cicatrisation (49) par exemple. Ces experts vont donner des avis pour des patients hospitalisés dans d'autres services. D'autres équipes mobiles se déplacent aussi à domicile comme les équipes mobiles maladie d'Alzheimer.

Les collectes mobiles de l'Établissement Français du Sang pour aller au plus près des donneurs sont également très connues (50).

De nombreuses actions de prévention sont réalisées de façon itinérante, avec un véhicule aménagé, dans une démarche d'aller-vers les populations qui en ont le plus besoin. Ces initiatives se font souvent grâce à des associations comme l'association A vos Soins et son bus MarSoins autour de Saint-Nazaire ou l'association Prev'enBUS en Nouvelle-Aquitaine (51,52). Dans le cadre du dépistage, plusieurs projets ont vu le jour de façon itinérante, comme avec le bus du Glaucome (53), le bus Prévention Santé pour lutter contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à la Réunion (54), la campagne itinérante sur l'accident vasculaire cérébral dans l'Essonne (55) ou encore la *Mammobile* pour le dépistage du cancer du sein dans 3 départements (56,57). La santé bucco-dentaire est souvent représentée dans ces initiatives (58–60). Toutefois, ces expériences ne sont pas toujours pérennes et sont limitées à des campagnes ponctuelles.

De véritables expérimentations de médecine itinérante ont également vu le jour et le plus souvent grâce à des partenariats importants avec les ARS, les CPAM ou encore les URPS-ML mais également les élus locaux. Par exemple, dans les Côtes d'Armor, un bus de santé itinérant permet à des médecins d'un centre de santé de se déplacer dans des villages n'ayant pas de médecin (61). Dans le département de l'Orne, un médico-bus devait être lancé en avril 2020 avec des médecins salariés d'un centre hospitalier qui assureraient les consultations, avec le projet d'étendre la démarche à des départements voisins (62). Ce type de projet s'invite aussi en Outre-Mer comme on peut le voir dans le projet régional de santé de l'ARS Guadeloupe qui en fait un objectif pour renforcer le maillage territorial de premier recours (63).

Dans l'Oise, un projet de bus santé a lui, été stoppé dès 2010 par le CDOM, rapportant cette pratique à de la médecine foraine. Malgré l'assouplissement en 2012 du Code de Déontologie sur ce point, ce projet inquiète toujours autant (64,65).

2. Médecine humanitaire ou de crise

La médecine humanitaire est particulièrement adaptée à ce mode d'exercice mobile selon les besoins des populations. Souvent à l'étranger, des organisations non gouvernementales (ONG) permettent à des populations défavorisées ou vivant dans des pays ayant un système de soins peu développé voire des pays où ont lieu des conflits armés de recevoir des soins.

Ces mêmes ONG peuvent œuvrer à la suite de catastrophes naturelles. Par exemple en Haïti, après le séisme de 2010, des consultations itinérantes de soutien psychologique ont été mises en place (66). Cela avait été le cas également après l'ouragan Katrina en 2005 (67).

3. Autres expériences dans le monde

En dehors de ces expériences ponctuelles dues au contexte, de véritables projets de médecine itinérante existent.

En Allemagne par exemple, cela a été mis en place en tant qu'expérimentations dans des communes rurales (68).

Au Maroc, des consultations itinérantes spécialisées dans la prise en charge de l'épilepsie ont été mises en place. Dans cette étude, les neurologues allaient dans des structures existantes et ne se déplaçaient pas en véhicule aménagé. Cela pourrait s'apparenter à des consultations avancées (69). Un travail similaire a été mené au Sénégal avec des résultats satisfaisants et notamment une augmentation du nombre de patients fréquentant ces consultations (70).

Dans une revue de la littérature américaine, les auteurs concluent au bénéfice d'unités mobiles notamment à destination de populations précaires et/ou vulnérables. Selon cette étude, grâce à ces unités mobiles il y aurait une amélioration des résultats de santé dans ces groupes de population. D'un point de vue économique, bien que leur système de santé soit différent, ils estiment que ce mode d'exercice est rentable (71).

Plus récemment, au Canada, un projet de clinique pédiatrique mobile (dans un bus aménagé) à destination de publics vulnérables est en cours (72).

Ces expériences semblent témoigner de la faisabilité de cette pratique, dans des systèmes de santé aux configurations diverses. C'est pourquoi il nous paraît important d'explorer le point de vue des médecins à propos de la possibilité de mise en place d'une telle pratique en France.

III. Introduction à notre étude

Au regard de la répartition inégale des professionnels de santé engendrant des zones médicalement sous-denses et étant donné le faible succès des différentes initiatives de régulation et d'incitation, il semble intéressant de proposer d'autres solutions.

La médecine itinérante a été proposée plusieurs fois dans le but d'améliorer l'accès aux soins et quelques expériences françaises mais aussi internationales ont vu le jour. A notre connaissance, aucune étude de faisabilité n'a été réalisée et le point de vue des médecins sur cette pratique n'a jamais été pris en compte.

Une seule thèse française évaluait la médecine itinérante du point de vue des patients par une méthode qualitative et concluait la possibilité de cette pratique, plutôt dans des locaux mis à disposition qu'en réelle unité mobile (véhicule aménagé). De plus, cette étude comportait plusieurs limites (30). Une autre thèse récemment parue, faisait une revue de la littérature des différentes expériences françaises et mondiales (44).

L'objectif principal de cette étude est donc de recueillir le point de vue des médecins en activité et des internes sur la possibilité d'une pratique itinérante de la médecine comme solution aux problèmes d'offre de soins en France.

Les objectifs secondaires sont :

- Décrire la population de répondants et comparer les internes et les médecins
- Décrire la faisabilité de la pratique itinérante de la médecine (quelle spécialité, quel territoire, freins et apports)
- Vérifier nos hypothèses émises :
 - o La perception de la médecine itinérante serait différente selon le statut
 - o La perception de la médecine itinérante serait différente selon le milieu d'exercice actuel ou envisagé
 - o La perception de la médecine itinérante serait différente si on a déjà entendu parler de cette pratique
 - o Si la médecine itinérante est vue comme de la concurrence, l'idée d'une collaboration est moins envisageable
 - o La médecine itinérante inciterait l'installation en zone rurale
 - o Certaines incitations peuvent encourager à pratiquer la médecine itinérante

D. L'étude

I. Matériel et méthode

1. Type d'étude et critères d'inclusion

Nous avons réalisé une enquête par questionnaire électronique en ligne.

Cette enquête ciblait les médecins en activité, y compris les remplaçants et les internes de France, Outre-Mer inclus. Tous les modes d'exercice (salarié, libéral et mixte) et toutes les spécialités étaient concernés.

2. Questionnaire

Le questionnaire a été travaillé avec mon directeur de thèse Philippe Tessier, après avoir fait une revue de la littérature. Il a été construit de façon à permettre de préserver l'anonymat des répondants. Les questions étaient principalement fermées (choix unique ou multiple) et 2 questions étaient ouvertes.

Nous avons d'abord travaillé au format papier et avons effectué un pré-test méthodologique au sein de mon service, avec des professionnels formés à la méthodologie par questionnaire et à la recherche. Deux médecins de santé publique, une statisticienne et un attaché de recherche clinique ont ainsi aidé à affiner le choix des questions, en reformuler certaines et mieux adapter les modalités de réponses en vue de l'analyse.

Une fois le questionnaire validé, un masque de saisie sur le logiciel Sphinx IQ2® (version 7.0.2.3) a été réalisé puis testé par 3 collègues, internes de santé publique et de neurologie. Le temps estimé était de 15 minutes.

Une introduction rappelait le contexte et les objectifs de ce recueil suivie de 32 questions subdivisées en 5 parties (**Annexe 1**).

Une première question permettait de savoir si le répondant avait déjà entendu parler de la médecine itinérante. Puis une définition était proposée, afin que tous les répondants aient une base sur laquelle s'appuyer pour répondre aux questions, notamment pour ceux n'en ayant jamais entendu parler.

La première partie abordait la **faisabilité et l'acceptabilité** de la pratique itinérante de la médecine, en général : la médecine itinérante est-elle envisageable, quelles spécialités seraient adaptées et quelles activités seraient réalisables par un médecin itinérant. Deux questions permettaient au répondant de commencer à se projeter en lui

demandant s'il était prêt à collaborer avec un médecin itinérant. Enfin, une question s'intéressait à la position du répondant à propos de la concurrence potentielle du médecin itinérant vis à vis de ses confrères installés.

La seconde partie concernait la médecine itinérante comme **amélioration de l'accès aux soins**. Le répondant devait indiquer son opinion sur différentes affirmations : pour quels territoires est-elle adaptée, peut-elle favoriser l'accès aux soins, peut-elle attirer les médecins en zones sous-dotées. Trois questions portaient sur la rémunération et les incitations financières.

Une troisième partie tentait de faire émerger **les leviers et les freins de la médecine itinérante**. Le répondant devait donner trois principaux freins à la médecine itinérante. Puis il devait donner trois apports de cette pratique, en comparaison à la télémédecine et aux consultations avancées.

La quatrième partie proposait au répondant de **se projeter dans sa propre pratique**, serait-il prêt à avoir une pratique itinérante. Puis en se plaçant comme médecin itinérant, quels choix ferait-il pour la rémunération, le temps de travail ou encore souhaiterait-il travailler en camion aménagé.

Nous avons également demandé de décrire la médecine itinérante en un mot.

La dernière partie « **A propos de vous** » permettait de recueillir des données sociodémographiques : sexe, spécialité, mode d'exercice, département et zone d'exercice, âge et nombre d'années d'exercice en libéral.

Certaines questions étaient conditionnées selon que le répondant était interne ou médecin en exercice.

Une zone de commentaires était à disposition du répondant à la fin du questionnaire, suivi d'un message de remerciements et de documents bibliographiques.

3. Diffusion du questionnaire

Le formulaire Sphinx a été mis en ligne le 25 février 2020 et la diffusion a démarré le même jour. Nous avons clôturé le questionnaire en ligne le 22 mai 2020.

Nous avons cibler les médecins en exercice en contactant chaque CDOM et URPS-ML ayant une adresse mail valide en expliquant notre projet de thèse, les objectifs et les modalités du questionnaire. Nous demandions si une diffusion via leur institution était possible, soit par mail, soit en déposant une annonce sur leur site internet ou via une newsletter. Si oui, un message de diffusion leur était proposé, contenant le lien vers le questionnaire. Plusieurs CDOM et URPS n'avaient pas la possibilité de mettre une annonce en ligne, d'autres ont refusé car nous n'étions pas de la région et d'autres encore ont refusé de diffuser par mail pour ne pas encombrer les boites mails des médecins.

Les réseaux sociaux (Facebook® et Twitter®) ont été utilisés pour atteindre plus particulièrement les internes et le journal en ligne *What's Up Doc* a accepté de diffuser notre questionnaire sur sa page Facebook.

4. Analyses statistiques

Les données ont été recueillies anonymement par le logiciel Sphinx® puis exportées dans un fichier Excel® et analysées à l'aide de Microsoft Excel 2011 et du logiciel de programmation statistique R.

Un travail de nettoyage de la base de données a été réalisé. Les questionnaires ne comportant pas les données sociodémographiques des répondants et les questionnaires non terminés ont été exclus de l'échantillon d'analyse. Les variables initialement proposées sous forme d'échelles de Likert ont été recodées de façon binaire.

Une analyse descriptive de la population a été réalisée. Les résultats ont été exprimés sous forme de moyenne et médiane pour les variables quantitatives et de pourcentage pour les variables qualitatives.

Nous avons eu à comparer des groupes (médecins/internes, exercice rural/autre zone d'exercice) selon les hypothèses émises. Les tests utilisés étaient le test-T de Student ou le test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour les variables quantitatives, et le Chi-deux ou le test de Fisher pour les variables qualitatives. Le seuil de significativité a été fixé a priori à 0,05.

Des régressions logistiques binaires ont été réalisées (modèle logit). Les variables explicatives incluses dans le modèle ont été choisies en fonction des analyses bivariées réalisées précédemment : être une femme, avoir « médecin généraliste » comme spécialité, être médecin exerçant en zone rurale, être médecin exerçant en zone urbaine, être médecin exerçant en zone semi-rurale/péri-urbaine. Pour certains modèles nous avons rajouté le fait de connaître la médecine itinérante et associer médecine itinérante à concurrence.

Les 2 questions ouvertes ont été analysées comme suit : pour une question, nous avons fait le choix de reformuler sous un seul mot le commentaire lorsque cela était possible. Pour l'autre question, qui recueillait les commentaires en fin de questionnaire, les verbatims n'ont pas été modifiés et analysés tels quels pour ne pas interpréter de façon erronée.

II. Résultats

1. Échantillon d'analyses : statistiques descriptives

A la clôture du questionnaire, nous avons enregistré 726 questionnaires ouverts. Nous avons éliminé 120 réponses car les questionnaires n'étaient pas terminés et/ou les données sociodémographiques manquaient. Au total, les résultats présentés portent sur 606 réponses soit un taux de réponses exploitables de 83,5%.

Notre population est composée de 65,5% de femmes et de 34,5% d'hommes. La moyenne d'âge est de 37,8 ans avec un minimum à 23 ans et un maximum à 75 ans. La pyramide des âges est présentée en figure 7.

Les médecins en exercice sont plus nombreux et représentent 65,7% des répondants, contre 34,3% d'internes. La médecine générale est la spécialité la plus représentée (64,7%). Les autres spécialités représentées sont variées ainsi que les départements d'exercice (figure 12 et tableau 4 en **Annexe 2**).

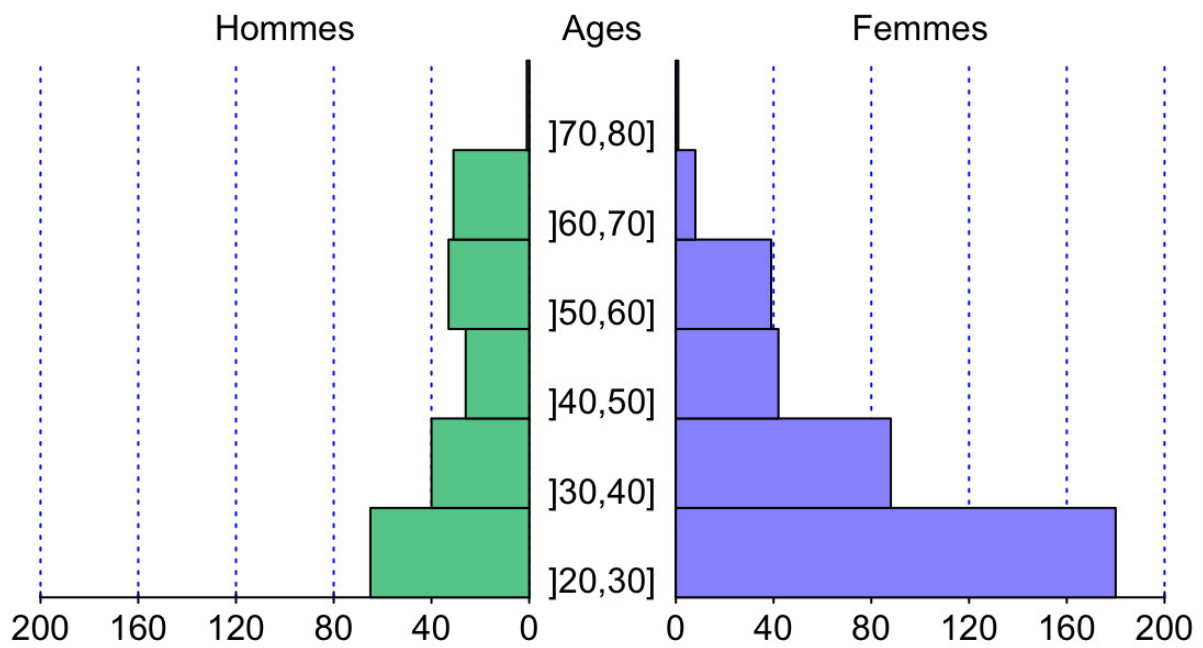


Figure 7 : Pyramide des âges

Nous avons constitué 2 groupes selon le statut du répondant, un groupe composé de 193 internes et l'autre groupe de 370 médecins. Les caractéristiques sociodémographiques de chaque groupe sont résumées dans le tableau 1.

	Internes (n=193)	Médecins (n=370)	<i>p value</i>
Sexe			<i>0.003</i>
Hommes	48 (24.9%)	139 (37.6%)	
Femmes	145 (75.1%)	231 (62.4%)	
Age (années)			<i><0.001</i>
Moyenne	26.9	42.6	
Médiane	27.0	39.0	
Minimum, Maximum	23.0, 38.0	26.0, 75.0	
Spécialité médecine générale	66 (34.2%)	293 (80.3%)	<i><0.001</i>
Mode d'exercice			
Libéral	/	281 (76,6%)	
Salarié	/	47 (12,8%)	
Mixte	/	39 (10,6%)	
Uniquement remplaçant	/	46 (13,4%)	
Exercice libéral			
Jamais	/	39 (10,6%)	
Moins de 5 ans	/	100 (27,2%)	
Entre 5 et 10 ans	/	70 (19,1%)	
Plus de 10 ans	/	158 (43,1%)	
Zone d'exercice	Envisagée	Actuelle	
Rural	16 (8.4%)	101 (27.4%)	<i><0.001</i>
Semi-rural / péri-urbain	73 (38,2%)	123 (33,4%)	
Urbain	77 (40,3%)	144 (39,1%)	
Ne sait pas	25 (13,1%)	/	

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des groupes internes et médecins

Dans le groupe des médecins, une proportion équivalente de femmes et d'hommes (respectivement 76,8% et 76,3%) exercent en libéral. Par contre plus de femmes exercent en salarié (14,9% contre 9,4% des hommes) et plus d'hommes exercent de façon mixte (14,4% contre 8,3% des femmes) sans que cela ne soit statistiquement significatif ($p=0,079$). Les hommes et les femmes médecins exercent dans des zones similaires ($p=0,72$).

Nous avons comparé notre échantillon de médecins à la population de médecins inscrits à l'Ordre (données disponibles dans l'Atlas 2018 du CNOM). La répartition par sexe est différente et significative ($p<0,001$) : nous avons plus de femmes que dans la population de référence. Sur le mode d'exercice, la différence est également significative ($p<0,001$), nous avons une grande majorité de professionnels libéraux (76,6%) alors que les inscrits à

l'Ordre sont plus souvent salariés (47%) ou libéraux (42%). Au niveau de l'âge, là encore la différence est significative et nous avons une population plus jeune ($p < 0,001$).

2. La médecine itinérante en pratique : faisabilité

Cinquante-sept pourcents des interrogés sont prêts à être médecin itinérant, parmi lesquels, 88,3% à temps partiel et 11,7% à temps plein. Si cette pratique donnait lieu à une rémunération supérieure, 62,2% seraient tentés par ce mode d'exercice, parmi lesquels 83,5% à temps partiel et 16,5% à temps plein.

Sur des questions plus pratiques, 58,4% des professionnels pensent que seules certaines spécialités sont adaptées à l'itinérance : spécialités médicale dans 56,1% des cas, spécialités telles que la santé publique, la médecine du travail ou la biologie dans 18,5% et seulement 6,9% pour les spécialités chirurgicales. Il est à noter que 29,8% des répondants pensent que toutes les spécialités peuvent se pratiquer en itinérance et seulement 9,6% pensent que seule la médecine générale est possible. De plus, 69,6% pensent que le médecin itinérant pourrait être choisi comme médecin traitant.

Les 3 activités les plus adaptées à une pratique itinérante, selon les répondants, sont (figure 8) : les consultations classiques (92,9%), les consultations de prévention et dépistage (92,9%) et les consultations de suivi (86,3%). Les gestes simples comme les infiltrations et les frottis cervico-vaginaux sont également réalisables pour 82,8% des répondants.

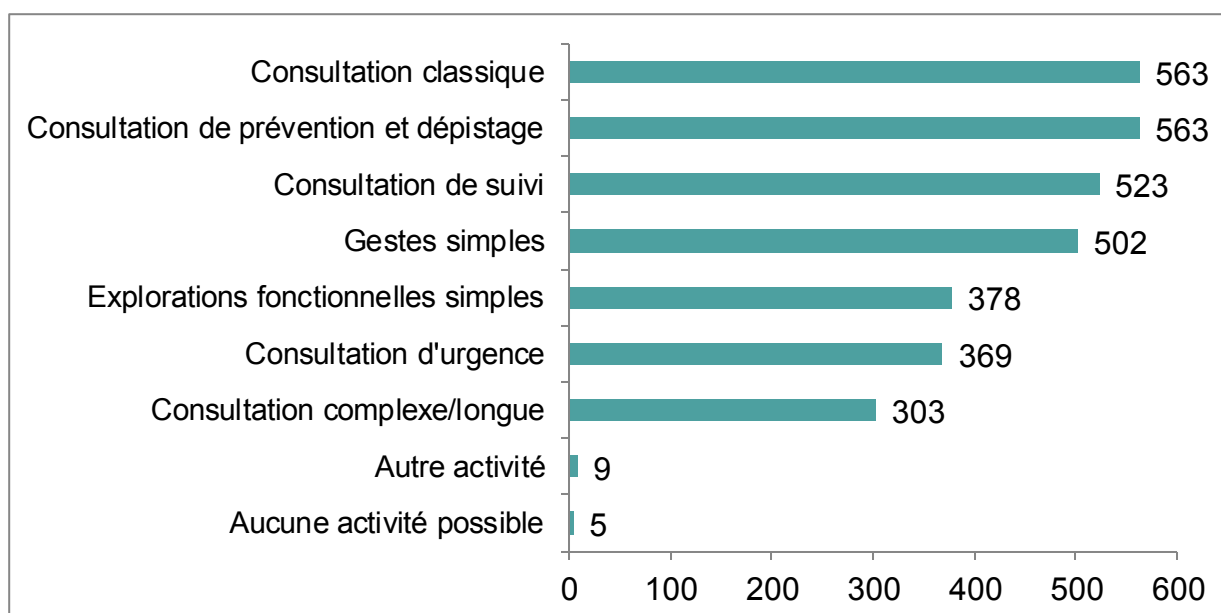


Figure 8 : Activités réalisables en médecine itinérante

Au niveau de l'exercice en lui-même, le mode de rémunération principal, choisi par les répondants pour une éventuelle activité itinérante, est le salariat pour 61,1%. Le paiement à l'acte a été plébiscité par 36,5% des professionnels. La rémunération par capitation n'a été choisie que par 2,4% des répondants. Les professionnels ont choisi en majorité (64,9%) l'itinérance comme activité partielle couplée à une activité classique/fixe et seulement 12,2% l'ont choisi comme activité unique. La plupart des professionnels préfèrent travailler dans des locaux mis à disposition (57,1%), 14,3% choisiraient le véhicule aménagé et 11,1% le véhicule aménagé partagé entre plusieurs médecins.

Les 3 principaux freins à la médecine itinérante identifiés sont l'organisation et la logistique (43,4%), le temps de trajet du médecin ayant choisi cette pratique (41,4%) et la méconnaissance de cette pratique dans 26,1% des réponses.

Sur la figure 9, comparée à la télémédecine, on peut voir que les 3 principaux apports de la médecine itinérante sont le fait de pouvoir faire un examen physique direct (70,6%), une meilleure relation médecin-patient (50,2%) et un accès facilité aux médecins (43,9%). Seuls 2,6% des répondants ne voient aucun avantage de la médecine itinérante.

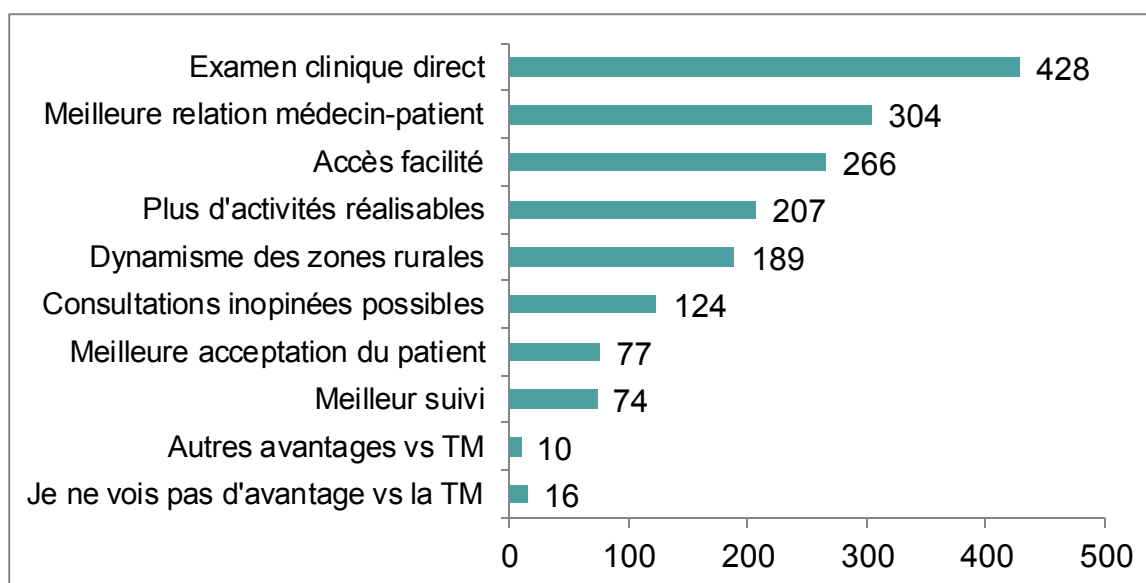


Figure 9 : Avantages de la médecine itinérante par rapport à la télémédecine

TM : télémédecine

De la même manière avec les consultations avancées, sur la figure 10, on peut voir que l'accès aux médecins plus facile (52,3%), moins de délai pour un rendez-vous (RDV) (37,8%) et la diminution des dépenses de santé (35,5%) sont des avantages de la médecine itinérante. Les répondants sont plus nombreux à ne voir aucun avantage de la médecine itinérante par rapport aux consultations avancées (13,4%).

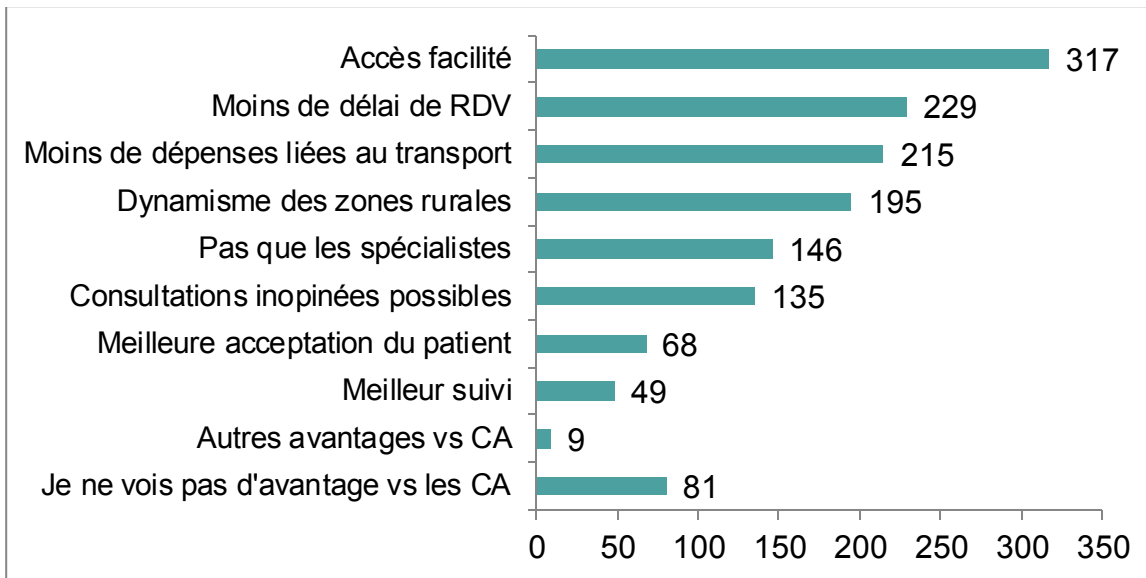


Figure 10 : Avantages de la médecine itinérante par rapport à la consultation avancée

RDV : rendez-vous ; CA : consultations avancées

Nous demandions aux répondants de décrire la médecine itinérante en un mot, le résultat est visible dans la figure 11.



Figure 11 : Nuage de mots décrivant la vision des répondants sur la médecine itinérante (n=375)

Des résultats descriptifs complémentaires (tableau 5, **Annexe 2**) ainsi que les commentaires des répondants (**Annexe 3**) sont disponibles en annexe.

3. Vérification d'hypothèses

a. Perception de la médecine itinérante selon le statut

Nous avons comparé plusieurs réponses au questionnaire selon que les répondants étaient internes ou médecins.

Il y a une différence significative selon le statut sur le fait de penser que la médecine itinérante est envisageable en France ($p=0,036$). Les internes sont plus nombreux à être de ce point de vue (95,9%) contre 90,5% des médecins.

Le groupe composé d'internes voit moins le médecin itinérant comme un concurrent (12,4%) par rapport au groupe de médecins (24,2%) et la différence est significative ($p<0,001$). Selon le statut, l'idée de travailler avec un médecin itinérant est

significativement différente ($p=0,041$), de même que pour l'orientation des patients vers ce médecin ($p<0,001$).

Penser qu'une pratique itinérante de la médecine favorise l'accès aux soins est différent significativement selon le statut, les internes étant plus nombreux à le penser (97,9%) contre 92,4% des médecins ($p<0,001$).

Dans la projection de sa propre pratique en itinérance (totale ou partielle), la différence est significative selon le statut ($p<0,001$). Cette différence existe aussi en cas de rémunération supérieure de la médecine itinérante ($p<0,001$). Dans les deux cas, les internes sont plus nombreux.

b. Perception de la médecine itinérante selon le milieu d'exercice actuel ou envisagé

Parmi les médecins exerçant en zone rurale, 86% pensent que la médecine itinérante est envisageable contre 91,1% de ceux exerçant en semi-rural et péri-urbain et 93,1% de ceux exerçant en zone urbaine mais la différence n'est pas significative ($p=0,175$). De même pour les internes, il n'y a pas de différence selon la zone d'exercice envisagée ($p=0,692$).

Par contre, sur la population globale (internes et médecins) qui exerce ou envisage d'exercer en zone rurale, 87,1% estiment que la médecine itinérante est envisageable. C'est moins que ceux qui exercent ou envisagent d'exercer ailleurs qu'en milieu rural (93,7%) et la différence est significative ($p=0,018$).

La zone d'exercice actuelle ou envisagée n'influe pas sur le fait d'être prêt à être médecin itinérant ($p=0,62$) et les résultats sont similaires dans les groupes de médecins ($p=0,87$) et d'internes ($p=0,18$).

c. La perception de la médecine itinérante serait différente si on en a déjà entendu parler

La majorité des interrogés ne connaît pas la médecine itinérante (56,4%). Les hommes en ont plus souvent entendu parler (51,4% des hommes) contre 40,3% des femmes ($p=0,016$). Les médecins sont également plus nombreux ($p=0,002$).

Qu'ils connaissent ce mode d'exercice ou pas, les répondants pensent qu'il est envisageable ($p=0,45$).

Les personnes qui connaissent la médecine itinérante sont davantage prêtes à avoir ce type d'activité (60,6%), au moins à temps partiel ($p=0,034$). Par contre, si cette pratique donnait lieu à une rémunération supérieure, il n'y a pas de différence entre ceux qui connaissent cette pratique ou pas ($p=0,804$).

d. Si la médecine itinérante est vue comme de la concurrence, une collaboration serait moins envisageable

Parmi les 20,2% de répondants qui pensent que la médecine itinérante est une forme de concurrence déloyale pour les médecins installés, 63,6% orienteraient leurs patients vers le médecin itinérant si son délai de RDV est inférieur à un médecin fixe, 18,2% ne le ferait jamais et 12,4% le feraient tout le temps. Parmi ceux qui n'associent pas concurrence et itinérance, 55,5% orienteraient leurs patients selon le délai, 35,1% tout le temps et seulement 3,1% jamais. La différence est significative ($p < 0,001$).

De façon plus générale, envisager de travailler avec un médecin itinérant est différent selon sa position sur la concurrence de celui-ci ($p < 0,001$). Parmi les professionnels associant itinérance et concurrence, 65,6% travailleraient avec un médecin itinérant contre 92,9% de ceux qui ne pensent pas que le médecin itinérant est un concurrent ($p < 0,001$).

Parmi les répondants qui pensent que l'itinérance est une forme de concurrence, 55% d'entre eux ne se sent pas prêt à avoir cette pratique, même partielle. Si cela donnait lieu à une rémunération supérieure, 50% des répondants seraient prêts à être itinérant. Ceux qui ne pensent pas à la concurrence du médecin itinérant sont prêts à avoir une activité itinérante avec rémunération supérieure (65,4%, $p = 0,003$) et même sans (60,1%, $p = 0,003$).

e. La médecine itinérante inciterait l'installation en zone rurale

A propos de l'affirmation « la médecine itinérante a été proposée pour favoriser l'accès aux soins », 94,0% des répondants sont d'accord avec cette proposition. De plus, 87,8% des personnes interrogées pensent que la pratique itinérante de la médecine est un moyen d'attirer les médecins en zones sous-denses. La différence est significative selon le statut ($p = 0,027$). Les internes sont plus en accord avec cela (92,2%) que les médecins (85,8%).

Les territoires ont été classés par les répondants du plus adapté au moins adapté (tableau 6 en **Annexe 2**) et les résultats montrent que les zones rurales sont les plus adaptées, suivies par les zones semi-rurales et péri-urbaines et très proches les quartiers prioritaires urbains. Les zones urbaines arrivent en dernière position et sont considérées comme moins adaptées.

f. Incitation et médecine itinérante

Dans la population globale, 78,5% des professionnels pensent que la promesse d'une rémunération supérieure inciterait à choisir l'itinérance et que d'autres incitations financières également (88,6%). La différence est significative pour les 2 questions selon le statut ($p < 0,001$). Les internes pensent cela (86% pour la rémunération et 95,9% pour les

autres incitations financières) de façon plus forte que les médecins (75,1% pour la rémunération et 85,3% pour les autres incitations financières).

Le fait d'être salarié pourrait orienter le choix des professionnels à choisir l'itinérance pour 86,1% des répondants. Les proportions sont semblables chez les internes et les médecins, respectivement 86,5% et 86,6% ($p=0,99$).

4. Analyses multivariées

Nous avons réalisé des analyses multivariées par régression logistique binaire pour tenter d'expliquer certains résultats en s'affranchissant des facteurs de confusion potentiels que l'on peut voir dans les résultats précédents. De plus, nous avons intégré dans les modèles outre des variables sociodémographiques quelques variables décrivant les attitudes des personnes interrogées vis-à-vis de la médecine itinérante.

Sur le tableau 2 montrant les premières analyses multivariées réalisées, on peut voir qu'aucun facteur n'est significativement associé au fait de penser que la médecine itinérante est envisageable en France.

Pour ce qui est de se projeter en tant qu'itinérant dans sa propre pratique, il apparaît que le statut du répondant contribue à se projeter ($p \leq 0,001$) et ce peu importe la zone d'exercice, les médecins sont moins prêts à être itinérants que les internes. Ceci est également valable si la médecine itinérante donnait lieu à une rémunération supérieure ($p < 0,001$). Le fait de connaître la médecine itinérante est lui, un facteur associé positivement, les répondants qui connaissent la médecine itinérante sont plus prêts à être itinérants ($p = 0,002$). Les généralistes (internes et médecins) sont plus à même d'être intéressés par l'itinérance mais uniquement en cas de rémunération supérieure ($p = 0,044$).

Voir la médecine itinérante comme de la concurrence contribue significativement à ne pas envisager l'itinérance pour soi-même ($p = 0,011$).

Le sexe contribue positivement à penser que la médecine itinérante peut être un moyen d'attirer les médecins en zones sous-dotées ($p = 0,001$), en faveur des femmes. Par contre, être un professionnel exerçant en rural contribue négativement à penser que la médecine itinérante peut influencer l'installation dans ce type de zone ($p = 0,005$).

Variables explicatives	Envisageable2 OR [IC 95%] <i>p value</i>	Pret_MI2 OR [IC 95%] <i>p value</i>	Prêt_MI_remuneration2 OR [IC 95%] <i>p value</i>	MI_attire2 OR [IC 95%] <i>p value</i>
	n = 505	n = 485	n = 483	n = 499
Sexe				
Homme	Référence	Référence	Référence	Référence
Femme	1.90 [0.99-3.65] <i>p=0.053</i>	1.03 [0.69-1.53] <i>p=0.897</i>	1.21 [0.81-1.82] <i>p=0.349</i>	2.43 [1.41-4.19] <i>p=0.001</i>
Spécialité				
Autre que MG	Référence	Référence	Référence	Référence
MG	0.46 [0.17-1.13] <i>p=0.106</i>	1.37 [0.87-2.17] <i>p=0.173</i>	1.64 [1.02-2.66] <i>p=0.044</i>	1.22 [0.61-2.43] <i>p=0.571</i>
Statut				
Interne	Référence	Référence	Référence	Référence
Médecin zone rurale	0.38 [0.13-1.04] <i>p=0.067</i>	0.31 [0.16-0.57] <i>p<0.001</i>	0.18 [0.09-0.34] <i>p<0.001</i>	0.29 [0.12-0.67] <i>p=0.005</i>
Médecin zone urbaine	0.76 [0.27-2.14] <i>p=0.598</i>	0.42 [0.25-0.69] <i>p=0.001</i>	0.35 [0.20-0.59] <i>p<0.001</i>	0.64 [0.29-1.42] <i>p=0.269</i>
Médecin zone semi-rurale / péri-urbaine	0.66 [0.22-1.84] <i>p=0.427</i>	0.32 [0.18-0.57] <i>p<0.001</i>	0.24 [0.13-0.44] <i>p<0.001</i>	0.59 [0.24-1.43] <i>p=0.243</i>
Attitude / MI				
Ne connaît pas la MI	Référence	Référence	Référence	Référence
Connaît la MI	1.0 [0.52-1.94] <i>p=0.989</i>	1.82 [1.25-2.67] <i>p=0.002</i>	1.26 [0.85-1.86] <i>p=0.248</i>	1.09 [0.63-1.89] <i>p=0.768</i>
Concurrence / MI				
Ne voit pas la MI comme concurrence		Référence	Référence	
Voit la MI comme concurrence		0.54 [0.34-0.87] <i>p=0.011</i>	0.65 [0.40-1.04] <i>p=0.070</i>	

Tableau 2 : Analyse multivariée par régression logistique (1^{ère} partie)

OR : odds-ratio ; MG : médecine générale ; MI : médecine itinérante

Le tableau 3 montre les analyses multivariées sur les différentes incitations pour encourager la médecine itinérante. Pour une rémunération supérieure, l'exercice rural est le seul facteur significativement associé et il y contribue négativement ($p=0,015$). La zone d'exercice est de la même façon, négativement associée au fait de penser que les incitations financières autres peuvent encourager cette pratique ($p<0,001$ pour l'exercice rural et $p=0,013$ pour l'exercice semi-rural et péri-urbain). Pour ce qui est du salariat comme moyen d'inciter à la médecine itinérante, les femmes ($p=0,010$) et l'exercice urbain ($p=0,039$) sont des facteurs significativement associés et de façon positive.

Variables explicatives	Mlsi_remuneratio n_sup2 OR [IC 95%] p value	Mlsi_incitations_f in2 OR [IC 95%] p value	Mlsi_salarie2 OR [IC 95%] p value
	n = 542	n = 548	n = 541
Genre			
Homme	Référence	Référence	Référence
Femme	0.86 [0.54-1.34] p=0.499	1.21 [0.68-2.11] p=0.509	1.94 [1.17-3.21] p=0.010
Spécialité			
Autre que MG	Référence	Référence	Référence
MG	0.77 [0.44-1.32] p=0.339	0.89 [0.40-1.90] p=0.760	0.86 [0.47-1.56] p=0.618
Statut			
Interne	Référence	Référence	Référence
Médecin zone rurale	0.43 [0.22-0.84] p=0.015	0.15 [0.06-0.39] p<0.001	0.92 [0.43-1.99] p=0.830
Médecin zone urbaine	0.71 [0.39-1.30] p=0.267	0.48 [0.18-1.24] p=0.135	0.88 [0.47-1.69] p=0.708
Médecin zone semi-rurale / péri-urbaine	0.56 [0.29-1.06] p=0.076	0.29 [0.10-0.75] p=0.013	2.58 [1.08-6.67] p=0.039

Tableau 3 : Analyses multivariées par régression logistique (2^{ème} partie)

OR : odds-ratio ; MG : médecine générale

III. Discussion

1. Méthodologie

Il existe peu de littérature, notamment française, explorant ou évaluant la perception de la médecine itinérante. La plupart des travaux français ne sont pas des articles scientifiques et décrivent plutôt des expérimentations mises en place sur certains territoires et ce majoritairement dans les soins de premier recours. Par ailleurs, un travail de thèse réalisé à Nantes en 2016, mettait en lumière le point de vue des patients sur cette pratique (30) mais la perception des professionnels reste peu voire inexplorée.

Nous avons donc souhaité explorer le point de vue des médecins quant à leur acceptabilité et à la faisabilité d'une telle pratique, dans la mesure où ils seraient les premiers concernés en terme d'organisation par le développement de ce mode d'exercice. Il nous a paru important d'inclure les internes, d'une part car ils sont les professionnels de demain, et d'autre part car ils sont susceptibles de se projeter plus facilement vers une nouvelle pratique, étant moins ancrés dans leur pratique actuelle. Pour se faire, nous avons choisi une méthode par questionnaire en ligne afin de toucher le plus de

professionnels possibles. Nous avons une ambition nationale, afin d'avoir des répondants qui exercent dans des zones différentes (rurales, urbaines, etc). Cet objectif semble avoir été atteint au vu du nombre de questionnaires enregistrés et de la répartition par département (tableau 4 en **Annexe 2**).

Nous aurions pu faire un travail de recherche qualitative ou mixte par entretiens mais l'échantillon n'aurait probablement pas été représentatif. La Loire-Atlantique a une densité médicale proche de la moyenne nationale (303 médecins pour 100 000 habitants) (figure 3).

La conception du questionnaire aurait pu se faire à partir de focus-group avec des professionnels afin de faire émerger leurs interrogations et intégrer leurs représentations. Cependant, cette méthode est chronophage et sa mise en œuvre nécessite une formation spécifique. C'est pourquoi nous avons fait le choix de partir de nos questionnements propres, en nous appuyant sur les données de la littérature.

Malgré notre échelle nationale, notre échantillon de médecins n'est pas représentatif de la population de médecins inscrits à l'Ordre, notamment sur le mode d'exercice. Ceci peut être dû à notre diffusion en partie par les URPS-ML, qui représentent uniquement les médecins libéraux. Nous n'avons pas de données relatives au profil de la population nationale des internes.

2. Résultats

De façon générale, la possibilité de la médecine itinérante paraît être très majoritaire au sein de l'échantillon avec 92,2% des répondants qui estiment que cette pratique est envisageable en France, l'analyse multivariée ne faisant pas ressortir d'impact significatif du genre, de la spécialité, du statut ou de la zone d'exercice. Cette pratique favoriserait l'accès aux soins selon 94% des répondants et elle permettrait d'attirer des médecins dans les zones sous-dotées selon 87,8% d'entre eux. Ces résultats semblent a priori suggérer que cette pratique pourrait être une solution complémentaire à proposer pour améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-dotées. Cela se ressent également dans les commentaires en fin de questionnaire (**Annexe 3**).

A ce propos, nos résultats montrent en effet que les professionnels sont dans l'ensemble prêts à avoir au moins une partie de leur activité en itinérance (57%), d'autant plus si cela augmente leur rémunération (62,3%). L'analyse multivariée indique que le statut influence significativement sur cette projection, les internes se projetant plus facilement (avec ou sans rémunération supérieure), probablement parce qu'ils n'ont pas encore de contraintes liées à leur installation. Dans les commentaires on peut également voir que quelques répondants avaient déjà essayé d'avoir au moins une partie de leur pratique en itinérance. Ils ont semble-t-il, rencontré des difficultés, notamment liées à l'interdiction de la médecine foraine inscrite dans le Code de Déontologie Médicale. Des retours d'expériences positifs

et récents de médecins ayant testé ce mode d'exercice pourraient encourager les professionnels à se lancer (68). Mais notre enquête suggère qu'il serait plus facile d'inciter de nouveaux professionnels plutôt que de chercher à modifier la pratique de professionnels exerçant depuis longtemps.

En dépit des disparités territoriales toujours plus grandes, du nombre important de cabinets libéraux non repris après un départ en retraite ou encore des refus de nouveaux patients, et ce 8 ans après l'assouplissement du code de déontologie sur l'exercice de la médecine « foraine » (46), 20% des professionnels de notre étude voient la médecine itinérante comme concurrente à leur pratique actuelle. Ceci se retrouve dans certaines tentatives de mise en place de projets itinérants comme dans l'Oise où, encore en 2018, des inquiétudes persistaient sur la mise en place d'un bus santé itinérant (64). Ces professionnels ont des représentations qui leur sont propres avec peut-être des idées reçues et nous pourrions imaginer une campagne d'information sur ce mode de pratique, dès l'internat. Cela paraît d'autant plus important que nos résultats montrent que les professionnels qui connaissent la médecine itinérante semblent plus à même de se projeter dans cette pratique et que ceux qui voient cette pratique comme concurrente seraient moins enclin à travailler avec un médecin itinérant. Ce dernier point semble important dans la mesure où il suggère que la mise en place de la médecine itinérante pourrait éventuellement poser problème dans la coordination du parcours de soins. Or, un médecin itinérant, comme tous médecins, devrait pouvoir avoir un exercice coordonné en s'intégrant à des ESP, CPTS voire MSP formées pour une meilleure prise en charge du patient.

Dans notre enquête, nous n'avions pas pour objectif de réduire la médecine itinérante à une unité mobile (comme cela a pu être fait dans d'autres travaux (30,59) mais plutôt d'avoir le point de vue des médecins sur cette pratique, ce qui n'a jamais été le cas à notre connaissance, quelle que soit la forme concrète qu'elle puisse prendre. Sur un plan pratique, notre étude montre que les professionnels voient l'itinérance comme adaptée à plusieurs spécialités, notamment médicales, et pas uniquement la médecine générale. Une part non négligeable des répondants pense même que toutes les spécialités pourraient avoir une activité itinérante (29,8%). En effet, si on regarde les activités les plus citées comme adaptées, on retrouve les consultations classiques, les actions de prévention et dépistage ainsi que les suivis et les gestes simples, même les chirurgiens pourraient dans ce cas faire des consultations pré ou post-opératoires par exemple. Ceci est assez concordant avec d'autres travaux où des spécialités comme l'ophtalmologie ou les chirurgiens-dentistes ont été citées comme adaptables (30,44,59,71,73).

Dans notre étude, la majorité des professionnels, s'ils étaient itinérants, auraient une activité itinérante partielle couplée à une activité fixe (64,9%), sur un mode d'exercice salarié (61,1%). Plutôt qu'un véhicule aménagé, comme on pourrait penser l'itinérance de

prime abord, les professionnels choisiraient d'exercer dans des locaux mis à disposition. Cela s'apparente plus à de la pratique multi-sites ou à l'organisation de permanences dans des zones de carence. Il est vrai que dans la définition insérée en début de questionnaire, nous avons proposé l'itinérance dans des locaux mis à disposition et cela a probablement été source de confusion. Ce choix est peut-être également dû aux contraintes possibles de la médecine itinérante en véhicule aménagé (la logistique, l'espace de consultation limité, les risques de problèmes techniques) ou à l'investissement financier que cela nécessiterait (achat du camion, frais de fonctionnement). Ici les réticences de certains répondants semblent plutôt liées à une vision spécifique de la médecine itinérante en unité mobile. Effectivement il y aurait des frais mais ils pourraient être déductibles des impôts (frais de déplacement, frais réels). Avoir un cabinet n'est pas non plus dénué de frais (achat ou location du local, entretien, rachat de patientèle). Dans sa thèse, ce chirurgien-dentiste estime que la pratique itinérante est moins onéreuse que la pratique fixe, même au début (59). A contrario, l'évaluation des *Mammobiles* (unités mobiles de dépistage du cancer du sein) montre plusieurs limites, dont financières. Ceci est probablement dû à l'activité de radiologie qui est plus coûteuse (matériel et entretien) (57). Enfin, les possibilités d'aménagement de véhicule sont nombreuses, comme le proposent plusieurs entreprises dont certaines sont françaises (*Dok'ici, Toutenkamion, Medtrucks, Procar Demas, Femil...*) avec une disposition intérieure personnalisée selon les besoins du praticien (74–78). Ces éléments pourraient permettre de rassurer les professionnels intéressés.

Pour développer ce type de pratique, il est nécessaire d'avoir l'adhésion des médecins mais aussi des patients. Selon 95,9% des professionnels que nous avons interrogés, ce type de service pourrait plaire aux patients. Dans la thèse nantaise sur le point de vue des patients, l'itinérance apparaît comme bien perçue par les patients, qui réclamaient également des visites à domicile (30). Ce travail avait toutefois certaines limites, la population interrogée n'étant pas en zone sous-dotée, leur vision était peut-être différente. Un article qui étudiait la satisfaction de patients fréquentant des dispensaires mobiles en Arabie Saoudite retrouve également une bonne satisfaction globale des usagers (79).

Nous avons tenté de mettre en évidence les apports de la médecine itinérante par rapport à la télémédecine et les consultations avancées, initiatives destinées à améliorer l'accès aux soins intégrant une démarche d'aller-vers (même si cela est virtuel avec la télémédecine). Dans notre étude, la médecine itinérante semble pouvoir offrir un accès facilité face aux deux propositions pouvant donc permettre des soins de proximité, ceci étant un des engagements du plan « Ma Santé 2022 » (39). La télémédecine, bien que son déploiement soit encouragé par les pouvoirs publics, a certains inconvénients qui pourraient être effacés par la médecine itinérante. En effet, un praticien itinérant pourrait faire des examens cliniques directs lors de ses consultations, cela peut être rapproché

d'une meilleure relation médecin-patient. Si c'est le médecin qui se déplace, cela pourrait diminuer les coûts liés au transport de patients qui se rendent en consultations avancées, notamment s'ils ont de longues distances à parcourir. De plus, selon la fréquence de passage et l'itinéraire, ce mode d'exercice peut permettre un suivi des patients correct et limiter les passages aux urgences, ce qui a été retrouvé dans d'autres travaux (59,71). La fonction sociale de cette pratique, qui permet le dynamisme des zones rurales, a été soulevé dans notre étude comme dans la thèse du chirurgien-dentiste (59). Ce dernier évoquait l'itinérance à destination de publics spécifiques comme les populations précaires ou les personnes âgées en maisons de retraite. Par exemple, *Handident* dans le sud de la France est un cabinet dentaire mobile qui se déplace dans les maisons de retraite (80). Cette approche est intéressante notamment avec plusieurs praticiens rattachés à une MSP ou un centre de santé par exemple qui pourraient se répartir le territoire et ainsi répartir les jours d'itinérance.

E. Conclusion

Notre étude par questionnaire en ligne permet d'avoir un premier aperçu du point de vue des professionnels sur la possibilité d'une pratique itinérante de la médecine en France. Cette enquête a été menée au niveau national et inclut des professionnels en exercice ainsi que des internes. Nous avons également souhaité avoir la vision de professionnels de toutes les spécialités et pas uniquement celle des généralistes.

De façon globale, les professionnels ne semblent pas opposés à la mise en place de la médecine itinérante comme moyen d'améliorer l'accès aux soins en zones sous-dotées en France. Ils sont toutefois moins nombreux à être tentés par cette pratique pour eux-mêmes. Les plus jeunes sont particulièrement intéressés, de même que ceux ayant déjà entendu parler de cette pratique. Les réponses suggèrent que certaines incitations (financières) ou formes d'exercice (salarial) pourraient encourager le choix de ce mode d'exercice, qui, selon nos résultats, paraît adapté à plusieurs spécialités et à des activités diversifiées. Néanmoins, le fait que certains des médecins interrogés voient dans cette pratique une concurrence à leur pratique actuelle doit inciter à réfléchir précisément les modalités de mise en place d'une telle pratique pour ne pas nuire à la coordination des soins.

À l'heure où la liberté d'installation des médecins est de plus en plus discutée, il paraît intéressant de penser à de nouveaux modes d'exercice. Cette pratique, à condition d'être bien encadrée, pourrait être complémentaire aux initiatives déjà existantes (télémédecine, consultations avancées, MSP) pour tenter de limiter les déserts médicaux et, plus généralement, les difficultés d'accès aux soins. Pour faciliter son développement et son acceptation, une communication sur les possibilités de cette pratique pourrait être faite dès l'internat, en imaginant même des stages proposés dans des structures mobiles existantes. Pour cela, des travaux complémentaires pourraient permettre d'explorer les modalités de la médecine itinérante les plus susceptibles d'être acceptées par les professionnels en vue du développement de cette pratique.

F. Bibliographie

1. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
2. OCDE. Panorama de la santé 2017: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. OECD; 2017 [cité 24 juin 2020]. (Panorama de la santé). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr
3. Daniel CABY, Jean-Denis ZAFAR, Victor CLUZEL. Comment lutter contre les déserts médicaux ? Lett Trésor-Éco [Internet]. oct 2019 [cité 24 juin 2020];(247):12. Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2019/10/11/tresor-eco-n-247-comment-lutter-contre-les-deserts-medicaux>
4. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. L'accès aux soins de premier recours en Europe: Éléments de présentation. Rev Fr Aff Soc. 2006;1(2- 3):121- 39.
5. République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016 [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>
6. Huguier M, Romestaing P. Numerus clausus et démographie médicale en France. Bull Académie Natl Médecine [Internet]. oct 2014 [cité 16 mai 2020];198(7):1367- 78. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001407919312312>
7. Muriel Barlet CM. Portrait des professionnels de santé - Edition 2016. 2016. 160 p. (Panoramas de la Drees - Santé).
8. CNOM. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. 2015 [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/#l=fr;v=map2>
9. Le Quotidien du médecin. 2 000 généralistes en moins en dix ans : comment l'Île-de-France est devenue le premier désert médical de France [Internet]. 2019 [cité 12 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/2-000-generalistes-en-moins-en-dix-ans-comment-lile-de-france-est-devenue-le-premier-desert-medical>
10. URPS Ile de France. Pénurie de médecins spécialistes libéraux en Île-de-France [Internet]. URPS médecins libéraux Ile-de-France. 2019 [cité 12 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/penurie-de-medecins-specialistes-liberaux-en-ile-de-france/>
11. Safon M-O. Les politiques de lutte contre la désertification médicale: les enseignements français et étrangers. IRDES [Internet]. févr 2020;376. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html>
12. Doineau E, Mesnier T, Augros S. Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins. 2018 oct p. 70.
13. Oyhanto J. Étude d'acceptabilité sur la mise en place d'une télé-expertise en dermatologie buccale auprès de chirurgiens-dentistes libéraux. [Bordeaux]: Université de Bordeaux. U.F.R. d'odontologie; 2018.

14. Barlet M, Collin C. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. Étud résult - Minist empl solidar DREES (En ligne). oct 2012;(817):4.
15. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'Accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Quest Déconomie Santé. mars 2012;(174):8.
16. Vergier N, Chaput H. Déserts médicaux: Comment les définir? Comment les mesurer? Doss DREES. mai 2017;(17):63.
17. DGOS. Le principe du CESP [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
18. Augros S. Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins. Déléguée nationale à l'accès aux soins; 2019 sept p. 52.
19. Pacte territoire santé 1 (2012-2015).
20. DGOS. Praticien territorial de médecine générale - PTMG [Internet]. 2020 [cité 15 juill 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/praticiens-territoriaux-de-medecine-generale-ptmg/ptmg>
21. CNOM - Commission jeunes médecins. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés [Internet]. 2019 [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-l-installation>
22. Buffard A. Ressentis des professionnels de santé dans l'élaboration et la mise en fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire meusien. [Nancy]: Université de Lorraine; 2017.
23. République Française. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2011 [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024457033/>
24. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. Quest Déconomie Santé. 2013;(190):8.
25. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009 [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>
26. Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. Pacte territoire santé 2 (2015 - 2017) [Internet]. 2015 [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_a5_pts_2_-_26-11.pdf
27. Georges P, Waquet C. Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Igas; 2013 juill p. 138. Report No.: RM2013-119P.
28. Senbel E. Les nouvelles modalités d'exercice peuvent-elles sauver la médecine

libérale ? Lett Rhumatol. oct 2009;(355):4.

29. République Française. Décret n° 2019-511 du 23 mai 2019 modifiant le code de déontologie des médecins et la réglementation des sociétés d'exercice libéral et des sociétés civiles professionnelles [Internet]. 2019 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038505134/>

30. Langlassé E. Représentations d'un modèle de médecine générale itinérante par un échantillon de population en zone sous-médicalisée. [Nantes]: Université de Nantes. Faculté de médecine; 2016.

31. République Française. Bulletin Officiel n°2003-26 [Internet]. 2003 [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-26/a0261841.htm>

32. Ministère des Solidarités et de la Santé. Renforcer l'accès territorial aux soins [Internet]. 2017 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf

33. Leon P, Ripert T, Pierrevelcin J, Bayoud Y, Menard J, Messaoudi R, et al. Les consultations avancées d'urologie peuvent-elles être une réponse satisfaisante aux attentes des patients et au problème de la démographie médicale ? Prog En Urol. mars 2014;24(3):180- 4.

34. Ferley DJ-P, Gschwind G. Evaluation du dispositif de consultations avancées en Haute-Vienne. ORS Limousin; 2017 mai p. 45. Report No.: 290.

35. Cossec CL, Chambine S de, Tugaye A. Consultations avancées de médecins hospitaliers en centres de santé : impacts et difficultés identifiées. Sante Publique (Bucur). 19 juill 2019;Vol. 31(2):287- 92.

36. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télémédecine en zones rurales?: représentations et expériences de médecins généralistes. Santé Publique. 2016;28(4):487.

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

38. Haller C. Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD: représentations, attentes et expériences. [Bordeaux]: Université de Bordeaux. U.F.R. des sciences médicales; 2018.

39. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

40. République Française. Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 [Internet]. 2018 [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037847585/>

41. Anonyme. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Rev Orthopédie Dento-Faciale. déc 2011;45(4):489- 93.

42. Ameli. Accès au conventionnement des sages-femmes [Internet]. 2019 [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/acces-conventionnement>
43. République Française. Ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie [Internet]. 2018 [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036375715/>
44. Martin T. Histoire et devenir de l'interdiction de la médecine foraine en médecine générale. [Rouen]: Faculté mixte de médecine et pharmacie de Rouen; 2019.
45. République Française. Article R4127-74 du Code de la santé publique [Internet]. 2012 [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843613/2012-05-09
46. République Française. Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale [Internet]. 2012 [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000025833721/2012-05-09/>
47. ANEMF. Plan démographie médicale [Internet]. 2012 [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.paris-ouest.net/wp-content/uploads/2012/11/Avenir-du-systeme-de-soin.pdf>
48. Legmann M. Edito : Augmenter le Numerus Clausus, une fausse bonne idée! Médecins [Internet]. janv 2012;(21):3. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/2012-01/MEDECINS-21.pdf>
49. Barcos I, Gautier Y, Jousselin C, Benbrick M, Barateau M. Rôle et missions de l'équipe mobile plaies et cicatrisation. Soins. sept 2015;60(798):21- 4.
50. Etablissement Français du Sang. L'EFS accueille les donneurs de sang dans ses 40000 collectes mobiles [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.toutsurlatransfusion.com/donusang/don-du-sang/collecte-mobile.php>
51. MarSOINS. Mobilité · Accessibilité · Réduction des inégalités d'accès aux soins [Internet]. 2019 [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.lemarsoins.fr/#lecamion>
52. Prev'enBUS. Bus de prévention en Aquitaine [Internet]. 2020 [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.prevenbus.com/association-prevenbus.html>
53. Le guide de la vue. Dépistage glaucome : le Bus du Glaucome [Internet]. 2018 [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://blog.guide-vue.fr/semaine-mondiale-du-glaucome-pres-de-chez-vous/>
54. Roussel S. Un bus « Prévention Santé » réunionnais pour mieux lutter contre le VIH. 19 nov 2018 [cité 16 sept 2020]; Disponible sur: https://www.creditagricole.info/fnca/ca10_1313391/un-bus-prevention-sante-reunionnais-pour-mieux-lutter-contre-le-vih
55. Centre hospitalier sud francilien. Campagne itinérante AVC avec l'équipe de neurologie du CHSF [Internet]. 2018 [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.chsf.fr/campagne-itinerante-avc-avec-lequipe-de-neurologie-chsf/>

56. Mammobile. Dépistage du cancer du sein [Internet]. Mammobile. 2018 [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.mammobile.com/>
57. Vallée A. Le « Mammobile » : une méthode pertinente en France ? Santé Publique. 1 déc 2016;Vol. 28(5):599- 602.
58. France Bleu. Puy-de-Dôme : une expérience de cabinet dentaire mobile dans les Ehpad, une première en France [Internet]. France Bleu. 2019 [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/puy-de-dome-une-experience-de-cabinet-dentaire-mobile-dans-les-ehpad-1577123247>
59. Degand V. Le cabinet dentaire mobile, une solution pour les déserts médicaux. [Lille]: Université du droit et de la santé de Lille 2. Faculté de chirurgie-dentaire; 2013.
60. Anonyme. Association Bus Social Dentaire [Internet]. 1996 [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://busdentaire.fr/>
61. Fur LL. Un bus de santé itinérant contre le désert médical [Internet]. Ouest-France.fr. 2017 [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/bretagne/cotes-d-armor/un-bus-de-sante-itinerant-contre-le-desert-medical-5200828>
62. Tendance Ouest. Mortagne-au-Perche. Un médico-bus itinérant bientôt au service des patients [Internet]. tendanceouest.com. 2020 [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.tendanceouest.com/actualite-352575-mortagne-au-perche-un-medico-bus-itinerant-bientot-au-service-des-patients.html>
63. ARS Guadeloupe. Projet de Santé Guadeloupe, Saint-Martin, Saint- Barthélemy - Schéma régional de santé 2018 - 2023 [Internet]. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/system/files/2018-04/20180405%20SRS%20Guadeloupe%20St%20Martin%20St%20Barthelemy%20VF.pdf>
64. Ouest France. Oise. Un projet de « bus santé » itinérant inquiète les médecins [Internet]. Ouest-France.fr. 2018 [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/oise-un-projet-de-bus-sante-itinerant-inquiete-les-medecins-5647810>
65. Le Parisien. Le conseil de l'ordre stoppe le bus santé [Internet]. leparisien.fr. 2010 [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/oise-60/beauvais-60000/le-conseil-de-l-ordre-stoppe-le-bus-sante-11-05-2010-916989.php>
66. de Premorel B, Gromb PS. Aide psychologique aux victimes du séisme en Haïti. J Psychol. 2010;281(8):51.
67. Krol DM, Redlener Michael, Shapiro Alan, Wajnberg Ania. A Mobile Medical Care Approach Targeting Underserved Populations in post-Hurricane Katrina Mississippi. J Health Care Poor Underserved. 2007;18(2):331- 40.
68. Schwartze J, Wolf K-H, Schulz S, Rochon M, Wagner M, Drews M, et al. Rolling Medical Practice: Ambulant Mobile Medical Care for Rural Areas. 2015;2.
69. Chraa M, Mebrouk Y, Kissani N. Impact des consultations itinérantes de neurologie au sud Marocain. North Afr Middle East Epilepsy J. 2012;1(4):4.
70. Boissy LG. Expérience de lutte itinérante contre l'épilepsie au Sénégal. Epilepsies. 2008;20(2):5.

71. 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.
72. DocTocToc. Clinique pédiatrique roulante [Internet]. 2020 [cité 25 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.doctococ.ca/fr/>
73. Katanga Tchangai B, Alassani F, Amavi KA, Attipou K. La Chirurgie Foraine : Une Solution Aux Problemes D'accès Aux Soins Chirurgicaux Des Populations Rurales. *Eur Sci J ESJ*. 31 déc 2016;12(36):174.
74. Dok'ici. Dok'ici : Le retour du médecin près de chez soi [Internet]. DOK'ICI. 2018 [cité 25 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.dokici.fr>
75. Toutenkamion : clinique mobile [Internet]. Toutenkamion Group. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.toutenkamion-group.com>
76. Derrouiche J. MedTrucks : Cartographie et E-santé pour hôpitaux, cliniques et associations - Lutte contre les déserts médicaux [Internet]. 2017 [cité 25 sept 2020]. Disponible sur: <https://medtrucks.com/>
77. FEMIL Constructeur Français d'unités mobiles [Internet]. FEMIL. 2020 [cité 25 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.femil.fr/>
78. Véhicule médical : la santé accessible à tous [Internet]. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.procar-demas.fr/article/carrossier-constructeur-fabricant-agenceur-unite-medicale-mobile-medecine-du-travail-vehicule-sante.html>
79. Aljasir B, Alghamdi MS. Patient satisfaction with mobile clinic services in a remote rural area of Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*. 1 oct 2010;16(10):1085- 90.
80. Handident. Ne laissons pas le handicap gagner leurs dents [Internet]. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: <http://handidentpaca.fr/>

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

La médecine itinérante, une des solutions aux problèmes d'offre de soins en France ? Point de vue des médecins

Madame, Monsieur,

En France, la répartition des médecins sur le territoire est inégale. Ces disparités territoriales entraînent des inégalités d'accès aux soins, ce qui peut amener les patients à des non-recours et/ou à des renoncements aux soins. Or, l'accès aux soins est une des conditions nécessaires pour être en bonne santé.

Des alternatives émergent pour tenter de pallier ces inégalités territoriales d'accès aux soins telles que la télémédecine ou les consultations avancées par exemple.

Dans le cadre de mon travail de thèse, je souhaite recueillir l'opinion des médecins (en exercice et internes) sur l'intérêt et l'acceptabilité d'une autre possibilité : la **médecine itinérante**. Des expérimentations de cette pratique alternative ont été ou sont menées en France et dans le monde.

Répondre au questionnaire prend environ 15 minutes et toutes les réponses sont **ANONYMES**.

Pour permettre l'analyse des résultats, il est important d'aller au bout du questionnaire.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

N'hésitez pas à **diffuser ce questionnaire** auprès de vos collègues médecins et internes.

Mélissa MARTIN

Interne de santé publique

Nantes

1. Avez-vous déjà entendu parler de '**médecine itinérante**' ? Oui Non

Définition de la médecine itinérante : En cliquant sur suivant, apparition de la définition :

Le principe de la médecine itinérante est basé sur le **déplacement d'un médecin au plus près de sa patientèle**, sans toutefois être une visite à domicile. *Exemple : un médecin se déplace dans un village puis les patients de ce territoire se déplacent vers le médecin.*

Le but est de **rapprocher le médecin des usagers** (habitant souvent des zones sous dotées) et de **limiter leurs déplacements**.

- Un médecin peut être itinérant à temps complet (il n'a donc pas de cabinet) ou à temps partiel (couplé à une activité classique et être itinérant une semaine par mois par exemple), en fonction de la spécialité, l'envie du praticien, le territoire, etc.
- Un médecin itinérant peut exercer en libéral ou salarié.
- L'itinéraire est préétabli et toujours le même (ce qui permet un suivi des patients).
- Les consultations peuvent être données dans un véhicule aménagé en cabinet médical ou dans des locaux mis à disposition (si accord avec des collectivités, des associations, des maisons de santé ou autre).

Faisabilité et acceptabilité de la médecine itinérante

2. La pratique de la médecine itinérante vous paraît-elle envisageable en France ?

- Tout à fait d'accord D'accord Plutôt d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

3. Pensez-vous que les patients pourraient apprécier le principe des consultations itinérantes : par exemple, le médecin se déplace dans un village puis les patients viennent à lui (*attention pas à domicile*) ?

- Tout à fait d'accord D'accord Plutôt d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

4. Selon vous, l'itinérance pourrait être adaptée à quelle(s) spécialité(s) ?

- Toutes les spécialités Certaines spécialités Uniquement la médecine générale Aucune spécialité

Si « certaines spécialités » coché 4bis : Vous pensez que seules certaines spécialités sont adaptées à l'itinérance. Lesquelles ? Spécialités chirurgicales Spécialités médicales Autres spécialités (radiologie, santé publique, biologie...)

5. Un médecin itinérant pourrait être choisi comme médecin traitant.

Que pensez-vous de cette affirmation ?

- Tout à fait d'accord D'accord Plutôt d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

6. Quelles sont, selon vous, les activités réalisables par un médecin itinérant ?

Plusieurs réponses possibles

- Consultation classique
 Consultation de suivi (pathologie chronique...)
 Consultation d'urgence
 Consultation de prévention et dépistage
 Consultation complexe/longue
 Geste simple (infiltration, frottis cervico-vaginal...)
 Exploration fonctionnelle simple (électrocardiogramme, électroneuromyogramme, échographie, exploration fonctionnelle respiratoire...)
 Aucune
 Autre préciser : *texte*

7. Dans votre exercice actuel ou futur, seriez-vous prêt à travailler avec un médecin itinérant exerçant sur le même territoire que vous sans concurrence déloyale (*orientation de patients, analyse de pratique, réunion de concertation pluridisciplinaire, projets de prévention, ...*) ?

- Tout à fait d'accord D'accord Plutôt d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord
 Non concerné

8. Orienteriez-vous vos patients vers un médecin itinérant (toutes spécialités confondues) ?

- Oui dans tous les cas
 Oui uniquement si son délai de RDV est inférieur à un médecin fixe
 Non jamais
 Non concerné

9. Certains médecins voient la médecine itinérante comme une concurrence déloyale pour les médecins installés.

Que pensez-vous de cette affirmation ?

- Tout à fait d'accord D'accord Plutôt d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

Favorise l'accès aux soins

10. La médecine itinérante a été proposée pour favoriser l'accès aux soins.

Que pensez-vous de cette proposition ?

- Tout à fait d'accord D'accord Plutôt d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

11. Pour quels territoires pensez-vous que l'itinérance soit la plus adaptée ?

Classez ces territoires de 1 (le plus adapté) à 4 (le moins adapté)

- Rural Semi-rural/péri-urbain Urbain Quartier prioritaire urbain

La médecine itinérante pourrait changer les comportements d'installation des médecins :
Pour chaque affirmation, merci d'indiquer votre opinion :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
12. La promesse d'une rémunération supérieure est un moyen d'inciter les médecins à choisir l'itinérance.					
13. D'autres incitations financières (<i>achat d'un véhicule aménagé, exonération fiscale, pas de taxe d'habitation</i>) sont un moyen d'encourager une pratique itinérante de la médecine.					
14. Être salarié à horaires fixes (et ne pas avoir à gérer de cabinet) incite les médecins à choisir l'itinérance.					
15. La médecine itinérante est un moyen d'attirer les médecins en zones sous-dotées.					

Leviers et freins de la médecine itinérante

16. Pour vous, quels sont les 3 principaux freins à la pratique itinérante de la médecine ?

3 réponses possibles

- Aucun frein
 Les temps de trajet du médecin
 L'espace de consultation limité (si véhicule aménagé)
 L'organisation, la logistique
 La méconnaissance de cette pratique
 La non adhésion des médecins pour cette pratique
 L'investissement financier de départ (si véhicule aménagé)
 Les frais de fonctionnement (si véhicule aménagé)

- Les risques de problèmes techniques (si véhicule aménagé)
- La non adhésion des patients
- La non reconnaissance des pairs
- Être vu comme un concurrent par les médecins installés
- Nécessité d'un réseau large selon le territoire couvert
- Les contraintes personnelles
- Autre(s)

17. Quels sont les 3 apports que vous pourriez attribuer à la médecine itinérante par rapport à la télémédecine ? *Plusieurs réponses possibles :*

- Accessibilité au médecin facilitée
- Meilleure relation médecin-patient (plus réelle)
- Examen physique direct (sans intermédiaire)
- Meilleure acceptation du patient
- Plus d'activités réalisables en médecine itinérante
- Meilleur suivi du patient
- Dynamisme et attractivité des zones rurales
- Possibilité de consultations inopinées en cas d'urgence avec la médecine itinérante
- Autre(s)
- Je ne vois aucun avantage de la médecine itinérante par rapport à la télémédecine

18. Quels sont les 3 intérêts supplémentaires que vous pourriez attribuer à la médecine itinérante par rapport aux consultations avancées ?

Consultations avancées : consultations spécialisées dans des lieux de santé les plus accessibles par la population (maisons de santé, hôpitaux de proximité...) dans le respect du parcours de soins, principalement dans les zones où les spécialistes manquent.

3 réponses possibles :

- Accessibilité du médecin facilitée
- Moins de délai avec un médecin itinérant
- Meilleure acceptation du patient
- Pas que des spécialistes en médecine itinérante
- Meilleur suivi du patient
- Dynamisme et attractivité des zones rurales
- Possibilité de consultations inopinées en cas d'urgence avec la médecine itinérante
- Moins de dépenses de santé (transport médicalisé...)
- Autre(s)
- Je ne vois aucun intérêt de la médecine itinérante par rapport aux consultations avancées

La médecine itinérante : et vous ?

19. Seriez-vous prêt vous-même à avoir une pratique itinérante ?

- Oui à temps plein
- Oui à temps partiel
- Non pas du tout

20. Si la pratique de la médecine itinérante pouvait donner lieu à un surplus de rémunération par rapport à votre pratique actuelle ou celle que vous envisagez, pourriez-vous être tenté(e) par ce mode d'exercice ?

- Oui à temps plein
- Oui à temps partiel
- Non pas du tout

21. Si vous étiez un médecin itinérant, quel mode de rémunération principal choisiriez-vous ?

- Salarié (d'un établissement de santé, MSP, association, collectivité, ...)

- Paiement à l'acte
- Capitation (forfait annuel par patient ayant choisi le médecin comme médecin traitant)

22. Si vous étiez un médecin itinérant, vous choisiriez d'exercer l'itinérance :

- Comme activité unique (itinérance permanente)
- Comme activité partielle couplée à une activité classique/fixe
- Comme activité partielle couplée à des remplacements
- Peu importe

23. Si vous aviez une activité itinérante, même partielle, vous choisiriez d'exercer :

- En véhicule aménagé en cabinet médical
- En véhicule aménagé partagé entre plusieurs médecins
- Dans des locaux mis à disposition (par des collectivités, associations, MSP...)
- Peu importe

24. Pour vous la médecine itinérante c'est (en un mot) : *texte*

A propos de vous :

1. Vous êtes ? : Une femme Un homme

2. Vous êtes ? : Interne Médecin en exercice

Si en exercice 26bis : Êtes-vous uniquement remplaçant ? Oui Non

3. Quelle est votre spécialité ? : *menu déroulant*

4. *Si en exercice à la 26* : Quel est votre mode d'exercice actuel ? :

- Salarié Libéral Mixte

5. *Si en exercice à la 26* : Dans quel type de zone exercez-vous principalement ? :

- Rural Semi-rural/péri-urbain Urbain

Ou 29. *Si interne à la 26* : Dans quel type de zone envisagez-vous d'exercer principalement ? :

- Rural Semi-rural/péri-urbain Urbain Je ne sais pas

6. Dans quel département exercez-vous actuellement principalement ? : ____

7. *Si médecin en exercice à la 25* : Combien d'années avez-vous exercé en libéral (seul ou en regroupement) depuis l'obtention de votre diplôme ? :

- Jamais Moins de 5 ans Entre 5 et 10 ans Plus de 10 ans

8. Quel est votre âge ? : ____ ans

Remarques ou commentaires, n'hésitez pas ! : *texte*

Merci pour votre aide précieuse !
N'hésitez pas à partager cette enquête auprès de vos collègues
médecins et internes

Lien questionnaire

Voici quelques liens et documents utiles si le sujet vous intéresse :

- Revue de la littérature sur l'impact des cliniques mobiles aux USA : Yu, S.W.Y., Hill, C., Ricks, M.L. et al. *The scope and impact of mobile health clinics in the United States: a literature review. Int J Equity Health* **16**, 178 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0671-2>
- Thèse nantaise sur le point de vue des patients sur la médecine itinérante : Langlassé E, Senand R. *Représentations d'un modèle de médecine générale itinérante par un échantillon de population en zone sous-médicalisée. [Nantes, France]; 2016.*
- Dok'Ici, start-up lyonnaise qui propose des véhicules aménagés en cabinet médical : <https://www.dokici.fr/notre-concept>
- Le rapport 2018 des délégués à l'accès aux soins qui classe la médecine mobile dans les nouveaux modes d'exercice à soutenir : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport.pdf

Annexe 2 : Analyses statistiques complémentaires

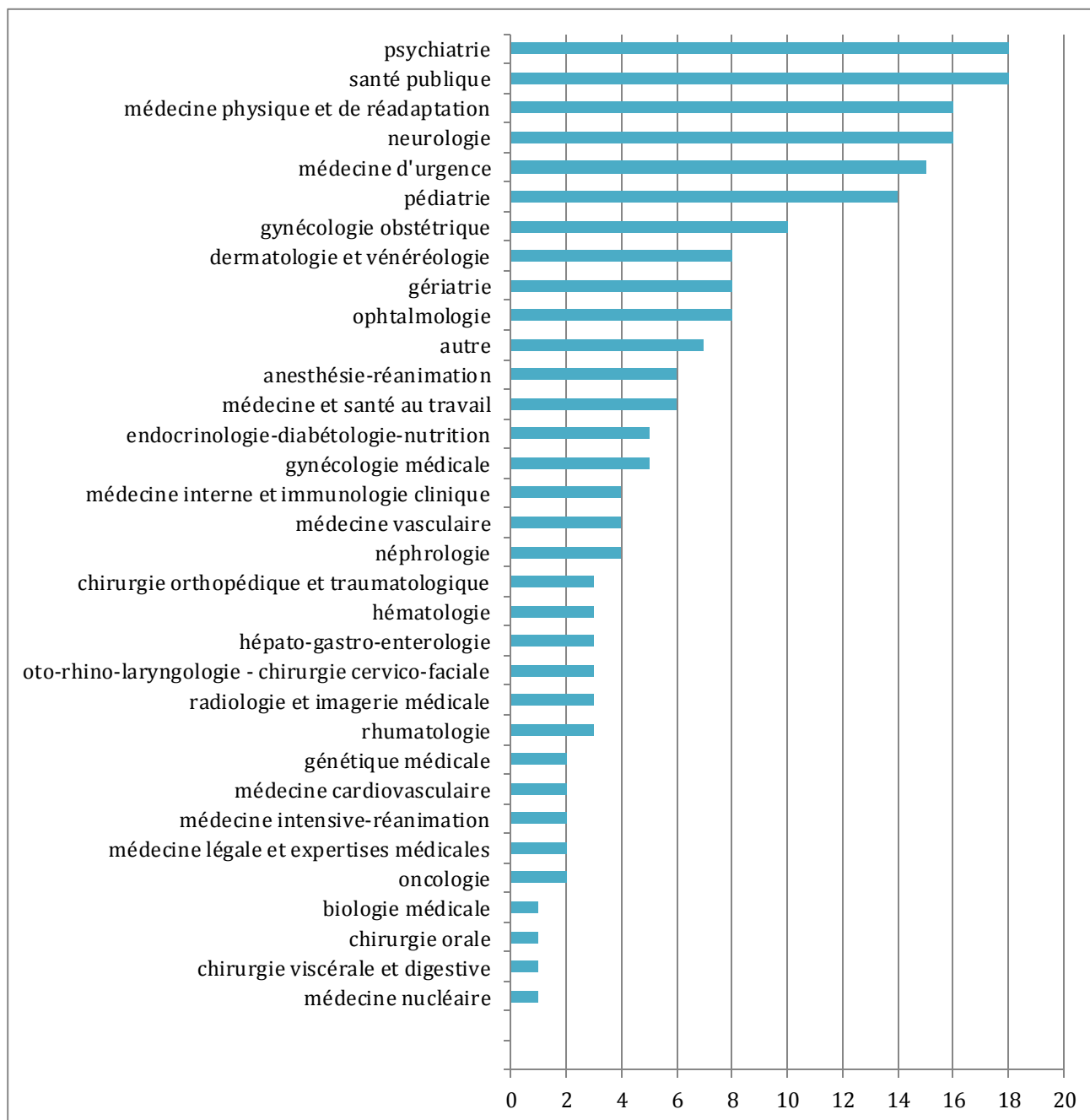


Figure 12 : Spécialités des répondants, hors médecine générale, en effectif (n=578)

Département	Effectif	%
Ain	2	0.3
Alpes-Maritimes	2	0.3
Ardèche	1	0.2
Ariège	1	0.2
Bouches-du-Rhône	2	0.3
Calvados	48	8.3
Charente	1	0.2
Charente-Maritime	2	0.3
Côte-d'Or	2	0.3
Côtes d'Armor	27	4.7
Creuse	1	0.2
Dordogne	7	1.2
Doubs	1	0.2
Drôme	3	0.5
Eure	18	3.1
Eure-et-Loir	1	0.2
Finistère	16	2.8
Haute-Garonne	2	0.3
Gers	1	0.2
Gironde	8	1.4
Hérault	6	1.0
Ille-et-Vilaine	22	3.8
Indre	1	0.2
Indre-et-Loire	14	2.4
Isère	3	0.5
Jura	3	0.5
Loir-et-Cher	4	0.7
Loire	1	0.2
Haute-Loire	1	0.2
Loire-Atlantique	78	13.5
Loiret	3	0.5
Maine-et-Loire	42	7.3
Manche	21	3.6
Mayenne	2	0.3

Morbihan	4	0.7
Moselle	1	0.2
Nièvre	1	0.2
Nord	13	2.2
Oise	1	0.2
Orne	14	2.4
Pas-de-Calais	4	0.7
Puy-de-Dôme	1	0.2
Pyrénées-Atlantiques	1	0.2
Hautes-Pyrénées	1	0.2
Bas-Rhin	5	0.9
Haut-Rhin	2	0.3
Rhône	24	4.2
Haute-Saône	1	0.2
Saône-et-Loire	1	0.2
Sarthe	8	1.4
Savoie	1	0.2
Haute-Savoie	1	0.2
Paris	10	1.7
Seine-Maritime	49	8.5
Seine-et-Marne	1	0.2
Deux-Sèvres	17	2.9
Somme	2	0.3
Vendée	36	6.2
Vienne	1	0.2
Haute-Vienne	3	0.5
Territoire de Belfort	1	0.2
Essonne	1	0.2
Hauts-de-Seine	2	0.3
Seine-St-Denis	2	0.3
Val-de-Marne	2	0.3
Outre-Mer	20	3.5

Tableau 4 : Départements des répondants (n=578)

Variables	Effectif	Pourcentage valide
MI envisageable en France ?	n	val%
Pas d'accord	47	7.8
D'accord	558	92.2
Prêt à être MI ?	n	val%
Oui à temps plein	39	6.7
Oui à temps partiel	295	50.3
Non pas du tout	252	43.0
Prêt à être MI si rémunération supérieure ?	n	val%
Oui à temps plein	60	10.3
Oui à temps partiel	304	52.0
Non pas du tout	221	37.8
Les patients pourraient apprécier ?	n	val%
Pas d'accord	25	4.1
D'accord	579	95.9
Orientation de patients au MI ?	n	val%
Oui dans tous les cas	184	30.6
Oui uniquement si son délai de RDV est inférieur à un médecin fixe	344	57.1
Non jamais	37	6.1
Non concerné	37	6.1
Travailler avec MI	n	val%
Pas d'accord	76	12.5
D'accord	530	87.5

Tableau 5 : Analyses univariées complémentaires sur l'échantillon global
RDV : rendez-vous ; MI : médecine itinérante

Territoires	Positionné en 1	Positionné en 2	Positionné en 3	Positionné en 4
Rural	85.9%	13.6%	1.2%	1.0%
Semi-rural/péri-urbain	7.7%	53.2%	35.4%	3.6%
Quartier prioritaire urbain	5.5%	32.6%	52.3%	7.8%
Urbain	0.8%	0.6%	11.0%	87.6%
	n=596	n=506	n=426	n=412

Tableau 6 : Classement des territoires du plus adapté au moins adapté à la médecine itinérante selon les répondants

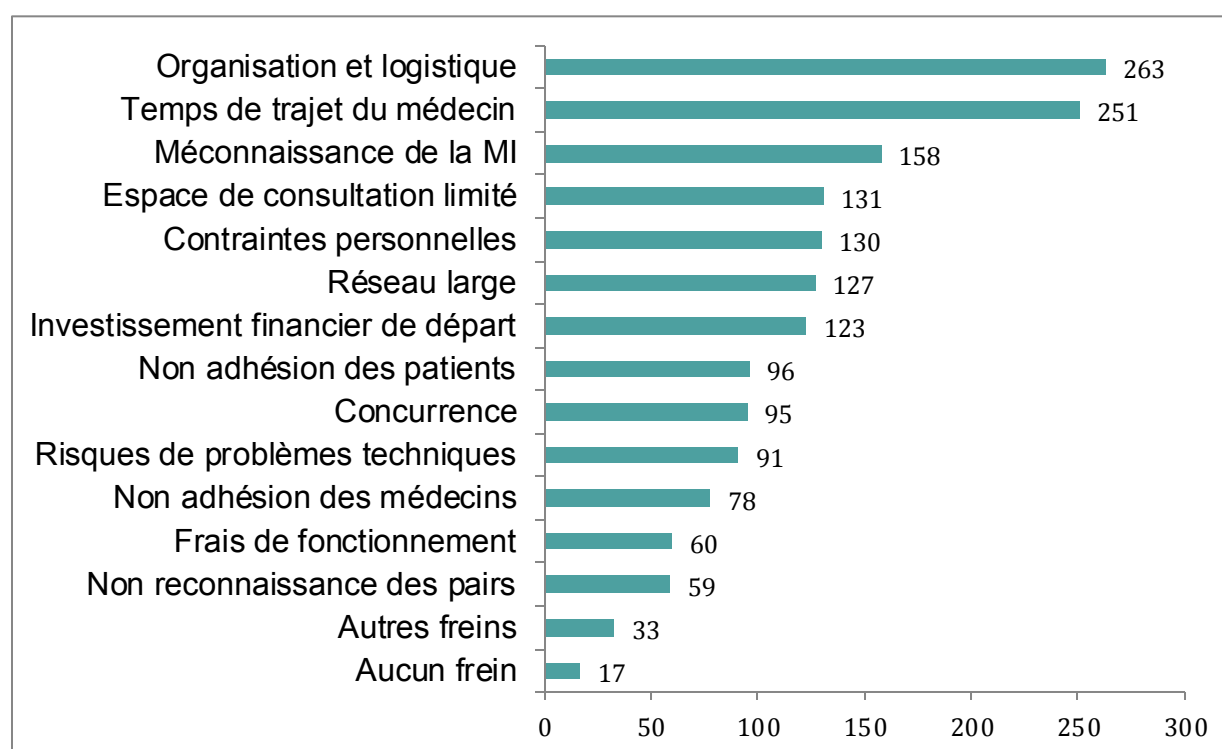


Figure 13 : Freins à la pratique itinérante de la médecine selon les répondants

MI : médecine itinérante

Annexe 3 : Commentaires des répondants

Nous avons inclus les commentaires recueillis en fin de questionnaire apportant une réflexion ou une idée intéressante pour notre travail. Aucune modification n'a été apportée excepté orthographique.

✦ « A priori, le principal frein au développement de ce mode d'exercice, c'est le CNOM. Exemple proche d'une maire qui souhaitait mettre à disposition un "bus santé". Accord de la CPAM et de l'ARS, mais le CNOM a refusé. »

✦ « Nous exerçons de cette manière là au sein de notre cabinet libéral de médecine général sans aucune aide depuis 6 ans. Nous sommes 6 médecins dans notre cabinet de [...] et nous sommes 4 à aller dans un cabinet secondaire en campagne à [...] où il n'y avait plus de médecin depuis 2 ans suite à son décès. Nous y allons chacun 2 demi journées. Nous suivons nos patients sur ces jours fixes et en cas d'urgence ils voient celui qui est sur place sachant que l'on fonctionne sur des dossiers informatisés communs. Mes patients sont satisfaits. Le soucis pour nous est le coût engendré (double secrétariat, deuxième loyer, ...) sans aucune aide ou contrepartie. »

✦ « Pour des vacances de spécialistes ou de MG (médecin généraliste) »

✦ « C'est une solution super intéressante pour les régions rurales françaises. Pas de solution par contre pour les quartiers défavorisés, je les juge trop dangereux pour un exercice toute seule, je n'irais pas en tant que femme. »

✦ « C'est un sujet très intéressant pouvant apporter une réponse à plusieurs problématiques : accès aux soins pour le patient, environnement en diminuant les trajets individuels, ... Reste à trouver comment ne pas se sentir isolé dans ce type d'exercice par rapport à un travail en cabinet de groupe. »

✦ « C'est une très bonne idée pour laquelle il n'y a globalement aucune communication auprès des libéraux, comparée à tout ce que l'on reçoit sur les consultations "numériques". »

✦ « C'est une bonne idée mais pour les urgences ou les avis de spécialités ponctuels, pas pour un vrai suivi car les patients ne pourront pas avoir accès à leur médecin et un vrai suivi risque d'être compliqué, surtout si c'est 1 seul médecin qui doit assurer le suivi de tous ceux qu'il a vu 1 fois. Les gens veulent un médecin à qui parler, qui les suive, les voit grandir, pas quelqu'un qui vient que les lundis... »

✦ « Ce qui m'a gênée dans votre enquête est la concurrence que vous établissez avec les médecins installés. Pour ma part, j'ai changé de cabinet très récemment et j'avais envisagé la médecine itinérante pour proposer de la médecine libérale dans

les villages non dotés de médecin. Mais la médecine itinérante sous-entend, à mon avis, des jours de présence convenus et stables et les patients sont toujours inquiets de tomber malade les jours où le médecin ne serait pas là et cela pourrait peut-être être un frein. Par contre, à ma connaissance, la médecine itinérante n'est pas possible en France mais je pense qu'elle devrait avoir plus d'avenir que la télémédecine car le suivi avec examen médical me semble être indispensable pour la continuité de la qualité de la prise en charge du patient. »

✦ « Ce qui me freinerait à exercer comme médecin généraliste itinérant serait la difficulté à gérer les soins non programmés. Par exemple, en consultant 1 fois par semaine ses patients dans 1 lieu, qui prends en charge les petites urgences (otite, angine, cystite...) le reste de la semaine? Mais pour le suivi de pathologies chroniques en MG ou les consultations spécialisées de proximité pour les patients ne se déplaçant pas dans les grandes villes cela me paraîtrait intéressant »

✦ « Cela me paraît LA SOLUTION pour créer une offre de soins correcte dans les zones rurales isolées! Très bonne initiative, que je soutiens à 100% J'espère en entendre parler rapidement car je pourrais être attirée par ce mode d'exercice ! (Projet d'installation en milieu rurale) »

✦ « Cela peut être pour moi une bonne façon de lutter contre les déserts médicaux, et donc de faciliter l'accès aux soins des personnes ne pouvant pas où difficilement se rendre chez les médecins installés loin de chez eux, mais cela ne doit pas devenir une concurrence aux médecins déjà installés sur les territoires, plutôt les décharger. »

✦ « Concept innovant mais la paperasserie habituelle le rendra difficile (accès internet, formulaires, télétransmission...) »

✦ « Concurrence "déloyale" médecin installé en cabinet (charges +++) versus itinérant si prise en charge par la ou les collectivité(s) »

✦ « Depuis le temps que je le dis qu'une activité à temps partiel en zone sous-dotée est la seule solution !!! 1 MG installé, avec horaires "raisonnables" dans son cabinet près de chez lui, fait 1 journée par semaine par exemple, dans une zone sous-dotée, où il effectue une journée avec davantage d'actes, ce qui lui permet d'augmenter ses revenus, tout en habitant près de la ville ou son mari, BAC+5 minimum, exerce une profession qu'il ne pourrait exercer loin d'une grande ville. Il faudrait peut-être tenir compte de la sociologie... »

✦ « Essentiel dans certaines zones autant en médecine générale en zone sous dotée pour aller au contact de certains patients isolés, que pour faire venir des spécialistes pour alléger notre pratique car de nombreux patients ne voient pas de spécialistes et nous devons faire des suivis plus compliqués. »

- ✦ « Excellente solution en terme d'accessibilité dans les zones rurales médicalement sous dotées mais qui se confronterait probablement à la difficulté à rendre connue la démarche auprès de personnes isolées et souvent âgées. Quels moyens de communication possibles et autorisés par le code de la santé publique pour la rendre visible immédiatement ? Telle est mon interrogation. »
- ✦ « Idem = incompatible avec le manque de médecin et la déontologie qui impose le continuité des soins ! Comment envisager le suivi si le médecin change régulièrement ou n'est pas contactable, ce qui rend l'activité non "rentable" à l'acte donc salarié avec déficit de l'organisme qui emploie. Intérêt uniquement pour la médecine saisonnière, ou type remplacement, pour la bobologie, dans certaines spécialités (Oph, ORL, gynéco ...) et pour le médecin pas de garde, ni de suivi de patient type SOS médecin en zone sous dotée ! »
- ✦ « Il doit y avoir accord avec les élus locaux »
- ✦ « J'ai exercé au début de ma carrière comme médecin du travail remplaçant et j'allais en camion aménagé sur le site des entreprises. Cela ressemblait beaucoup à ce que pourrait être une médecine de soins itinérante. Le chauffeur faisait aussi fonction de secrétaire et c'était une aide précieuse pour gagner du temps. »
- ✦ « J'avais eu cette idée d'apporter du soins au plus près du patient voici 10 ans ce qui était alors inconcevable techniquement et juridiquement. Ce mode d'exercice ne doit pas concurrencer la médecine fixe et être une solution temporaire dans les zones désertifiées »
- ✦ « J'avais proposé il y a quelques années ce projet de médecine itinérante à destination des communes et autres lieux dit "désertés" du [...], l'"Ordre" n'en avait pas voulu, arguant qu'il fallait avoir une adresse fixe pour exercer la médecine. Je ne sais pas si les mentalités ont évolué... j'en doute... »
- ✦ « J'avoue que je trouve cette notion un peu inattendue j'ai l'impression qu'on nous mésestime et je trouve que cette notion me donne l'impression que ce serait pire peut-être à tort mais ça fait encore plus médecine au rabais »
- ✦ « Je considère la médecine itinérante une ubérisation de la médecine »
- ✦ « Je fais de la médecine itinérante en mission humanitaire : c'est quand même une médecine pour "pauvres" mais c'est mieux que rien! »
- ✦ « Je ne serai pas prêt à avoir un médecin itinérant dans mon secteur géographique, car je ne suis pas en zone sous-dense. Toutefois, si j'étais dans une telle zone, ça ne me poserait aucun souci. »
- ✦ « Je pense qu'au moins pour la médecine générale, c'est nécessaire et cela peut régler les problèmes des déserts médicaux ! Seul inconvénient si le médecin couvre la France : suivi du patient ? Vrai avantage si couplé à une activité à mi-temps. (une

semaine off/une semaine on...) par exemple. (car la route est contraignante...). Ou une activité type 1/3 classique, 1/3 libre, 1/3 itinérant. »

- ✦ « L'Outre Mer est tout aussi concerné par les déserts médicaux »
- ✦ « La médecine itinérante permettrait, notamment dans les campagnes ou zones urbaines défavorisées, d'aller vers la population. Ce type de consultation est répandu, notamment en Amérique du Sud. En Argentine, j'ai pu le voir dans des quartiers défavorisés, notamment pour le suivi d'enfants ainsi qu'à SAO PAULO avec un bus dédié à l'ophtalmo. »
- ✦ « La médecine salariée serait à développer temps partiel sur plusieurs petites communes »
- ✦ « Le risque est d'être trop seule et/ou de ne pas avoir de réseau au moins au départ / bouger peut permettre de casser la "routine" pour le médecin / mais là encore attention à ce que l'investissement du médecin soit de qualité dans la durée auprès des populations »
- ✦ « Lorsque j'étais remplaçante en milieu rural il y a 30 ans j'avais eu cette idée quand je voyais les difficultés d'accès aux soins commencer... c'était illégal m'avait dit le conseil de l'Ordre... les temps changent et il faut s'adapter »
- ✦ « Mon frein serait de lâcher ma patientèle actuelle, et peut-être le manque de suivi dans une patientèle itinérante »
- ✦ « Ne serait-ce que 2 ou 3 jours par mois pour certaines spécialités et dans certains territoires peut sembler intéressant pour des patients ayant des difficultés de mobilité. »
- ✦ « Nécessaire dans les territoires ruraux, pour redonner du lien direct non virtuel, humain correspondant à notre engagement auprès des plus fragilisés qui vont être légion »
- ✦ « Option intéressante! Idée à développer et en informer les médecins les politiques et les patients ! »
- ✦ « Pour les spécialités médicales et chirurgicales, la mise en pratique dépend beaucoup de la spécialité car certaines requièrent plus de matériel que d'autres (ophtalmologie, ORL, dermatologie, allergologie par exemple), sans compter que pour réaliser certains tests courant une assistance par un.e infirmier.e est souvent nécessaire. »
- ✦ « Pourquoi pas avec un dossier médical efficient et une certaine récurrence dans la zone d'itinérance, histoire d'avoir quelques repères »
- ✦ « Quel médecin se projetterait en médecine itinérante toute sa carrière ou sur une longue durée (>5ans)? Peut-être intéressant pour un début de carrière ou pour « s'oxygéner » en sortant de son cabinet habituel... »

- ✦ « Si je voulais pratiquer la médecine itinérante, je postulerais pour rejoindre le Royal Flying Doctor Service, créé en 1928 en Australie...enfin, si j'avais quelques années de moins....beau modèle de médecine itinérante pour les zones sous-médicalisées!.... »
- ✦ « Les réponses me semblent ne pas avoir la même portée si on parle de médecine générale itinérante où le but est de maintenir au moins cette activité dans des zones où la plupart des services publics ont déserté, et la médecine spécialiste d'organe itinérante qui a selon mes représentations, des motivations soit purement opportunistes et financières, soit en effet les mêmes motivations que pour les MG, mais dans ce cas ça se superpose beaucoup avec la notion de consultation avancée. »
- ✦ « Solution désespérée à un problème terminal d'aménagement du territoire »
- ✦ « Sujet très intéressant d'autant que j'avoue n'en avoir quasiment jamais entendu parler concrètement. Personnellement je ne me verrais pas faire cela à temps plein mais en complément d'une activité en cabinet classique, pour aider les populations des zones sous-dotées, pourquoi pas? »
- ✦ « Super initiative, à voir en termes d'organisation et de logistique si faisable et déplacements réguliers pour suivi voir si accepté. Mais selon moi pourrait palier à la problématique des déserts médicaux »
- ✦ « Très adaptée pour la Guyane et les villages de campagne de métropole en désert médical »
- ✦ « C'est un sujet qui m'intéresse beaucoup et j'aimerais vraiment pouvoir partager mon temps de cette manière. En Finistère on a ce genre de possibilité dans les différentes îles mais le centre Bretagne pourrait complètement relever de cette solution. Après l'organisation, la prise de RDV notamment ne coule pas de source. »
- ✦ « Le véhicule ça demande un investissement conséquent, et des contraintes liées à la mobilité des patients (marche pour monter dedans, espace réduit, place de parking, logistique ...) »
- ✦ « Si chaque mairie prête un local ou une pièce annexe avec une table d'examen, un bureau et un ordi, ça coûte pas cher, c'est accessible et tout le monde peut venir! »
- ✦ « Un moyen complémentaire aux autres modes d'exercices. »
- ✦ « Je travaille en centre de santé et nous avons un projet d'antenne mobile pour développer l'accès aux soins de la population du territoire. »
- ✦ « Un problème majeur de la médecine itinérante est le fait de se retrouver seul interlocuteur pour les patients sans l'appui de confrères »

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)



Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)



Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET

NOM : MARTIN

PRÉNOM : MÉLISSA

Titre de Thèse : La médecine itinérante, une des solutions aux problèmes d'offre de soins en France ? : Point de vue des médecins

RÉSUMÉ (10 lignes)

La mauvaise répartition territoriale des médecins en France crée des déserts médicaux entraînant des inégalités d'accès aux soins. Plusieurs initiatives ont été mises en place mais leur effet demeure limité. Dans ce contexte, notre objectif était d'explorer le point de vue des professionnels à travers une enquête par questionnaire en ligne, sur une autre possibilité : le recours à la médecine itinérante. Il ressort de nos analyses que les professionnels ne semblent pas opposés à la mise en place de la médecine itinérante en France. Ils sont moins nombreux à être tentés par cette pratique pour eux-mêmes, les plus intéressés étant les internes comparés aux professionnels en exercice. Certaines incitations pourraient encourager le choix de ce mode d'exercice qui pourrait compléter les initiatives existantes.

MOTS-CLÉS

MÉDECINE ITINÉRANTE ; MÉDECINE MOBILE ; DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ; OFFRE DE SOINS ; DÉSERT MÉDICAL ; ACCÈS AUX SOINS ; ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE