



HAL
open science

Le métier de médecin rural en France : historique depuis la Révolution Française enquête sur l'état des lieux et les perspectives futures

Roland d'Amico

► To cite this version:

Roland d'Amico. Le métier de médecin rural en France : historique depuis la Révolution Française enquête sur l'état des lieux et les perspectives futures. Sciences du Vivant [q-bio]. 2005. hal-01732486

HAL Id: hal-01732486

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732486v1>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Monsieur Roland D'AMICO

Le 14 décembre 2005

Le métier de médecin rural en France.

**Historique depuis la Révolution Française.
Enquête sur l'état des lieux et les perspectives futures.**

Examineurs de la thèse :

Professeur J.D. de KORWIN
Professeur M. BOULANGÉ
Professeur X. DUCROCQ
Docteur J.L. DEUTSCHER
Docteur L. SIDO

Président
Juge
Juge
Juge
Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Asseseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Jean-Pierre NICOLAS –

Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF Professeur Daniel ANTHOINE -
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET –
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND –
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÁSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A notre Maître et Président de thèse
Monsieur le Professeur J.D. de KORWIN
Professeur de médecine interne

Vous nous avez guidés tout au long de ce travail en étant constamment disponible en cas de questions ou de précisions.

Merci d'avoir accepté la présidence de ce jury et de vous être tant impliqué jusqu'à la réalisation de ce document.

Monsieur le Professeur M. BOULANGE,
Professeur Emérite de Physiologie
Président honoraire de l'Université de Nancy 1
Officier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur
Officier dans l'Ordre National du Mérite
Commandeur dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je tiens à vous remercier pour votre participation et votre implication personnelle qui ont permis un regard critique concernant un sujet qui vous tient particulièrement à cœur.

Monsieur le Professeur X. DUCROCQ,
Professeur de Neurologie

Par votre acceptation de participer comme juge à ma soutenance de thèse, vous me confirmez votre intérêt pour le sujet développé dans ce travail. J'espère que les conclusions sont à la hauteur de votre attente.

Monsieur le Docteur J.L. DEUTSCHER,
Docteur en médecine générale

Je tiens à vous remercier pour votre participation auprès de notre groupe d'expert ainsi que pour votre hospitalité et votre implication personnelle tout au long de l'élaboration des différentes étapes de ce travail.

Monsieur le Docteur L. SIDO,
Docteur en médecine générale

Voici enfin les résultats d'un travail mais surtout d'une idée qui avait vu le jour il y a environ deux ans.

Comme Directeur de thèse vous m'avez soutenu et guidé tout au long de ce travail en étant constamment présent pour me conseiller. Votre hospitalité m'a beaucoup touchée et je tiens à vous en remercier vivement.

A Michèle, mon épouse,

Tu m'as soutenu sans faille et c'est grâce à toi que je me tiens actuellement là où je suis.

A ma famille, à laquelle je dois beaucoup. Je pense ne pas avoir failli à leurs attentes.

A tous mes amis que je remercie pour leur attention et leur présence.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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



Introduction	20
<u>I. HISTORIQUE DEPUIS LA REVOLUTION FRANCAISE</u>	23
1. L'accès à la profession de médecin de campagne	23
A. Les 'catégories' de médecins de campagne	24
1. Le médecin officier de santé	24
2. Le docteur installé en campagne	27
B. La formation du médecin de campagne	28
1. La formation initiale	28
a) <i>La formation initiale des officiers de santé</i>	28
b) <i>La formation initiale des docteurs en médecine</i>	30
2. La formation médicale continue	32
C. Les procédures d'installation du cabinet rural	33
2. Le quotidien du médecin de campagne	37
A. Les conditions d'exercice	38
1. Le lieu d'exercice et d'habitation	38
2. Le matériel à disposition	43
a) <i>La trousse médicale</i>	43
b) <i>La pharmacopée</i>	46
3. Les revenus et honoraires	46
4. Les visites à domicile	63
5. Les risques du métier	71
B. La pratique clinique et paraclinique	71
1. Différentes sortes de traitements pour différentes sortes de patients	72
2. Les examens complémentaires	75
3. La chirurgie	76
4. Antisepsie et aseptie	77
5. Douleur et anesthésiants	78
6. Le médecin face à l'impuissance thérapeutique	79
7. Les pratiques partagées	79
a) <i>La délégation de compétences</i>	79
b) <i>Le transfert en milieu spécialisé</i>	80
C. Les attributions particulières du médecin de campagne	81
1. Les différentes attributions particulières	81
a) <i>Le médecin des épidémies</i>	81
b) <i>Le médecin hygiéniste-conseiller</i>	85
c) <i>La médecine préventive</i>	89
2. Le médecin de campagne, un intervenant important en matière de santé publique	90
3. Influence sur le milieu agronomique	91

3.	Le médecin de campagne face à la société	93
A.	Les évolutions sociologiques	94
1.	Un personnage envié	94
2.	Un maître en relations publiques	95
3.	La féminisation de la profession	99
4.	Les loisirs et leur place grandissante	101
B.	L'évolution du monde rural	102
1.	L'évolution de la démographie médicale	102
2.	L'impact de l'évolution du monde rural sur l'exercice de la médecine en milieu rural	110
a)	<i>L'urgence en milieu rural</i>	110
b)	<i>Le cas de la gériatrie</i>	110
c)	<i>Le médecin face à la fin de vie</i>	116
II.	<u>ETAT ACTUEL ET PROPOSITIONS DU GROUPE D'EXPERTS</u>	118
1.	Méthodologie de l'enquête	119
A.	Objectif	119
B.	Méthodologie	119
2.	Analyse des réponses du questionnaire	122
A.	La disponibilité : première qualité humaine du médecin de campagne d'aujourd'hui	122
B.	Le choix du lieu d'installation	123
C.	Le médecin polyvalent	127
D.	Les compétences du médecin rural : la pratique d'une multitude de gestes techniques	127
E.	La formation du médecin de campagne d'aujourd'hui	129
1.	Une formation initiale spécifique en médecine générale rurale ?	129
2.	La forme d'une éventuelle formation spécifique	131
3.	Les aides au développement des formations médicales continues	133
a)	<i>Les aides financières</i>	134
b)	<i>Les aides non financières</i>	134
4.	La participation du personnel paramédical à la formation des médecins	135

F.	Concernant une assurance responsabilité spécifique de la médecine générale rurale : Oui mais...	137
G.	La permanence des soins en zone rurale	138
1.	Au niveau médical	138
2.	Au niveau paramédical	140
H.	Les modalités d'exercice	143
3.	Commentaires des experts	149
4.	Propositions	152
III.	<u>PERSPECTIVES FUTURES</u>	154
1.	Le profil idéal du futur médecin de campagne	154
A.	La formation initiale à la faculté	155
1.	La formation théorique	155
2.	Les stages	156
B.	L'installation	157
C.	Conclusion	157
IV.	<u>Conclusion</u>	158
V.	<u>Bibliographie</u>	161
VI.	<u>Annexe</u>	166
1.	Courrier officiel de l'enquête	167
2.	Introduction à l'enquête	169
3.	Liste de présence de la réunion plénière	174
4.	L'enquête envoyée	175
5.	Demande d'Imprimatur	202
6.	Autorisation d'Imprimatur	204



Le métier de médecin rural en France.

Historique depuis la révolution française.

Enquête sur l'état des lieux et les perspectives
futures.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Avant la Révolution, il n'existait en campagne que des chirurgiens-barbiers et des dentistes ambulants, le médecin de campagne en tant que tel n'existant pas encore. La médecine de campagne naîtra avec la fin de la révolution française devant une nécessité alarmante de soins dans les régions reculées de France.

L'état des lieux après la révolution est désastreux. En effet, les différents coups d'état contre les assemblées ainsi que le chaos qui s'ensuit a eu comme conséquence de voir le corps médical complètement déstructuré, sans cohésion et éparpillé sur tout le territoire. L'abolition des facultés et des collèges de médecine ainsi que des corporations chirurgicales est responsable d'un système de santé quasi inexistant à ce moment. Il n'existe plus aucune structure d'enseignement ou de soutien aux différents médecins laissés à leur sort.

La révolution française a laissé un vide médical évident derrière elle. Le corps médical déstructuré n'offre plus aucune garantie quant à la qualité de la médecine. N'importe qui peut faire n'importe quoi. Le praticien fort de son titre exerce son art isolément comme bon lui semble. Il est évident que la médecine ne fait plus partie des priorités énumérées dans la Convention.

Certes, cet état des lieux offre une opportunité aux praticiens d'exercer librement sans contraintes, mais les inconvénients ne manquent pas : formations interrompues, absence d'encadrement ou de contrôle des médecins leur laissant la voie ouverte à tous les laisser aller et abus.

La guerre civile que sont la révolution et les campagnes étrangères est un grand consommateur en personnel médical surtout aux différents fronts. Un besoin en médecins se fait rapidement sentir face à une demande de soins qui va crescendo.

C'est dans cette optique que la Convention crée le 14 frimaire de l'an III, trois écoles de Santé, respectivement à Paris, à Strasbourg et à Montpellier destinées à former des médecins militaires au détriment de la médecine civile qui est délaissée. Ainsi naît une nécessité du moment à savoir l'officier de santé.

Le système des trois écoles de santé se trouve amélioré en 1796 par la distinction de trois stades dans l'avancée des études médicales. On parle dès maintenant d'écoles de médecine et en 1800 naît la société de médecine de Paris. Deux ans plus tard, est créé l'internat des hôpitaux de Paris.

Les chirurgiens et médecins seront mis à un pied d'égalité.

Le concept de médecine rurale organisée telle qu'on la connaît aujourd'hui trouve ses fondements dans la période de l'après révolution. L'analyse de l'évolution du métier du médecin de campagne nous permettra d'aboutir à un état des lieux et de définir un profil du médecin rural, adapté aux besoins de la population et aux aspirations des futurs médecins.

Suite à l'établissement de ce profil du médecin rural, des recommandations relatives à la formation et à l'exercice professionnel, seront faites à l'usage des médecins généralistes de demain, des responsables de leur formation ainsi que de la société civile. Elles s'appuieront sur l'évolution du monde rural de même que sur les mutations sociologiques des dernières décennies.

Cette démarche reposera sur les avis de groupes d'experts constitués à cet effet et sur une revue de la littérature médicale et non médicale.

Le but de cette étude est de tirer des parallèles entre les premiers médecins de campagne issus de la révolution et nos omnipraticiens ruraux actuels ainsi que d'analyser leur façon d'exercer ainsi que leur implication dans la vie politique, sociale et familiale.

Pour cela nous avons basé notre recherche sur des faits historiques relatés dans des documents officiels ainsi que des ouvrages d'époque notamment des figures et illustrations d'ouvrages historiques.

Des extraits de littérature française seront cités afin de souligner les différents points de vue des auteurs.

I. L'HISTORIQUE DEPUIS LA REVOLUTION FRANCAISE

1. L'accès à la profession de médecin de campagne

1. L'accès à la profession de médecin de campagne

Devenir médecin de campagne n'a jamais été chose facile, cependant, l'accès à la profession varie en fonction des 'catégories' de médecins (A). L'accès à la profession se fait par une formation de longue durée (B) suivie d'une procédure d'installation (C) à respecter.

A. Les 'catégories' de médecins de campagne

La loi du 19 ventôse de l'an XI (10.03.1803) subdivise le corps médical en deux classes de médecins :

- les docteurs en médecine ou chirurgie, diplômés des nouvelles écoles de Santé ou issus de l'ancien régime et les maîtres en chirurgie de l'ancien régime uniquement. Ces médecins ont des titres différents mais des formations semblables avec les mêmes prérogatives.
- les officiers de santé, reçus soit sur certificat soit sur examen, et les simples chirurgiens de l'ancien statut, ayant le titre de médecin mais non de docteur.

Un retour aux anciens lieux et méthodes d'enseignement est nécessaire devant la souffrance du système de santé français ainsi que la détresse des hôpitaux complètement dépourvus de moyens de ressources et de personnel. De ce grand vide surgit petit à petit un nouvel enseignement se déroulant dans les anciens lieux d'avant la révolution. Les principes mêmes de l'Université sont réadoptés par l'Etat en 1806 et en 1808 par décret impérial et les facultés de médecine de Paris, de Montpellier et de Strasbourg sont rétablies.

Parmi les premiers médecins de campagne, on retrouvera notamment les officiers de santé (1) et les docteurs en médecine (2).

1. Le médecin officier de santé

Les officiers de santé sont des praticiens considérés comme inférieurs et médiocres avec des droits restreints lesquels se sont vus raccourcir leurs études médicales et formations ayant été surpris par la révolution. Ces praticiens à moindre coût et frais de formation ont été jetés sur

les champs de bataille et hôpitaux militaires du front. Le semblant d'ordre qui règne en France après la Révolution ne laisse imaginer le carnage qui sévit au-delà des frontières sur les champs de bataille.

Le besoin en personnel médical sur le front se fait déjà sentir par un manque de médecins en France même. On estime à peu près à 2'000 le nombre d'officiers de santé morts pendant les guerres napoléoniennes. On assiste à un désastre médical émergeant tout au long de l'empire.

Ce titre que les officiers de santé pouvaient garder dans la vie civile leur autorisait l'exercice de la médecine au même titre que les docteurs en médecine. Revenant de la guerre, beaucoup s'installèrent en campagne où certains sont devenus de grands médecins, mais d'autres ont prodigués des soins proches du charlatanisme manque de formation.

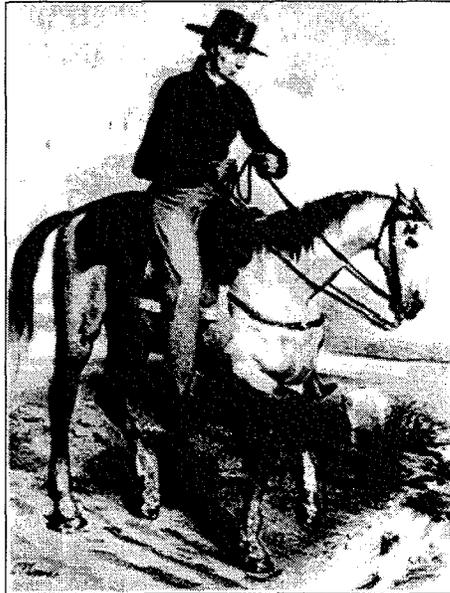
Ainsi, on trouve ces officiers de santé attelés à prodiguer des soins de première nécessité ainsi que des traitements d'affections banales. De nombre bien supérieur à celui des médecins au courant de la première moitié du XIX^e siècle, ils ont aussi une population - cible totalement différente qui est celle de la France rurale.

Il faut savoir que les officiers de santé ne pouvaient pratiquer tous les actes médicaux, puisque les interventions lourdes comme des trépanations, césariennes, cure de hernies inguinales étaient réservés aux docteurs en médecine, seuls habilités à exercer l'ensemble des gestes de la médecine humaine.



A. Brouwer – La douleur

On peut voir sur cette image un officier de santé prodiguer des soins d'urgence. On s'imagine aisément la douleur que ces actes pouvaient infliger devant l'absence d'anesthésie de l'époque.



L'image de l'officier de santé sur son cheval robuste semant la campagne en faisant profiter la population rurale d'une médecine de base et atteignant ainsi une aisance certaine reflète bien la réalité de cette époque telle qu'elle nous est décrite par Flaubert dans son livre 'Madame BOVARY'¹.

L'officier de santé, encore appelé médecin de second ordre, nous est présenté par Charles Bovary comme un être d'une simplicité terre à terre qui ne montre pas d'intérêt pour le théâtre, ne sait pas nager et ne fume pas le cigare.

Guy de Maupassant quand à lui peint des médecins crasseux aux ongles noirs et goûts douteux aux souliers ferrés et crottés. L'officier de santé pour lui est un fumeur, buveur et un personnage grossier.²

2. Le docteur installé en campagne

Détenteur du diplôme de docteur en médecine, le jeune médecin pouvait s'installer n'importe où en France sans restriction. Souvent propriétaire foncier de génération en génération, il avait une gestion de domaines notamment agricole et viticoles avec d'importants revenus en parallèle. Les honoraires médicaux n'étant pas toujours réglés sur le champ, les factures étaient souvent envoyées au rameau et à la Saint Martin.

¹ Flaubert Gustave, « *Madame Bovary* », Editions de Cluny, Paris, 1947

A coté des grands noms de la médecine du 19^e siècle, glorifiés et bénéficiant d'une aisance matérielle évidente, il est important de savoir que cette élite est quand même minoritaire et non représentative du corps médical qui commence à investir le territoire français dépourvu à l'époque de toute médecine un peu comme des missionnaires qui avancent en terre inexplorée. Enfin la population rurale de base peut espérer profiter d'une médecine. Le médecin de campagne provient en majorité des classes moyennes aisées de la bourgeoisie, propriétaire, marchands et professions libérales.

Tous les médecins, qu'ils soient docteur ou officier de santé passent obligatoirement par un cursus de formations.

B. La formation du médecin de campagne

La formation, seul garant de la qualité de la médecine, est aussi importante en tant que formation initiale (1) qu'en tant que formation continue (2).

1. La formation initiale

La formation initiale des officiers de santé (a) et des docteurs en médecine (b) n'est pas identique.

a) La formation initiale des officiers de santé

Sur certificat :

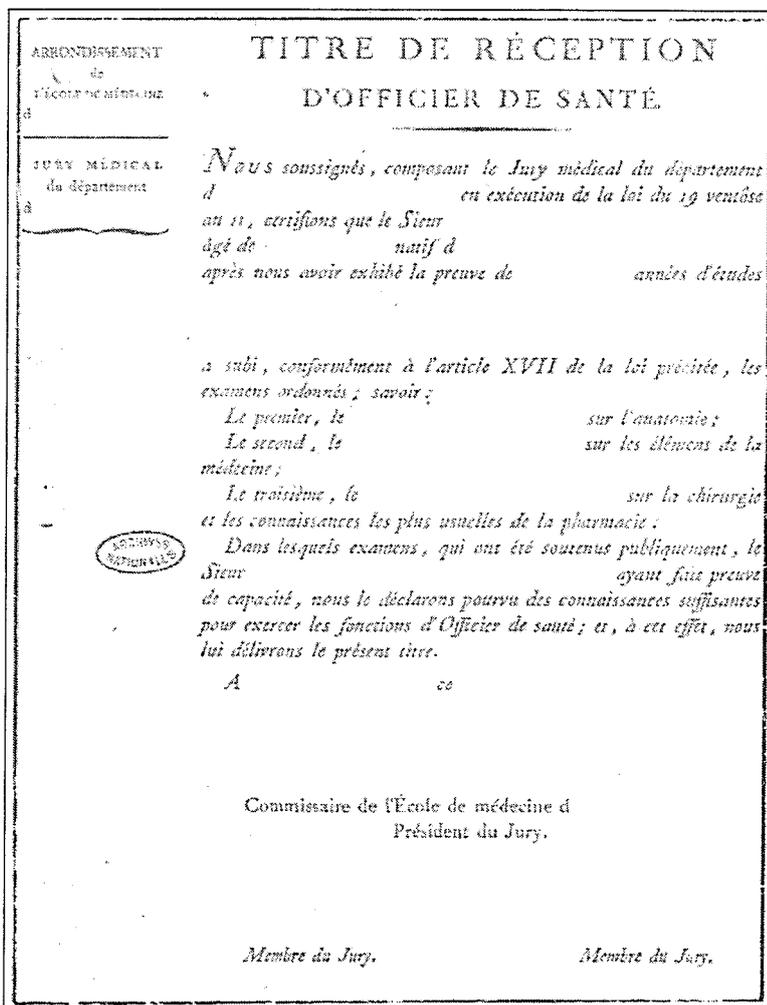
L'article 23 de la loi de ventôse « prétend éponger les conséquences médicales de la Révolution, en autorisant les praticiens qui exercent, sans diplôme, depuis trois ans au moins, à se munir d'un certificat délivré par le sous-préfet sur attestation du maire et de deux notables de leur commune de résidence, choisis par le sous-préfet : ce certificat leur tiendra lieu de diplôme d'officier de santé. »³

Sur examen :

² Guy de Maupassant, « *En famille* », Texte publié dans *La Nouvelle Revue* du 15 février 1881

Cette formation était très sommaire avec des études simplifiées plus courtes, et moins onéreuses. Cependant, l'examen final était passé devant des jurys départementaux bien définis avec deux docteurs en médecine et à leur tête un professeur de faculté.

Après le passage réussi devant un jury départemental, un certificat était remis au jeune officier de santé :



Histoire au présent, *Maladies, médecines et sociétés*, 1993⁴

Ainsi, on assiste à l'officialisation d'un métier issu d'un enseignement douteux et bâclé. Les candidats à l'officiât de santé sont même dispensés de baccalauréat entre 1830 et 1836. C'est un décret de 1854 qui modifie et améliore leur enseignement. Les jurys départementaux sont supprimés et les examens seront organisés par les facultés et écoles de médecine. L'officier de

³ Jacques Léonard, *La vie quotidienne du Médecin de Province au XIX siècle*, Hachette littérature, 1982

⁴ Histoire au présent, *Maladies, médecines et sociétés*, 1993

santé devait réussir soit trois années en faculté soit cinq en hôpital civil ou militaire soit six années auprès d'un docteur maître de stage.

C'est en 1858 qu'on voit leur enseignement augmenté à trois années de faculté ou d'école, qui passera à quatre en 1883 par un décret signé Jules FERRY. Finalement un nouveau décret en 1886 oblige les officiers à passer un examen de culture général qui remplace le baccalauréat. Maintenant à une année près et à contenu semblable, la formation de l'officier de santé est comparable à celle des médecins-docteurs. A partir de maintenant, leur nombre ne va sans cesse diminuer jusqu'en 1892 où le titre d'officier de santé est supprimé étant donné que la nécessité à l'origine de sa création, à savoir les besoins médicaux engendrés par la révolution et les guerres napoléoniennes, avait disparu.

b) La formation initiale des docteurs en médecine

L'inscription était de l'ordre de 1 000 francs et nécessitait un certificat de bonne vie et mœurs. L'enseignement de la médecine coûte environ 1 000 à 1 260 francs entre 1823 et 1846 voire même pour certains poste prestigieux 20 000 francs. La durée des études est de 4 années avec 5 examens publics et une thèse. Cela explique que nombre d'étudiants exerçaient une activité professionnelle en parallèle souvent en prodiguant des soins infirmiers en ville. Les bourses d'études étaient très rares et très enviées.

D'après une enquête menée sur l'évolution, au cours de plusieurs décennies, des carrières et de la vie professionnelle des médecins français nés entre 1897 à 1930⁵, le mode de financement principal des études était représenté d'abord par la famille à plus de 85% puis les bourses et un travail en parallèle mené par le futur médecin à environ 15 % chacun.

Le 31 juillet 1893, on assiste à l'introduction avant l'entrée en faculté d'une année d'études scientifiques fondamentales axée sur la physique, la chimie et les sciences naturelles sous la forme de travaux pratiques essentiellement.

⁵ C. Herzlich, M. Bungener, G. Paicheler et P. Roussin, M.-C. Zuber, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Editions INSERM/Doïn Editeurs, Paris, 1993

La vie estudiantine n'a guère changé depuis cette époque puisque les étudiants en médecine avaient une réputation très douteuse car ils fréquentaient les cafés, les filles et étaient inspirés d'un certain libertinage. Egalement très actifs dans la vie politique, ils ne dédaignaient pas une manifestation un peu bruyante.

Une première approche avec les sciences fondamentales est réalisée en 1893 avec le certificat de physique, chimie et sciences naturelles (PCN), puis en 1934 avec le certificat de physique, chimie, biologie (PCB).

C'est en 1960 que le PCB et la première de médecine sont condensés en une année de certificat préparatoire aux études médicales (CPEM) et la durée totale ainsi ramenée à six années. Puis en 1969, elle sera de nouveau ramenée à 7 ans avec le PCEM 1 et 2.

Les sciences humaines seront quand à elles récemment réintroduites en PCEM1. Actuellement la durée de l'enseignement de médecine générale est de neuf années. Le *numerus clausus* fixé la première fois le 12 juillet 1971 par arrêté interministériel fixe le nombre de médecins deux années à l'avance. Le six juillet 1979, l'arrêté annuel fixe le nombre d'étudiants en deuxième année de médecine et médecine dentaire. Avec 7 912 nouveaux admis pour la rentrée 1979, on passe ainsi à environ 3 500 en 1992. On pense à l'époque que les dépenses de santé pouvaient être mieux maîtrisées par un contrôle de l'offre. Au premier janvier 1999⁶, il existait 200 000 médecins en France métropolitaine avec 96 754 omnipraticiens et 99 632 spécialistes avec une densité de 318 médecins pour 100 000 habitants. Si on avait gardé le même *numerus clausus* de 3 500 par an, on aurait eu 169 000 médecins en 2017, 130 000 en 2025 et 110 000 en 2035. Heureusement ces chiffres ont été rectifiés par augmentation de ce *numerus clausus*.

Avant la deuxième guerre mondiale, les seuls spécialistes existants étaient les ophtalmologues, les oto-rhino-laryngologues et les stomatologues et les docteurs en médecine sont soit des médecins soit des chirurgiens ou soit des accoucheurs.

Dans les années cinquante, le certificat d'études spécialisées (CES) était délivré en parallèle de l'internat et décerné par l'ordre des médecins.

C'est ladite loi Veil adoptée par la droite le 6 juillet 1979 qui dispose que seuls les internes nommés au concours peuvent poursuivre leurs études en vue d'une des spécialités. Ainsi

⁶ Revue Etudes et résultats de la DREES, no 44, décembre 1999, Le Monde

naît le DES et le DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires) et fût aboli le CES et les futurs généralistes entrèrent dans le résidanat.

Avec la gauche au pouvoir le 23 décembre 1982, le résidanat fût aboli et l'internat accessible à tous avec le troisième cycle comprenant quatre filières à savoir : la médecine générale, la médecine spécialisée, la santé publique et la recherche médicale. Les DES et DESC étaient cependant maintenus.

La grève de 1983 mit un terme au concours-internat et un examen national classant de fin de deuxième cycle fût introduit. Avec la droite au pouvoir, les résidanats étaient de nouveau rétablis et l'internat de médecine générale était aboli le 11 juin 1987.

En 2000, des pourparlers avec la gauche relancent l'idée d'un internat pour tous et en 2004 fût créé l'examen national classant.

Afin de garantir que les connaissances acquises lors de la formation initiale des médecins ne se perdent pas, et que celle-ci soit constamment tenue à jour, une formation continue s'impose.

2. La formation médicale continue

Au XIX^e siècle naît la vogue des congrès qui nous parvient d'Allemagne, favorisée par l'essor des chemins de fer. Ces congrès qu'ils soient nationaux ou internationaux, sont une occasion très appréciée de prendre de petites vacances et de visiter d'autres régions.

Vers 1950, du à l'accroissement énorme des connaissances, naît la question de la remise en question permanente du savoir, d'où la nécessité pour les médecins de campagne de conserver des liens avec l'enseignement et la recherche notamment avec les centres hospitalo-universitaires créés avec la réforme de 1958 par Robert DEBRÉ.

Dans ce sens on peut citer l'exemple du docteur Rouger de Void dans la Meuse qui tous les jeudis prenait son cheval pour se rendre à Poigny sur Meuse, où il prenait le train en direction de Nancy pour y assister un chirurgien à l'hôpital Central.

Actuellement il existent également les différentes revues médicales qui peuvent participer à une remise à niveau du praticien, encore faut-il que celui-ci puisse juger de façon critique et objective de ce qui lui est présenté comme information.

D'après une enquête menée sur l'évolution, au cours de plusieurs décennies, des carrières et de la vie professionnelle des médecins français nés entre 1897 à 1930 ⁵, ceux-ci ont massivement prétendu se tenir au courant par le biais de la presse médicale (90 %). Pour 40 à 45 % d'entre eux, l'information apportée par les visiteurs médicaux et celle des contacts entre confrères, ont été des moyens d'information privilégiés. Quand aux conférences organisées par les laboratoires pharmaceutiques, elles connaissent un succès plus fluctuant et ont tendance à régresser au fil du temps. Globalement, elles concernent quand même 40 % des médecins. L'importance de la formation de l'enseignement post-universitaire (EPU) augmente au cours du temps et ceci notamment depuis sa mise en place et son institutionnalisation. Elle concerne 31 % des médecins les plus âgés et 58 % de ceux formés plus récemment. On note également une nette augmentation des stages hospitaliers avec une proportion qui passe de 18 % à 26 %. Seuls les entretiens de Bichat et les congrès médicaux ont vu leur fréquentation diminuée massivement jusqu'en 1980.

Actuellement citons encore les groupes Balint, les groupes de pairs, les séminaires, les colloques comme d'autres méthodes de formation continue.

Le médecin, bien formé dans les universités et hôpitaux, se lance maintenant dans l'installation de son cabinet médical. Une certaine procédure d'installation doit être respectée.

C. Les procédures d'installation du cabinet rural

Le médecin peut s'installer n'importe où, sauf l'officier de santé qui était lié initialement au département dans lequel il passait devant le jury, et différents choix peuvent se poser à lui. Les attaches familiales ou une démographie favorable peuvent l'influencer. Le mariage est une chose grave pour un médecin, puisqu'il doit, sans un sou en poche ayant tout dépensé pour son diplôme, convaincre une femme souvent issue du même ou d'un niveau socio-intellectuel plus élevé à s'unir à lui pour finalement et le plus souvent jouer le rôle d'assistante dans son cabinet. Souvent le jeune médecin de campagne est épaulé par la belle-famille avec une dot conséquente. En fait, il s'agit d'une osmose nécessaire entre le mari médecin et l'épouse. Citons dans cet esprit le médecin officier de santé Charles Bovary, époux d'une femme de 45 ans et veuve d'un huissier, mais avec un argument de taille : une rente de 1 200 livres ¹.

Il faut noter que la bienveillance de la famille ou de la belle-famille aide à l'intégration ainsi qu'à l'acceptation du médecin par la population locale.

La démarche la plus courante semble être celle de s'adresser au préfet renseigné par les maires et curés sur les cantons et communes éventuellement en recherche d'un nouveau médecin. Le rachat d'une clientèle était chose assez courante et on pouvait compter avec un investissement pouvant aller de la moitié à trois fois le revenu annuel du cabinet ciblé. Commence alors un réel rite d'initiation et d'acceptation du jeune médecin par la communauté qui dans certaines régions de France a des coutumes et souvent un patois bien à eux. N'oublions pas les régions encore influencées massivement par le clergé, où la médecine moderne s'oppose à la tradition non progressiste. Le médecin de campagne, vrai diplomate et jongleur en relations publiques, visitera s'il veut réussir, ses confrères déjà installés ainsi que les autres personnages importants qui sont le curé, le maire et le châtelain. L'officier de santé quand à lui prendra contact avec un docteur qui sera son patron – consultant. Cette initialisation est facilitée si l'on reprend le cabinet d'un ancien avec lequel une transition de quelques années est un avantage indéniable. Après avoir fait enregistrer son diplôme à la sous-préfecture et au greffe du Tribunal, commence le vrai sacerdoce du jeune médecin de campagne.

Du point de vue financier, une nouvelle installation était une entreprise assez onéreuse pour un jeune médecin issu de la faculté. Ainsi il existait la possibilité d'acquérir quelques prêts d'honneur de la part de l'association générale des médecins de France.

Rappelons encore une fois que bon nombre de docteurs de campagnes avaient des attaches régionales particulières puisque étant grands propriétaires fonciers et jouissant de rentes annuelles importantes, leur installation était chose moins risquée financièrement.

Un certain Docteur Jean-Charles Colard raconte dans ce qu'on peut appeler une biographie, ses « trente-cinq ans de médecine à la campagne comtoise » entre 1877 et 1913 à Ornans, petite ville en Franche-Comté :

« Arrivé fraîchement moulu de la faculté de Paris et le cœur rempli d'idéalisme, il allait s'installer avec son père, vieillard pratiquant encore la médecine comme un jeune. Ses illusions s'évanouirent rapidement devant la dure réalité du métier qui s'offrait à lui : difficultés quand à la profession même, jalousie de la part des confrères, une clientèle ingrate, sans merci, pas toujours prête à régler les honoraires.

Après une période initiale remplis d'éloges sur la qualité de sa médecine, la sympathie et la gentillesse du nouveau venu, vite, très vite on note des paroles ingrates, humiliations envers

un homme ne voulant que pratiquer son art et se faire une place au soleil comme tout le monde. Mais, cet homme fait beaucoup de jaloux. »

De nos jours l'installation en campagne se déroule de façon assez semblable sauf qu'elle peut être qualifiée de plus libérale puisque ni le préfet ni le greffe du tribunal ne participe à cette étape importante du jeune médecin.

Les attaches territoriales ne semblent également plus être aussi fortes, les critères d'attractivité d'une région pour l'installation en médecine rurale ayant complètement changé de nos jours.

Devant une démographie médicale en régression en zone rurale et devant le manque de jeunes médecins voulant s'installer en campagne, un outil pour orienter la répartition territoriale des médecins libéraux a été créé par l'article 67 de la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, à savoir les missions régionales de santé (MRS). Les MRS déterminent notamment les orientations relatives à la répartition territoriale des professionnels de santé et déterminent et définissent des zones rurales et urbaines pouvant justifiées d'aides conventionnelles selon le code de la sécurité sociale. Ainsi des zones déficitaires en médecins généralistes peuvent être définies. Ce document qui sera révisé au moins tous les cinq ans, n'est pas opposable aux professionnels de santé qui gardent leur liberté quant au choix du lieu d'installation.

Finalement, grâce aux différents comités régionaux de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS), le diagnostic des ressources soignantes de l'offre de soins globale et des ressources médicales de la région sont consultables par le futur médecin de campagne qui pourra ainsi choisir au mieux son lieu d'installation suivant différents critères.

D'après le rapport de la commission sur la démographie médicale en 2005 présenté par le professeur Yvon Berland, une politique d'information doit être menée auprès des étudiants en médecine dès leur entrée en faculté et qui sera relayée par les collectivités locales afin de favoriser l'installation en zones démedicalisées.

Citons dans cet esprit l'aide financière sous formes d'indemnités de logement, d'étude et de déplacement qui pourrait être proposée aux jeunes internes en médecine générale qui s'engageraient ainsi à s'installer en zone déficitaire pour une durée d'au moins cinq ans.

Enfin installé, le médecin de campagne fait face à son 'nouveau' quotidien.

2. Le quotidien du médecin de campagne

2. Le quotidien du médecin de campagne

Le quotidien du médecin de campagne évolue avec le temps. Tant les conditions d'exercice (A) que la pratique clinique et paraclinique (B) ont évolué avec les améliorations techniques et le progrès de la science. Peu à peu, le médecin de campagne gagne des attributions particulières (C) qui font de lui un important intervenant en santé publique.

A. Les conditions d'exercice

Les conditions d'exercice du médecin ont évolué : cette évolution concerne aussi bien le lieu d'exercice (1) que le matériel à disposition (2), les visites à domicile (3) les revenus (4) et le risque de métier (5).

1. Le lieu d'exercice et d'habitation

Le médecin de campagne, souvent considéré comme un exilé, est souvent propriétaire d'une maison près du centre de l'agglomération ou du village selon sa fortune personnelle ou de la dot de son épouse. La maison comporte le plus souvent un étage avec un grenier, une cour et un jardin, pour les plus fortunés une écurie, un cellier et une buanderie.

Il n'est pas rare de voir un médecin louer initialement son logement avant de le racheter plus tard. Comme on vient de le voir, le cabinet et logement du médecin ne faisait souvent qu'un.

Les charges qui pesaient sur un jeune médecin fraîchement installé pouvaient décourager plus d'un. En effet, même si la plupart ne pouvaient s'offrir une voiture et un bon cheval dès le début, un mulet ou un âne étaient quand même un minimum nécessaire. À côté de ceux qui pouvaient s'offrir les services d'un palefrenier qui faisait en plus office de cocher on trouvait ceux qui conduisaient leur voiture eux-mêmes tel le docteur Canivet dans *Madame Bovary*¹.

Dans *Knock*⁷, la voiture elle-même faisait office de carte de visite du cabinet médical. Pour les plus aisés d'entre eux, une bonne était désignée pour les tâches ménagères quotidiennes. Il fallait compter environ 90 francs par an comme salaire au début du XIX^e contre environ 300 francs à la fin du XIX^e siècle pour une bonne qui était dans ce cas logée, nourrie, blanchie. En 1886, 80 % des médecins s'offrent les services d'une femme de service et 40 % ceux d'un

homme de service. Deux domestiques coûtaient environ 200 francs par an. Au fil du temps et selon les moyens, un médecin pouvait engager un cocher, une femme de chambre, un garçon d'écurie, une cuisinière et une nurse.

Au début du XIX^e siècle, il n'existait pas encore d'heures de consultation fixes et les patients attendent soit dans le salon, soit à l'extérieur. Le médecin recevait les premiers patients très tôt le matin et très tard le soir après le travail, ou encore le dimanche après la messe. La clientèle était très hétéroclite et parmi elle se mêlaient et les pauvres et les gens aisés de la bourgeoisie. Seuls les médecins des hôpitaux avaient comme clientèle le préfet ainsi que la quasi-totalité des fonctionnaires. Les consultations se font le plus souvent dans la pièce d'habitation garnie d'une chaise pour le patient, des meubles banals issus de la maison paternelle ou d'une dot, avec quelques livres, fauteuil et bureau pour le médecin ainsi qu'une table de poirier noircie ou en noyer et une chaise pour le patient. Le diplôme ainsi que quelques planches médicales étaient accrochés au mur et dans le meuble vitré on voyait quelques instruments rudimentaires dont le fameux stéthoscope de M. Laennec dont tous ne disposent pas encore, quelques fioles, des livres de médecine bien sûr, ainsi que quelques ustensiles divers.

Il ne faut pas oublier les nombreux cadeaux inutiles, potiches et vases offerts par les clients et admirateurs. Avec le temps et l'aisance matérielle du médecin, des fauteuils rembourrés, des canapés, sofas, éventuellement une table de billard et un gramophone pouvaient s'ajouter à l'ameublement. La salle d'attente, s'il y en avait une, était composée de deux ou trois chaises dans le couloir. On peut sentir l'odeur de la tourbe utilisée pour le chauffage, au mur des rideaux épais et un tapis au sol offraient un minimum de décoration.⁸

Très souvent, c'était l'épouse qui ouvrait la porte et conduisait les patients à l'intérieur. C'est elle-même qui tenait les comptes et s'occupait du suivi du paiement des honoraires.

Il n'est pas rare qu'un commissionnaire apporte par écrit ou oralement la description des maux d'une personne et qu'ainsi le médecin rédige une ordonnance pour un traitement approprié que l'émissaire allait acheter à la pharmacie la plus proche.

La visite à domicile était toujours une surprise pour le médecin qui ne sais jamais sur qui ou quelle famille il va tomber. En Bretagne par exemple, le malade était parfois couché dans une

⁷ Jules Romains, *Le docteur Knock*, collection Folio N° 20, éditions Gallimard, janvier 1991

⁸ Jean Améry, *Charles Bovary médecin de campagne, portrait d'un homme simple*, actes sud, 1991

cage en bois qui faisait office de lit appelé lit clos, rembourrée avec de la paille où une puanteur immonde faisait découvrir les excréments encore présents au fond.

D'après une enquête menée sur l'évolution, au cours de plusieurs décennies, des carrières et de la vie professionnelle des médecins français nés entre 1897 à 1930⁵, on peut évoquer les modalités d'installation en pratique libérale de cabinet selon les générations :

Modalités d'installation en pratique libérale de cabinet selon les générations						
Clientèle	Génération 1	Génération 2	Génération 3	Génération 4	Génération 5	Génération 6
% création	74,8	68,0	68,6	64,3	65,3	64,7
% achat	16,7	23,3	23,5	29,1	27,6	29,9
% don	8,5	8,8	8,0	6,6	7,1	5,5
Cabinet						
A domicile	89,4	87,9	85,4	80,7	79,2	76,6
Distinct	10,6	12,1	14,6	19,3	20,8	23,4
Acheté	12,9	15,1	19,8	24,2	30,6	33,7
Loué	72,5	72,8	68,9	62,1	55,4	56,1
Gratuit	14,6	12,1	11,3	13,7	14,0	10,2

Découpage retenu pour les analyses en termes de générations d'entrée dans les études médicales		
	Date d'entrée dans les études médicales	%
Génération 1	jusqu'à 1925 inclus	6,9
Génération 2	1926-30	15,2
Génération 3	1931-35	19,5
Génération 4	1936-39	26,2
Génération 5	1940-44	22,4
Génération 6	après 1945 inclus	9,8

« Dans 83 % des cas, le cabinet était intégré dans le domicile, majoritairement loué (63 %), acheté pour près d'un quart (24 %) ou occupé à titre gratuit dans 13 % des situations. ».

En ce qui concerne les modalités de financement de la première installation :

Modalités de financement de la première installation						
Financement	Génération 1	Génération 2	Génération 3	Génération 4	Génération 5	Génération 6
Crédit	14,8	18,9	24,4	32,0	38,3	56,2
Prêt familial	42,2	35,5	41,4	42,9	42,3	40,4
Don	4,8	6,4	5,6	6,0	5,5	4,8
Ress. personn.	31,8	35,5	29,0	26,9	23,7	25,0
Ress. travail	27,4	30,4	34,8	31,1	29,3	26,4

« La famille intervient fréquemment pour financer la première installation et constitue la source de financement la plus souvent mentionnée pour les cinq premières générations sous la forme d'un prêt sans intérêts (41 %) ou d'un don (6 %). Interviennent ensuite dans des proportions similaires les activités professionnelles personnelles (30 %), les ressources personnelles ou celles du conjoint (28 %), un prêt avec intérêts ou un rachat à crédit (30 %). »

En ce qui concerne l'évolution des frais de première installation en cabinet libéral :

Évolution des frais de première installation en cabinet libéral (ramenés en francs 1982)								
Montants	< 1930	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	> 1960
0-50 KF	52 %	36 %	49,2 %	52,5 %	48,0 %	39,1 %	33,3 %	10 %
50-100	18 %	25 %	24,5 %	20,5 %	21,0 %	17,1 %	16,6 %	9 %
100-200	30 %	21 %	12,6 %	15,5 %	14,5 %	21,3 %	21,2 %	16 %
200-500		16 %	10,2 %	7,5 %	12,0 %	18,0 %	19,8 %	41 %
500-1 000		2 %	3,5 %	2,5 %	3,5 %	3,0 %	7,5 %	17 %
> 1 000				1,5 %	1,0 %	1,5 %	2,0 %	7 %
effectifs	23	81	167	244	550	381	156	100
%	1,5 %	4,7 %	9,8 %	14,3 %	32,3 %	22,3 %	3,8 %	5,9 %

De forts écarts existent tout au long de la période mais les sommes les plus basses attestent qu'il était possible de s'installer à un coût très faible. Ainsi on peut citer un médecin de campagne : « Avant guerre, on n'avait pas l'habitude d'emprunter pour s'installer... De toute façon on n'avait pas besoin de grand-chose. Il n'y avait pas vraiment de frais d'installation inhérents à la profession hormis la voiture si on n'était pas au centre ville. La patente n'était

rien, le matériel était nul : juste un appareil à tension, une table, un stéthoscope, un bistouri, quelques aiguilles et seringues qu'on faisait bouillir. »

Un médecin sur cinq s'est ultérieurement installé en groupe mais cette pratique relativement récente affecte très différemment les diverses générations :

Proportion de médecins ayant exercé en cabinet de groupe selon les générations						
Cabinet groupe %	Génération 1	Génération 2	Génération 3	Génération 4	Génération 5	Génération 6
	7,8	11,7	16,5	21,1	26,9	28,9

Il s'agit majoritairement de cabinets de pratique homogène : des généralistes dans 53 % des cas. Lors de la première installation en cabinet libéral, le conjoint du « jeune » médecin intervenait majoritairement pour répondre au téléphone et accueillir les malades : ce fût le cas pour 64 à 70 % des médecins selon les générations, à l'exception des plus âgés pour lesquels ce taux n'est que de 58 %, et, bien sûr, des femmes qui ne sont que 2 % à être secondées par leur mari. Les mères étaient également sollicitées. Une employée de maison travaillait à temps partiel chez 45 % des médecins en moyenne mais chez 71 % des femmes. Le recours à une secrétaire restait marginal (10 %) mais augmente légèrement pour les dernières générations (14 %).

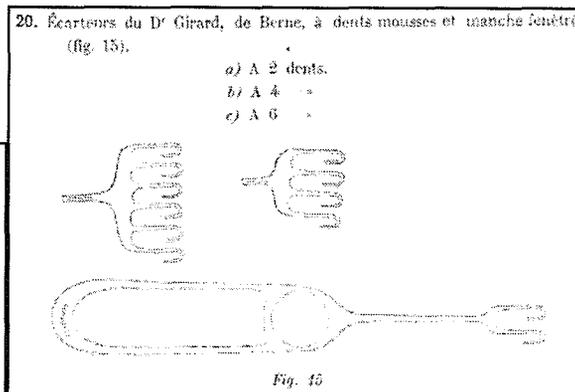
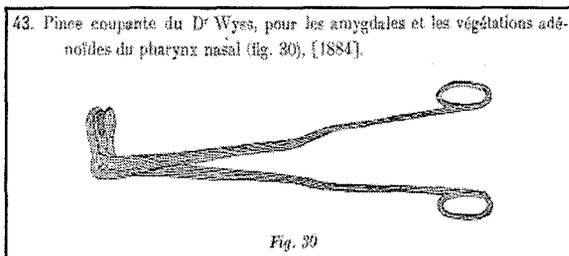
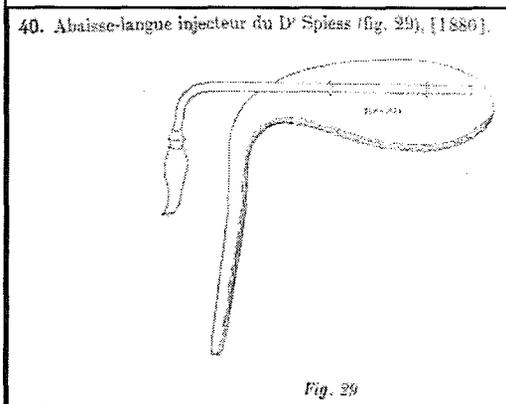
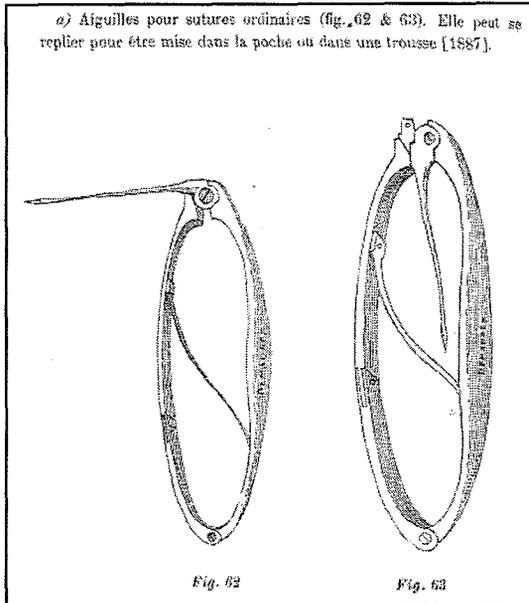
Actuellement, avec le problème de la désertification médicale qui s'accroît en France notamment dans les « zones blanches » se dessine la nécessité de regrouper des médecins dans des structures médicales appelées « maison médicale ». Ceci semble être la seule possibilité pour attirer de nouveaux généralistes à la campagne et garantir une permanence des soins correcte pour tout le territoire français.

2. Le matériel à disposition

a) La trousse médicale

Très rudimentaire vers 1820, elle augmente régulièrement au fil des découvertes complétée finalement par une pharmacie portative pour les soins urgents.

Initialement, on pouvait la placer au fond du cylindre, faute de matériel. Puis vinrent les premiers instruments tels le stéthoscope après 1820 et le sphygmomanomètre après 1890. D'une simple trousse, on s'oriente plutôt vers une sacoche qui deviendra vite une mallette.



Notices sur les instruments et appareils de chirurgie F. Demareux, Genève, 1889.⁹

Actuellement la mallette médicale emportée en visite peut comprendre outre les médicaments d'urgence, du matériel pour perfusion, un otoscope, un thermomètre, un tensiomètre, un stéthoscope... et surtout les ordonnances, certificats et arrêts de travail.

Citons une étude menée en Côte d'Or en 2003 par Kalis A. et Freysz M. et publiée chez Presse Med en 2003 auprès de Masson, Paris : Cette étude avait pour but de dresser un état des lieux sur le contenu des trousse médicale (matériel et médicaments) dans cette région et de proposer secondairement une trousse d'urgence standard en fonction des zones d'exercice. Un questionnaire de 3 pages sous forme de questions à choix multiples a été envoyé à 530

médecins généralistes de la Côte d'Or dont 44 % (234) ont répondu à l'enquête. 63 % (148/234) exerçaient en zone urbaine, 20 % (47/234) en zone semi-rurale et 17 % (39/234) en zone rurale. Cette classification reposait sur les délais d'intervention des Smur. Le contenu des troussees a été comparé à celui d'un référentiel constitué à partir d'une littérature adaptée à la médecine générale et de conférences d'actualisation, d'experts et de consensus. Les résultats sont exprimés en pourcentages et en effectifs. Les groupes ont été comparés deux à deux par l'utilisation du test χ^2 (à un degré de liberté), avec une différence statistiquement significative pour $p < 0,05$.

Ainsi on a pu obtenir les résultats suivants :

Matériel des troussees d'urgence selon la zone et le type d'exercice			
234 Médecins	Urbain 148	Semi-rural 47	Rural 39
ECG	53% (78)*	81% (38)	85% (33) ***
Cathéter veineux	36% (53) *	74% (35)	79% (31) ***
Masque à Oxygène	18% (27)	26% (12) **	46% (18) ***
Bouteille d'Oxygène	16% (24)	21% (10)	33% (13) ***
Insufflateur manuel	53% (78) *	70% (33)	77% (30) ***
Canule de Guédel	39% (58) *	66% (31)	59% (23) ***
Laryngoscope	8% (12)	15% (7)	28% (11) ***

* $p < 0,05$ urbain versus semi-rural, ** $p < 0,05$ semi-rural versus rural, *** $p < 0,05$ urbain versus rural.

Concernant les médicaments emportés, on retrouve les résultats suivants :

Médicaments des troussees d'urgence selon la zone d'exercice			
234 Médecins	Urbain 148	Semi-rural 47	Rural 39
Nifédipine	19% (28)	30% (14)	29% (11)
Adrénaline	82% (121)	89% (42)	87% (34)
Antalgiques	86% (127)	94% (44)	95% (32)
Anti-HTA	24% (36)	32% (15) **	67% (26) ***
β_2 mimétiques par inhalation	75% (111)	68% (32)	77% (30)
Corticoïdes	98% (145)	100% (47)	100% (39)
Diazépam	67% (99) *	85% (40)	77% (30)
Diurétiques	94% (139)	96% (45)	100% (39)
Solutés de remplissage	13% (19) *	40% (19) **	64% (25) ***
Trinitrine	92% (136)	96% (45)	95% (37)

* $p < 0,05$ urbain versus semi-rural, ** $p < 0,05$ semi-rural versus rural, *** $p < 0,05$ urbain versus rural.

Ainsi une trousse standard selon la zone d'exercice a pu être définie:

Trousse d'urgence selon la zone d'exercice

Trousse standard pour toutes les zones d'exercice : matériel

Instrument de diagnostic	Matériel courant	Matériel d'urgence
Bandelettes urinaires	Aiguilles IM, IV et SC	Insufflateur manuel
Débitmètre de pointe	Abaisses langues	Canule de Guédel
ECG	Boîte à aiguilles	Masque facial
Lecteur glycémique	Boîte à suture	Nécessaire à méchage nasal
Marteau à réflexe	Chambre d'inhalation	Sondes rectales (diazépam)
Réglette EVA	Compresse stériles	
Stéthoscope	Désinfectants	
Otoscope	Gants de protection	
Tensiomètre	Gants stériles	
Thermomètre	Garrots	
	Lampe de poche	
	Seringues	
	Sparadrap	

Trousse standard pour toutes les zones d'exercice : médicaments

Médicaments par voie orale	Médicaments par voie injectable
Benzodiazépines	AINS
β_2 mimétiques inhalés	Adrénaline
Corticoïdes (formes pédiatriques)	Aspirine
Nicardipine	Atropine
Paracétamol (formes pédiatriques)	β_2 mimétiques injectables
TNT sublinguale	Corticoïdes
	Diurétiques d'action rapide
	Sérum glucosé G30 %
	Morphine
	Nalbuphine
	Neuroleptiques d'action rapide
	Dexchlorphéniramine
	Solutés salés
	Diazépam

Trousse standard selon la zone d'exercice, matériel et médicaments

Pour les zones semi-rurales et rurales	Pour les zones rurales
• Bouteille d'oxygène	• Cardio-pump *
• Couverture de survie	• Défibrillateur semi-auto *
• Masque à oxygène	• Laryngoscope *
• Nébulisateur	• Sondes d'intubation *
• Nicardipine	• Sondes urinaires
	• Solutés de réhydratation
	• Glucagon à conserver au froid
	• Lidocaïne
	• Paracétamol injectable

* disponibles dans les VSAB

b) La pharmacopée

Au début du XIX^e siècle, il y avait très peu de pharmacie dans le monde rural. Le médecin de campagne avait le droit selon l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803) de fournir au patient des médicaments simples ou composés sans pour autant pouvoir tenir officine ouverte et uniquement dans les régions rurales dépourvues de pharmacies. Ainsi, le médecin propharmacien s'approvisionnait chez le grossiste ou droguiste.

« En général, selon les climats, les altitudes et les saisons, il herborise dans les environs. Il se procure ainsi des désinfectant externes de la peau (arnica des alpes ou des Vosges, aigremoine, bardane ou millefeuilles). Il cueille des plantes fébrifuges (angélique, petite centaurée), vermifuges (fougères mâles, tanaisie), dépuratives ... diurétiques ... Dans son jardin, il cultive souvent quelques plantes médicinales... »³

Actuellement les cinq propharmaciens qui existaient encore en Haute-Marne récemment ont disparu en 1985.

A partir de 1850, l'industrialisation permet de doser soigneusement les médicaments sous forme des pilules, poudres, dragées... Quelques marques deviennent célèbres par la publicité faite dans les journaux et sont très demandées : contre l'anémie et la rachitisme on disposait des pilules de Blancart, le quina de Rocher, l'huile de foie de morue de Defresne, le fer Leras, le fer Robiquet. Bientôt des substances chimiques simples et efficaces apparaissent sur le marché : le phénol, l'acide salicylique, la cocaïne, l'antipyrine... ainsi que des injections hypodermiques grâce aux nouvelles seringues.

A partir de 1843, on utilise l'acide contenu dans la racine de la valériane, plante des bois et prairies. Le valérianate de quinine était utilisé contre la fièvre, celui de zinc contre les névralgies et migraines, et celui d'ammoniaque comme antispasmodique et contre les affections nerveuses.

3. Les revenus et honoraires

Au XIX^e siècle, le revenu des médecins était très variable. Cette variation est due aux importantes différences de richesse des patients du médecin et varie fortement en fonction de la situation géographique du lieu d'exercice et des épidémies. Les chiffres mentionnés ne sont

que des moyennes et il est difficile de distinguer et de bien séparer les honoraires médicaux des autres revenus surtout fonciers.

En effet, un exemple nous est donné par le héros de roman d'Eugène Leroy, « L'Ennemi de la Mort »¹⁰, le docteur Daniel Charbonnière, qui exploite avec deux domestiques une propriété agricole proche des étangs de la Double. Le docteur P.B. (1805-1884) récolte quand à lui son avoine et son foin pour le cheval, moule chez lui son grain à la main pour faire son pain. La famille Georges Clémenceau était médecin sur trois générations et propriétaire foncier en Vendée. Le père jouissait d'une rente foncière de 20000 francs par an. Selon les régions, les exemples diffèrent : le docteur Brudel (1818-1897) est viticulteur dans le Cher et le docteur D.B. (1771-1897) perçoit 3000 francs de revenus fonciers pour des propriétés situées dans la Sarthe contre 5225 francs de recettes liées à l'exercice médical. Le docteur Guépin (1805-1873) gagne 10100 francs liés à l'exercice de la médecine et le total des ressources annuelles s'élève à 25 000 francs. Les petites spéculations et les revenus fonciers sont clairement plus profitables que la médecine. Après 1850, les fortunes médicales se composent surtout d'actions, d'obligations et de rentes sur l'Etat. Les docteurs Buhot-Launay (1757-1844) à Guingamp et Guillet de Latouche (1800-1856) à Anger sont banquiers, le docteur Thibaut de la Fresnaye (1805-1861) à Falaise était dans l'industrie du fil et du caoutchouc et le docteur Auzoux (1797-1879) à Saint-Aubin-d'Ecrosville est employeur de plus de cinquante ouvriers qui confectionnent des mannequins anatomiques. D'autres encore se spécialisent dans l'ostréiculture ou l'armement maritime.

Il existe cependant de nombreux impayés et le médecin se voit souvent contraint d'accepter des comestibles aux lieux et place d'un règlement en liquide (ce qui peut parfois augmenter d'une façon considérable le montant du revenu). Rapidement, on voit surgir des signes extérieurs de richesse du médecin rural lequel possède un cheval robuste, un attelage soigné une belle maison avec quelque fois un ou plusieurs domestiques.

Les honoraires au début du XIX^e siècle étaient fixés par le médecin selon différents critères dont faisait partie la fortune du patient et le nombre de visites. On payait souvent à l'avance, quelque fois par paiements échelonnés ou en nature. Les notes annuelles étaient envoyées par l'épouse à un moment stratégique, c'est-à-dire après les rentrées d'argent comme après les vendanges, la moisson, après les foires...L'épouse tenait un livre journalier pour les rendez-

¹⁰ Eugène Leroy, *L'Ennemi de la Mort (Oeuvres complètes d'Eugène Leroy)*, Editions du Périgord Noir

vous et comme répertoire pour les clients et un agenda comptable relié. Il n'est pas rare d'avoir un patient réglant ces honoraires par acomptes successifs.

Les impayés représentent environ un cinquième à un quinzième de la somme totale. Le médecin a un an pour entamer une action de recouvrement d'honoraires. Ce délai sera augmenté à deux ans selon l'article II de la loi du 30 novembre 1892. Lors d'une liquidation d'une succession, les honoraires seront placés au troisième rang après les frais de justice et les frais funéraires.

Par crainte d'un niveau de vie très médiocre des jeunes médecins fraîchement installés surtout au moment du grand encombrement médical, différentes mesures commencent à voir le jour :

- le combat de l'exercice illégal de la médecine
- le combat de la concurrence déloyale entre médecins
- la sélection stricte des futurs médecins en augmentant leur durée d'études
- l'abandon du système des officiers de santé, voire améliorer le niveau des restants

Le docteur Charles Dumont de Monteux (1802-1883) acceptait des forfaits puisqu'il était le médecin personnel d'un comte dans la Nièvre. En Aquitaine, un officier de santé acceptait chaque année une certaine quantité de graines pour « soins aux bêtes et gens ».

La consultation au début du XIX^e siècle apportait 10 sous à l'officier de santé, ce qui représentait le gain journalier d'un charretier normand, quand au docteur, il gagnait deux à trois fois plus.

Une visite à pied la journée rapportait autant qu'une consultation. Le docteur Josselin en 1850 demandait 50 centimes à un pauvre ouvrier, 75 aux boutiquiers et artisans aisés et un franc au notaire et aux riches. Le tarif était augmenté de deux fois la nuit.

La visite en voiture coûtait à Rennes 1,5 franc et 4,5 francs la nuit vers 1840 ainsi qu'une indemnité de déplacement :

5 sous par kilomètre en 1800 pour un officier de santé

30 sous en 1850 pour un docteur et 5 à 6 francs pour un docteur attiré chez les patients fortunés. On multiplie ces tarifs par deux pour un déplacement nocturne.

Il n'est pas rare qu'un officier de santé demande un avis et des directives auprès d'un docteur pour des cas graves. Ces « consultations-conférences » à plusieurs se font souvent par correspondance et coûtent le double d'une visite journalière. Dans ces cas là, les ristournes

dichotomiques n'étaient pas rares : un certain pourcentage était quelque fois accordé par un spécialiste au médecin qui lui a envoyé un patient.

Un médecin des épidémies doit toujours fournir une note de frais et ses honoraires étaient variables. Environ 10 à 24 francs la journée. Ces frais sont souvent réduits sur avis du conseil d'experts et secondairement les notes de frais grossissent artificiellement.

Deux docteurs du Morbihan avaient établi une liste pour les honoraires concernant les différents cas de figure d'accouchements et selon la fortune des patients.

A l'époque de Napoléon Ier, un bon officier de santé pouvait espérer gagner 600 à 800 francs par an en y ajoutant les cadeaux en nature, ce qui correspond à la moitié que gagne un curé de première classe. Un docteur à la même époque pouvait gagner entre 2 000 et 4 000 francs par an.

Entre 1816 et 1854, lors de l'encombrement médical, à l'époque de Louis-Philippe, un officier de santé gagnait différemment selon qu'il exerçait dans une région ou une autre :

- en Haute – Garonne : 600-700 francs
- en Picardie : 800 à 1 500 francs
- en Arras : 1 000 – 1 500 France
- en 1830 en Bretagne souvent bien en dessous des 1 000 francs

Un docteur exerçant dans une région à forte densité d'officiers de santé comme l'Auvergne, les Alpes, les Vosges et les Pyrénées gagnaient entre 1200 et 2000 francs. Dans les autres Cantons cette somme passait à 2000 voire 7000 francs. Dans le livre « Lamiel » de Stendhal, le docteur Sansfin gagnait de 7 000 à 8 000 francs par an en Basse-Normandie. ¹¹

Souvent l'exercice parallèle de fonctions diverses comme membre d'un jury départemental de médecine, médecin des hôpitaux voire médecin de prison permettait d'arrondir les fins de mois. Le cumul de fonctions commence à faire son apparition dans la médecine. Outre le médecin des épidémies, on pouvait choisir de vacciner la population contre la variole par exemple. Le virus-vaccin se trouvait dans les dépôts de vaccine du département et le revenu par jour était de 2-3 francs au début comme à la fin du XIX^e siècle. Heureusement il y avait une clientèle particulière qui payait dès fois jusqu'à 20 francs pour une « bonne vaccination ».

¹¹ Stendhal, « *Lamiel* », éditions d' Anne-Marie Meininger, Folio texte intégral

Cependant, les départements manquaient régulièrement de budget pour les honoraires des médecins vaccinateurs.

Il existait d'autres postes administratifs pouvant procurer au médecin une rentrée d'argent en parallèle, à savoir médecin hygiéniste, médecin inspecteur des enfants placés en nourrice et également des postes auprès du clergé.

Durant le dernier tiers du XIX^e siècle, on note une augmentation sensible des revenus mais avec en parallèle une augmentation du coût de la vie. En 1870-1980, un docteur en Bretagne pouvait espérer gagner entre 5 000 et 14 000 francs, tandis qu'un officier de santé entre 4 000 et 6 000 francs.

Le Concours médical publie en 1881 une enquête sur les revenus des médecins qui montre un contraste net entre les différentes régions :

Dans l'ouest armoricain (Bretagne, Maine et Anjou), le revenu moyen était de 5 750 francs et de 8 500 francs en Normandie.

A noter qu'en présence de chemins de fer à proximité du cabinet, le revenu pouvait atteindre voire dépasser les 10 000 francs.

Précisons qu'en 1910, un jeune docteur fraîchement installé en campagne pouvait gagner 40 francs par jour (à peu près 14 500 francs) et un chirurgien parisien de prestige environ 100 000 francs par an.

La crise sociale qui parcourt le corps médical à la fin du XIX^e, début XX^e siècle affecte différemment les spécialistes (qui gardent des honoraires très confortables) que les généralistes parcourant des kilomètres pour des gains limités. Vers 1880, on note une prise de conscience des médecins français devant les différents problèmes d'ordres financier et matériel. Leurs préoccupations, parfois même découragements se retrouvent dans les lettres adressées au journal le « Concours médical » et qui traduisent un souhait partagé par la grande majorité des médecins, à savoir l'adoption d'une tarification des honoraires.

On peut y lire la lettre d'un médecin qui en 1881 gagne environ 6 700 francs avec comme frais un cheval et une voiture et parcourant un rayon d'action de 14 kilomètres. 35 à 40 % des honoraires n'étaient pas réglés. Ayant vu que les visites à domicile ne rapportaient pas grand-chose, il arrêta d'en faire pour ne plus se consacrer qu'aux consultations au cabinet. Et les lamentations n'arrêtaient pas d'affluer.

Voici une reproduction du budget moyen d'un médecin installé dans une ville de 10 à 15000 habitants vers 1881. On s'imagine ce que doit gagner un médecin de campagne en comparaison.

BUDGET POUR MENAGE DE QUATRE PERSONNES	
Loyer (y compris écurie, remise, jardinet)	1.000 fr.
Contributions (patente, chevaux, voitures, etc...) ..	300 fr.
Chevaux, voitures, harnais (entretien, nourriture	2.500 fr.
Deux domestiques (nourriture comprise)	2.000 fr.
Nourriture des maîtres (4 personnes)	2.500 fr.
Chauffage	150 fr.
Eclairage	150 fr.
Blanchissage	400 fr.
Entretien de Monsieur et Madame	1.000 fr.
Entretien des enfants	500 fr.

BUDGET DU MEDECIN EN 1881

Et N médecin écrit, en 1881, au « Concours Médical » pour réfuter l'opinion d'un confrère qui affirme que chaque médecin retire de sa profession largement ce qu'il lui faut.

Admettons, par exemple, une famille composée du père, de la mère et de deux enfants. On la supposera installée dans une ville de 10 à 15.000 habitants. Elle possède un mobilier complet. Dans ces conditions, et vivant normalement, il paraît à peu près impossible de vivre à moins de 12.000 fr. par an. Je le prouve par le projet de budget qui suit. Je suppose que notre confrère rayonne sur la campagne et qu'il lui faut un ou plusieurs chevaux et une voiture. Dirai-je que j'admets qu'il doit vivre sinon avec luxe, au moins bourgeoisement ? Non, car avec 12.000 fr., je ne crois pas qu'il y parvienne :

Abonnements aux journaux, revues, etc...	120 fr.
Papier, timbres-poste, livres, instruments	300 fr.
Renouvellement par annuité du linge de maison, ustensiles, etc...	300 fr.
Argent de poche	200 fr.
Dépenses imprévues	300 fr.
Total 11.820 fr.	
<p>J'ai avancé le chiffre de 12.000 fr. (34.200 NF). Mais je ne suis pas loin de compte n'ayant pas dit un mot des extras, tels que petites réceptions intimes, déplacements nécessaires, etc...</p> <p>D'autre part, je suppose seulement deux enfants en bas âge. Mais, outre qu'il y en a souvent davantage, il faut bien admettre que ces enfants grandiront, il faudra payer leur pension quelque part, aller les voir, ce qui nécessite des déplacements coûteux, etc...</p> <p>C'est donc un minimum de 12.000 fr. (34.200 NF) qu'il nous faut demander à notre profession rien que pour vivre et sans mettre un sou de côté.</p> <p>Combien en connaissons-nous auxquels notre très honorable profession rapporte ce chiffre colossal ? En dehors de ceux qu'on est convenu d'appeler les heureux de la profession et qui arrivent peut-être à 20 ou 25.000 fr. (de 60.000 à 70.000 NF) par an, bien entendu je mets Paris à part : car, là, on meurt de faim ou l'on gagne énormément.</p> <p>Le « Concours Médical » est absolument dans le vrai en prêchant aux médecins l'union et la concorde.</p> <p style="text-align: right;">25 juillet 1881.</p>	

Extrait de *L'exercice de la médecine en France à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle*, Professeur J.-L. Curiage.¹²

En 1880 apparaît dans la chronique professionnelle du « Concours Médical » un article plaidant en faveur d'une tarification d'honoraires qui jusqu'alors ne pouvait être envisagée. Les honoraires sans cesse en baisse devant une concurrence de plus en plus acharnée, ainsi que la possibilité pour un jeune médecin fraîchement installé d'assurer une rentrée d'argent suffisante, sont deux arguments très forts plaidant en faveur d'un projet de tarification.

On y trouve trois catégories de malades classés selon leur fortune et donc selon leur moyen d'honorer les consultations. Remarquons que la troisième classe se compose des membres ouvriers des sociétés de secours mutuels, qui paient le demi-tarif de cette classe.

VISITES (× 2,85)			
	1 ^{re} cl.	2 ^e cl.	3 ^e cl.
	NF	NF	NF
Visite de jour en ville : 1 ^{re} visite d'une maladie	23,20	13,92	9,28
— — — les suivantes ..	11,60	6,96	4,64
— de nuit (1)	46,40	11,60	23,20
— urgente (2) ou assignée (5)	23,20	13,92	9,28
— aux domestiques (4)	»	»	»
— prolongée (5)	»	»	»
— à plusieurs membres d'une famille logés dans la même maison (6) ..	»	»	»
— consultative	23,20	16,24	11,60
Nuit entière passée près d'un malade (7)	232	185,60	116

Ce tableau est à multiplier par l'indice 304

	3 ^e classe	2 ^e classe	1 ^{re} cl.				
	fr.	fr.	fr.				
Visite simple, de jour, à la résidence du médecin, à l'heure choisie par lui ...	1 50	2 33	4 55				
Visite de nuit (de 9 heures du soir à 6 heures du matin)	5	8	10				
Heure passée auprès du malade : de jour de nuit	3	5	8				
	Prix double						
Jour entier		25					
Nuit entière		50					
Visite dans une localité où l'on se trouve rendu	3	5	8				
Consultation } simple, au cabinet du médecin	1.50 à 2	2 33	4 55				
				écrite ou par lettre ..	2	3 34	6 8
Visites en consultation, uniques ...	3	5	10				
avec un confrère, / répétées ..	2	3 34	6 8				
Certificat } de nourrice	(1) 3	(1) 5	(1) 7				
				simple, administratif	7	10	15
Déplacement (prix de la visite ou de l'opération non compris) par kilomètre parcouru pour se rendre auprès du malade sur les routes en plaine, facilement carrossables	(2) 1	(2) 1.50	(2) 2				
	Prix double						
Travail d'hiver (en moyenne du 1 ^{er} novembre au 1 ^{er} mars)		Un tiers en sus					
Assistance d'un confrère à une opération		Le tiers du prix alloué à l'opération					

Extrait de *L'exercice de la médecine en France à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle*, Professeur J.-L. Cariage.¹²

Cette initiative a été accueillie de façon très diversifiée : on crie à la coalition, voire même au socialisme devant l'idée d'une égalité des salaires. Il faut cependant dire que l'adoption d'une tarification ne fait pas l'unanimité même au sein de l'équipe médicale directement concernée, mais on en discute pour la première fois dans l'histoire de la médecine française. En fait, ces idées nouvelles ne reflètent qu'un profond malaise général de la classe médicale qui craint en outre son état financier s'aggraver par la création intempestive de facultés de médecine et donc d'étudiants en masse inondant le marché de la médecine en plus attirés pas l'allègement leur étant offert vis à vis du service militaire. Dans le même esprit on peut citer la volonté du corps médical de la ville d'Agen d'adopter un tarif à minima des honoraires voté en assemblée générale, le 19 décembre 1881 :

Tarif à minima des Honoraires DE LA VILLE D'AGEN VOTE EN ASSEMBLEE GENERALE, LE 19 DECEMBRE 1881 Ce tableau est à multiplier par l'indice 285			
	1 ^{re} Catégorie	2 ^e Catégorie	3 ^e Catégorie Clients tout juste solvables domestiques
	fr.	fr.	fr.
Visite de tournée en ville	5	3	2
Visite extra muros ...	1 fr. en sus du prix de la visite pour chaque km. jusqu'à 6 km. — Au delà de 6 km. le médecin a le droit de fixer ses honoraires comme bon lui semblera.		
Visite imposée à heure fixe immédiate	Prix double	Prix double	Prix double
Visite de nuit en ville de 10 heures du soir à 6 heures du matin	20	20	10
Nuit entière passée simplement auprès d'un malade, de 10 ou 11 heures du soir à 4 ou 5 heures du matin	100	100	100
Consultation ordinaire	5	3	2
Consultation écrite ..	20	10	10
Visite avec un confrère appelé en consultation auprès d'un malade	20	20	10
Honoraires du confrère appelé en consultation	20	10	20
Nota. — Si la consultation avec un autre confrère, pour une maladie grave, a lieu plusieurs jours de suite, la première consultation se paie en entier, les suivantes moitié.			

Extrait de *L'exercice de la médecine en France à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle*, Professeur J.-L. Cariage.¹²

Et ce n'est que le début, puisque de nombreuses régions de France sont touchées par ce mouvement, par exemple dans les Hautes-Alpes en 1888, où un tarif des honoraires a même été publié par le corps médical :

La ville de Douai et sa région ne fait pas défaut à cette règle. On voit ici que ce texte est approuvé et émis par un syndicat de médecins.

Bulletin des Syndicats				
SYNDICAT MEDICAL DE DOUAI ET DE LA REGION (1891)				
Ce tableau est à multiplier par l'indice 304				
NATURE DES VISITES ET OPERATIONS	1 ^{re} cat.	2 ^e catég.	3 ^e catég.	4 ^e catég.
	fr.	fr.	fr.	fr.
Visite de tournée ordinaire	10	5	3	2
Visite d'urgence, ou imposée à heure fixe	20	10	6	4
Visite extra-muros, ou hors tournée	Même prix que la visite plus 1 fr. par kilomètre parcouru			
Visite de nuit, de 9 h. du soir à 7 h. du matin	Cinq fois le prix de la visite ordinaire plus 2 fr. par kilomètre parcouru.			
Visite de nuit extra-muros				
Consultation dans le cabinet				
Consultation écrite dans le cabinet	Le double du prix de la visite			
Consultation entre confrères	60	40	20	10
Consultation avec examen spécial, tel que toucher rectal, vaginal, examen au spéculum, cathétérisme simple, etc., etc.	Le double du prix de la visite			
Accouchement simple (y compris les neuf jours consécutifs)	300	200	100	30

Extrait de *L'exercice de la médecine en France à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle*, Professeur J.-L. Carriage.¹²

Certaines villes et régions de France se sont même mises ensemble pour promouvoir ces tarifs et avoir ainsi un poids plus important.

Avec l'industrialisation et devant une main d'œuvre en quantité limitée, on assiste à la naissance de l'assistance médicale, des sociétés de secours mutuels et des assurances accidents.

On assiste également aux négociations entre les sociétés de secours mutuels et les différentes associations de médecins autour des tarifs d'honoraires de leurs assurés qui sont évidemment bien inférieurs à ceux pratiqués en ambulancier. Ces sociétés de secours mutuels ont un caractère de sociétés de bienfaisance et bénéficient d'un tarif très réduit.

Voici une lettre reflétant une telle négociation entre une société de secours mutuel et l'association des médecins du Doubs.

Demande de réduction de tarif médical pour une société de secours mutuel (1883)			
		10° Voyage de jour hors de la localité, par kilomètre	1 3
		11° Voyage de nuit dans les mêmes conditions	2 6
On ne compte que l'aller.			
Ce tarif est sans doute peu élevé, mais vous voudrez bien remarquer, je vous prie, et faire remarquer à vos collègues qu'il s'agit ici bien moins de rémunérer leurs services que d'obtenir leur participation à une œuvre de bienfaisance ; à ce point de vue, je l'espère, leur adhésion ne nous fera pas défaut.			
Je vous serai reconnaissant de vouloir bien me faire tenir la liste de tous ceux qui voudront bien donner cette adhésion : aux termes de l'article 51 des statuts, ils seront désignés pour soigner les malades de la Société.			
Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, avec mes remerciements anticipés, l'assurance de ma considération la plus distinguée.			
L'Agent voyer en chef, vice-président de la Société : DELMAS.			
M. l'Agent voyer en chef du département a adressé à M. le Président de l'Association des Médecins du Doubs la lettre suivante :			
Besançon, le 13 décembre 1883.			
Monsieur le Président,			
Sous le patronage de l'Administration, les cantonniers du Service vicinal du Doubs se sont constitués en société de secours mutuels. Elle va fonctionner à partir du 1 ^{er} janvier prochain, et il ne reste plus qu'à organiser son service médical. Je prends la liberté de faire appel à votre concours, et je vous demande de vouloir bien soumettre le tarif ci-dessous à l'appréciation de vos collègues, au moment de votre plus prochaine réunion.			
Il est calqué sur le tarif adopté dans un département voisin :			
	cmc. f	NF	
1° Visite dans la localité où réside le médecin	1,50	4,50	
2° Visite de nuit dans les mêmes conditions.	3	9	
3° Visite d'occasion pendant un voyage ..	2	6	
4° Visite d'urgence ou à l'heure fixée par le malade ou sa famille	2	6	
5° Visite prolongée sur les instances du malade ou de sa famille (par heure)	4	12	
6° Consultation simple dans le cabinet ..	1	3	
7° Consultation dans le cabinet, écrite, détaillée	1,50	4,50	
8° Consultation d'occasion pendant un voyage	1,50	4,50	
9° Consultation avec un ou plusieurs confrères dans la localité ..	3	9	

Extrait de *L'exercice de la médecine en France à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle*, Professeur J.-L. Cariage. ¹²

Les sociétés de secours mutuel ne restèrent pas seules à proposer des tarifications d'honoraires ou forfaits aux médecins soignant, constatant un accident de travail et constatant le rétablissement de leurs cotisants. Bientôt se joignent à eux les hospices et hôpitaux, les sociétés de charité maternelle et les services municipaux par quartier. Toutes ces structures possèdent des capitaux considérables provenant des cotisations.

Les médecins ruraux adhéraient rarement à de telles tarifications puisque les grandes entreprises s'installèrent surtout en milieu urbain.

Cependant, il arrivait que pendant une longue visite, certains médecins de campagne consultent les ouvriers d'une manufacture rurale dans des locaux adaptés en cour de route. Dans ces cas-là, il n'est pas rare qu'ils soient soumis à des systèmes de rémunération forfaitaire. Adhérer à un tel système de rémunération était très intéressant surtout pour un jeune docteur à ses débuts pendant ledit encombrement médical. Les contraintes étaient cependant nombreuses et progressivement les honoraires avaient tendances à diminuer au cours du temps. Pour une société d'environ 400 membres, le médecin pouvait espérer gagner environ 1600 francs par an. Heureusement une clientèle parallèle et privée venait arrondir les fins de mois du médecin. Avec le libre choix du médecin associé à un enrichissement global de la société française notamment avec l'industrialisation et du fait de la diminution progressive du nombre d'officiers de santé, on remarque une nette augmentation des honoraires des docteurs en médecine. La moyenne nationale d'une consultation simple en 1890 était d'environ 6,57 francs contre 12,54 francs en 1900.

Au courant du second empire, la médecine rurale des pauvres est réorganisée complètement avec une gratuité des consultations pour les indigents des campagnes. Le début de ce mouvement se situe en 1854 et son apogée en 1868 avec à ce moment 52 départements soit 15000 communes et plus de 700 000 indigents qui coûtent plus de un million et demi de francs à partager entre médecins, pharmaciens et le secours alimentaire. L'argent provient des communes, des départements, du gouvernement et des personnes charitables tout comme des bureaux de bienfaisance. La consultation en moyenne revient à 50 centimes et la visite à 1 franc avec 50 centimes par kilomètre pour les déplacements. Les tarifs de nuit sont multipliés par deux. Cependant, ce système coûte trop cher et en plus il existe une disparité énorme entre les différentes régions au fil du temps. Dans le Pas-de-Calais, un médecin recevait 6 francs par indigent soigné contre 38,5 francs dans l'Allier. En plus il n'existait pas encore le libre choix du médecin pour les pauvres dans 38 départements sur 44.

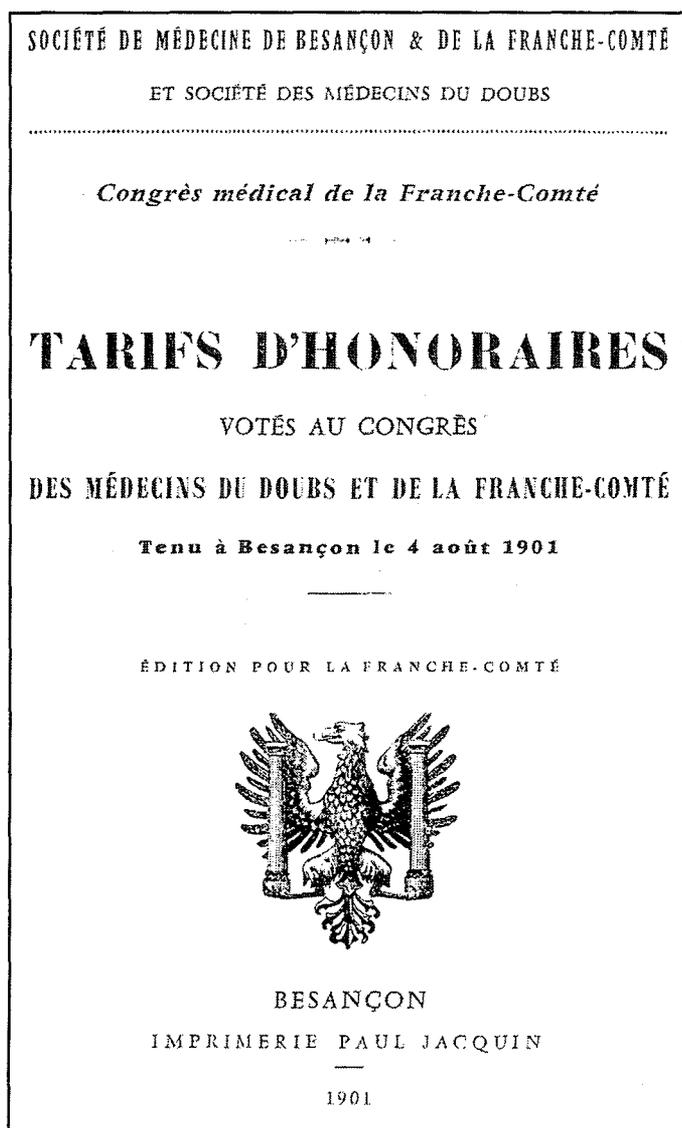
Au cours de la troisième République fût créée avec la loi du 15 juillet 1893 l'assistance médicale gratuite pour les indigents au milieu rural dans 63 départements sauf les villes qui bénéficient déjà d'un système autonome forfaitaire le plus souvent pour ces mêmes indigents. Dans trois quart des départements, le libre choix du médecin, qui restera ensuite le même pendant toute l'année est possible, qui reçoit du conseil général un abonnement annuel de 2 francs par tête avec en plus les indemnités horokilométriques. Le patient peut aussi choisir pour chaque pathologie un médecin parmi ceux qui sont agrégés. Cette consultation rapporte

1 franc contre 1,5 francs la visite et 50 à 70 centimes d'indemnité horokilométrique. Un quart des départements adoptent le systèmes des circonscriptions avec un médecin par circonscription nommé par le préfet qui sera rémunéré soit à l'acte ou la visite soit par un abonnement forfaitaire annuel.

Finalement ce sera un certain Docteur Jeanne qui proposera en 1897 au « Concours Médical », un essai de tarif national des honoraires médicaux, résultats de l'analyse des différents tarifs des quatre coins de France qui lui étaient envoyés par différentes associations de médecins.



C'est à partir de ce moment que cette tarification des honoraires médicaux entra réellement en usage. Les nouveaux tarifs d'honoraires des médecins du Doubs adoptés par le Congrès médical de Franche-Comté qui se tient à Besançon, se voient désormais susceptibles d'être révisés tous les dix ans.



Extrait de *L'exercice de la médecine en France à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle*, Professeur J.-L. Cariage.¹²

Le rapport de la Commission de révision des tarifs d'honoraires de mars 1907 introduit une notion nouvelle : celle du repos hebdomadaire. En effet, ce repos hebdomadaire est admis en principe pour les ouvriers, employés et fonctionnaires et mis en pratique par la plupart des professions libérales. Cependant, les médecins ne pouvant refuser une urgence même un dimanche, se voient autoriser doubler leur tarif du dimanche.

Un système de rémunération totalement différent existait parallèlement à la première moitié du XIX^e siècle en Alsace (vers 1810) pour s'étendre secondairement aux Vosges, la Haute-Saône, la Moselle, la Saône-et-Loire (de 1838 à 1843), à la Meurthe en 1849 et au Loiret en 1850 : celle des médecins cantonaux.

Les médecins ayant le droit d'exercer étaient nommés par le préfet sur concours et espéraient gagner entre 600 et 1200 francs par an en plus de leur clientèle privée. D'office ils devaient pratiquer des vaccinations, soigner les pauvres, visiter les enfants placés en nourrice, prodiguer des soins aux filles publiques, constater les décès et rédiger des rapports demandés par la justice et les administrations. Ce système de médecins cantonaux avait l'avantage à l'époque de fournir un vrai service rural de santé. Lors de discussions au Congrès médical de 1845 et devant la peur d'une fonctionnarisation du métier de médecin qui prône l'individualisme, la décision de fortement déconseiller ce système de médecins cantonaux et d'empêcher son extension à d'autres régions a été prise. C'était la fin d'une certaine vision de la médecine surtout rurale.

On peut ouvrir une discussion sur l'obligation de pratiquer une médecine sociale obligatoire comme par exemple au Sénégal où avant de s'installer dans une région prospère, il faut d'abord pratiquer obligatoirement un certain temps dans la brousse.

Il faudrait savoir si dans un pareil cas l'organisation de la médecine rurale peut se situer au niveau de la DDASS, la DRASS ou tout autre pouvoir public et quelle limite de décision leur devra être allouée.

Autre exception plus limitée géographiquement à Sion dans la Loire inférieure, consistait à publier une liste des gens pauvres et de leur distribuer des billets donnant droit à une consultation. Le médecin était payé directement par les bienfaiteurs autour de 3,10 francs la consultation. Ce système non plus ne pourra se maintenir longtemps.

Cependant, dans l'ensemble, la situation sociale du médecin a plutôt régressé si on compare le début du XIX^e siècle à la fin de celui-ci.

La raréfaction des honoraires corrects et le non-paiement de près d'un tiers des consultations ne sont pas une exception en 1930.

D'après une enquête menée sur l'évolution, au cours de plusieurs décennies, des carrières et de la vie professionnelle des médecins français nés entre 1897 à 1930⁵ et qui ont exercé entre 1930 et 1980, environ 81 % demande au patient de régler immédiatement et environ 10 % adoptaient le système de la note d'honoraire envoyée à différentes dates de l'année. Environ 76 % ont avoué avoir été membre d'un syndicat à un moment donné de leur carrière et avoir pratiqué des tarifs syndicaux.

Voici un tableau qui montre les différences du tarif moyen des consultations et visites :

Données de tarification relatives aux consultations et visites			
Années	Départements	Consultations	Visites
*	Nord	4 F	5 F
1920*	Meurthe-Moselle	8 F	10 F
	Bouches-du-Rhône	15 F	15 F
1925	Nord	10 F	15 F
1929	Seine	20 F	25 F
1934		de 12 F à 25 F	
1936		baisse des prix	
1937	(rural)	10 F	
1938	Seine	30 F	35 F
juste avant guerre	(rural)		
pendant la guerre		20-25 F	
1941	Seine	35 F	40 F
1950		300 F	500 F
1956-59		500 F	600 F
1960		5,15 F	
1961		6,87 F	
1962		8,16 F	
1963		9,26 F	

* Dans les années 20, on constate des différences importantes selon les départements.
 Source : Données issues des entretiens ou du CREDOC, et F. Macé Kremp : *La profession médicale, situation économique et sociale en France de 1920 à 1940*. Thèse de Droit, Paris, 1958.

13

Les modalités de paiement selon les générations pouvaient également sensiblement varier :

Modalités de règlement selon les générations						
	Avant 1926	1926-1930	1931-1935	1936-1939	1940-1944	Après 1944
Surtout paiement direct	62,7 %	74,4 %	80,2 %	84,6 %	84,9 %	91,9 %
Surtout note honoraires	23,8 %	12,3 %	11,3 %	7,8 %	9,3 %	5,5 %
Les deux	13,5 %	13,3 %	8,4 %	7,6 %	5,8 %	2,6 %

Un effet de génération se manifeste aussi parmi les praticiens quand à l'application d'un tarif unique dont la fréquence augmente avec le temps contre une diminution nette pour les soins gratuits :

Tarification selon les générations						
	Avant 1926	1926-1930	1931-1935	1936-1939	1940-1944	Après 1944
Même tarif	23,3 %	23,1 %	26,7 %	29,7 %	34,1 %	37,9 %
Tarifs modulés	7,3 %	8,2 %	6,3 %	5,4 %	4,9 %	3,7 %
Soins gratuits	69,5 %	68,7 %	67,0 %	64,9 %	61,0 %	58,4 %

Les praticiens installés dans le monde rural insistent sur les difficultés des paysans. Un généraliste né en 1905, installé durant les années 1930 dans un gros bourg d'Ile de France et qui pratiquait la note d'honoraire, les évoque : « En 1935, il y avaient des petits fermiers, qui avaient 30 ou 40 hectares au moins, ils se sont trouvés dans de très grosses difficultés, c'était la crise, ils ne vendaient pas leur grain et ils n'arrivaient pas à me payer. J'ai envoyé des notes d'honoraires, ça ne rentrait pas, on ajoutait à la note précédente. »

Les ruptures par rapport à ces pratiques ont été introduites par le développement de la protection sociale : assurances sociales en 1930, dont la France doit beaucoup dans ce domaine à Bismarck, mais surtout Sécurité sociale en 1945 et institution du conventionnement en 1960. Citons aussi le droit au « dépassement » des tarifs d'honoraires et/ou plus tard l'adhésion au « secteur 2 » de la convention de 1980.

Le décret du 12 mai 1960 était imposé au corps médical. Il établit la base d'un système que nous connaissons toujours : une convention fixant les tarifs, dont les dispositions sont obligatoires et engagent les signataires. Les médecins doivent respecter les tarifs et les caisses s'engagent à rembourser des honoraires sur la base des tarifs inscrits dans la convention. En 1971, on voit se créer la convention nationale de laquelle le terme d'entente directe disparaît mais celui de paiement direct à l'acte subsiste. Les médecins adhérant à cette convention se voient reconnaître des avantages fiscaux et sociaux.

4. Les visites à domicile

Au début du XIX^e siècle, les médecins vont plus souvent chez les patients que ceux-ci ne viennent chez le médecin. En effet trois quarts des Français habitent en campagne contre 62 % en 1891. En campagne, se sont surtout les distances qui caractérisent les visites à domicile. Le médecin devient l'esclave de ces distances et doit connaître la région par cœur.



*Martinet Gel., Le médecin de campagne, A. Masson Lpt., 1836*¹⁴

Une visite au sein même du village était chose assez facile mais souvent une excursion en campagne jusqu'à une distance d'une douzaine de kilomètres de distance pouvait s'imposer. Le médecin était obligé de devenir un maître de l'organisation. Il devait posséder en plus d'un cheval solide et sûr, une écurie, un palefrenier dès que son budget le permettait ainsi que de la paille, du foin, de l'avoine et pour les plus aisés d'entre eux, un cabriolet pour les visites de nuit et d'hiver.

Les routes n'étant pas sûres, il était important d'emporter un ou deux pistolets. Rares sont les ponts à cette époque et prendre des détours importants n'est pas chose rare. Les incidents en cours de chemin étaient possibles, tel un cheval qui se blesse ou se casse une patte la nuit, ou un carrosse qui se renverse en tombant accidentellement dans un fossé.

En plus, l'éclairage de fortune qu'on emportait la nuit n'était pas tellement au point. D'abord il existait les briquets à silex et amadou au début du siècle puis apparaissaient les briquets oxygénés et phosphoriques et finalement les allumettes chimiques faisaient leur apparition

vers 1845. Ce n'est qu'au dernier tiers du XIX^e siècle que l'on retrouve les allumettes suédoises au phosphore rouge.

Souvent lors de longues tournées, le médecin était obligé de coucher une ou deux nuits dans une hôtellerie, chez un notable ou dans un presbytère, consultant même dans des auberges sur son passage. Dans un esprit d'organisation du temps, on assiste souvent à un regroupement des visites dans les villages par jours fixes. Les médecins s'informent des éventuels problèmes pouvant nécessiter leur intervention en questionnant les maires, les curés et autres aubergistes selon la devise : Si le malade ne vient chez toi, devance-le ! Jacques Léonard nous illustre bien les différents tours à travers le pays que doivent entreprendre les médecins de campagne lors des visites à domicile en contrée éloignée. Il nous cite :

« Les tournées en carrioles du docteur L.R., de Morlaix, à la fin du siècle, peuvent durer trois jours. Celles de l'officier de santé A.C., de Baulon (Ille-et-Vilaine), à la même époque, se réduisent à consulter dans une salle d'une auberge, le jour du marché à Guignen (11 kilomètres de Baulon). De même, le docteur S.D. va voir ses vignes et ses malades, à Ligné, une fois par semaine, à 10 kilomètres de sa résidence de Nort-sur-Erdre (Loire inférieure). »³

Le coût de la consultation variait avec l'aisance du patient. Dans le prix d'une consultation pour patients fortunés étaient inclus les frais de l'auberge par exemple. La visite à domicile pouvant survenir n'importe où et n'importe quand par tout les temps, un équipement et une tenue vestimentaire adaptée étaient nécessaires.

Les médecins de campagne ne faisaient que quelques actes par jour, étant principalement sur la route entre deux visites. Citons l'exemple du médecin de campagne de Marcel Pagnol dans « souvenirs d'enfance », qui meurt en chemin dans son carrosse entre deux visites à domicile.¹⁵

L'illustration de Jacques Léonard est très précise à ce sujet :

« Fidèle Cornudet, docteur à la Roche-Bernard, porté par l'excellente réputation de sa famille et de son expérience, fait rarement, en 1812, plus d'une « course » par jour en dehors de sa ville ; à l'apogée de sa carrière, en 1840, il effectue environ trois « courses » tous les deux jours. Son confrère Augustin Le Guével (1815-1853), pourtant plus jeune, ne sort de Josselin (Morbihan), sa résidence, qu'une fois tous les deux jours, vers 1848-1850. Le rayon d'action

¹⁵ Marcel Pagnol, *Souvenirs d'enfance*, extraits de *La Gloire De Mon Père*, Editions Pastorelly, 1962

moyen de Cornudet atteint 14 kilomètres avec des pointes exceptionnelles à 30 kilomètres de chez lui. Celui de Le Guével se fixe entre 7 et 8 kilomètres. L'officier de santé Petitjean, de Vignory (Haute-Marne), ne fait qu'une visite rétribuée tous les trois jours, en moyenne, entre 1820 et 1830. »

20 % des médecins du département auraient un rayon de 5 kilomètres ou moins	
31 %	de 6 à 8 km
19 %	de 9 à 11 km
22 %	de 12 à 15 km
8 %	de plus de 15 km

On peut dire que au courant du dernier quart du XIX^e siècle, un docteur médecin de campagne gagnait en moyenne entre 7 000 et 13 000 francs par an avec 5 à 7 actes payants par jours. Un officier de santé pouvait gagner 4 000 à 6 000 francs par an avec environ 5 actes par jour.

Bien sûr, il existe des rythmes saisonniers avec notamment les affections catarrhales de l'hiver, les gastro-entérites de l'automne et de l'hiver, les insolation, coupures, piqûres dues aux récoltes et vendanges en été et en début d'automne. N'oublions pas les superstitieux du 14 février...

A la fin du XIX^e début XX^e siècle le métier ne reste pas moins diversifié. En effet, le quotidien du médecin de campagne se traduit par des nuits de veille en parcourant des chemins boueux, des accouchements acrobatiques et des délires des alcooliques.

Pendant la deuxième guerre mondiale les visites à domicile étaient assez dangereuses. La surveillance allemande était intensive les barrages routiers surtout fréquents la nuit. Les médecins étaient amenés à soigner des résistants blessés ou clandestins et par de là devenaient eux-mêmes clandestins.

Après la deuxième Guerre Mondiale, les conditions d'exercice redeviennent plus normales. Contrairement à l'idée reçue, la diminution du coût de la consultation n'allait pas engendrer un appauvrissement de la profession, mais par un effet d'affluence au cabinet, le nombre de patients allait équilibrer ce manque à gagner.

Rappelons aussi les ennemis du médecin de campagne en visite que sont la fatigue et l'épuisement. Pour pallier à ces désagréments, un médecin d'Andelot en Lorraine qui, après une consommation abusive d'amphétamines au cours de la deuxième Guerre Mondiale, est décédé dans un asile.

Les moyens de déplacement

Les visites à domicile nécessitent un moyen de transport efficace et fiable par tout les temps. Pour le jeune docteur installé, souvent limité par un budget de départ très maigre, une des options qui s'offrait à lui était l'achat d'un mulet ou d'une mule, animal robuste pour parcourir les chemins rocailleux et boueux.

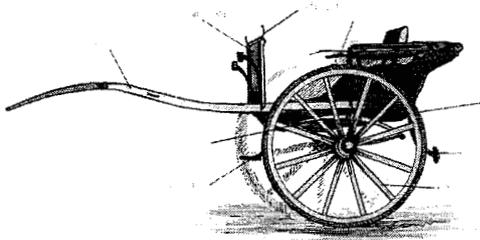
Pouvoir s'offrir un cheval n'était pas donné à tout le monde. En effet, un demi-sang normand coûtait deux fois plus cher qu'un bidet américain ; une jument de trois ans pouvait en 1842 atteindre la somme de 120 francs, sans oublier d'ajouter le prix d'une écurie, l'avoine, la paille et s'offrir les services d'un palefrenier.

Le cabriolet était nécessaire afin de parcourir de longues distances pouvant dès fois atteindre quatorze kilomètres. Plus confortable, il protégeait des intempéries et le médecin pouvait emporter plus de matériel avec soi. En 1880 on pouvait compter entre 1 200 et 1 800 francs pour un cheval et une voiture. Le Tilbury faisait son apparition ainsi que les carrioles lourdes de type « Victoria » pour les sorties en famille et le « Phaeton » ou en « double Phaeton » du docteur Knock décrit par Madame Parpalaid. ⁷

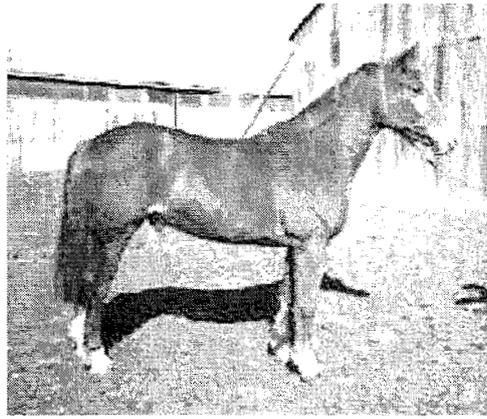
Avec la fin du XIX^e siècle, apparurent les bicyclettes et les tricycles plus pratiques pour emporter du matériel médical ainsi qu'une petite pharmacie.

Une anecdote amusante à ce propos était la remarque du docteur Michon, député de l'Aube qui propose en 1893 à la Chambre d'exempter les médecins de l'impôt sur les cycles qui est devenu la « voiture du pauvre ». ³

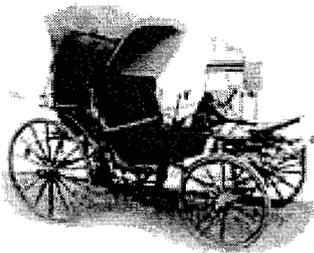
Après 1896, les motocyclettes font leur apparition et avec elles, la tenue sportive qui va avec, à savoir la casquette, un ensemble en cuir, les lunettes et les gants.



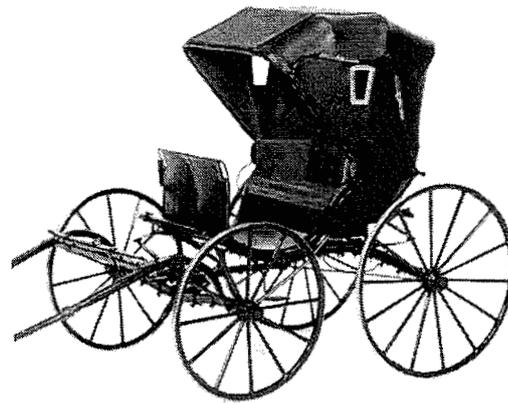
la carriole



le demi-sang normand



La Victoria



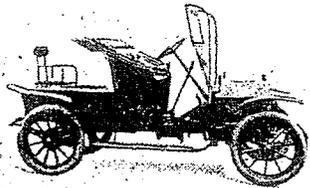
Le Pheaton



Le Tilbury

L'automobile, la voiture sans chevaux comme on disait à l'époque, naît aux alentours de 1902. Des plus anciennes aux plus récentes, les annonces publicitaires en font les éloges les plus convaincantes :

La véritable voiture du Docteur



8/10 HP. 4 CYLINDRES
Renseignements sur le motor

Souple, Robuste
Economique
Passant partout
est enfin créée par
ARIÈS

AUTOMOBILES

Th. SCHNEIDER & C^{ie}

28, avenue de Fontaine-Argent
BESANÇON

VOITURE SPÉCIALE POUR MM. LES DOCTEURS

12 HP, carrosserie 2 places, complète avec capote, glace avant, phares, lanternes et cornet d'appel : **8.000 Fr.** (1)
(6 modèles de 10 à 30 HP, 4 et 6 cylindres)

PAS DE BRUIT - PAS DE TACHES D'HUILE - PAS DE TRÉPIDATIONS
La plus simple et la plus robuste de toutes les voitures

CATALOGUE ET DESCRIPTION FRANCO SUR DEMANDE (Année 1911)

(1) 2.400.000 anciens francs.

Jetons un coup d'œil sur le prix d'une automobile en 1902 :

CE QUE COUTE UNE AUTOMOBILE EN 1902

Voici les dépenses d'entretien d'une bonne voiture neuve de 6.000 f (18.000 NF), pour laquelle on peut admettre un amortissement annuel de 500 f (1.500 NF).

Essence, huile, graisse	700 f	2.100 NF
Pneumatiques	400 f	1.200 NF
Pièces de rechange, réparations	500 f	1.500 NF
Location de voiture pendant les réparations	100 f	300 NF
Total	1.700 f	4.100 NF

Pendant la deuxième Guerre Mondiale, les voitures étaient privées d'essence et on avait recours au vélo, vélomoteur et au célèbre gazogène. Le médecin doit se procurer du charbon de bois et savoir changer quotidiennement des filtres encrassés. Le véhicule doit en plus servir de taxi aux populations.

Elle séduit le médecin qui peut se lancer dans la conquête de l'espace et des distances. Un danger cependant guette : celui de pratiquer des consultations à la va vite, hâtivement en pensant déjà aux prochains kilomètres à parcourir rapidement pour ne pas arriver en retard. En effet, avec l'automobile il n'y a plus d'excuses... le médecin doit arriver à temps et tout de suite auprès du patient pour qui une visite à domicile commence à devenir une normalité. L'automobile, pollueur important, garantit rapidité et flexibilité. Mais est-ce vraiment le cas ?

Devant des malades de plus en plus demandeurs, des distances de plus en plus grandissantes, le médecin passe plus de temps dans sa voiture ou en train de calculer son chemin et de facturer les indemnités horokilométriques que d'examiner et parler à son patient. Le médecin de campagne est-il devenu l'esclave de sa voiture ? Si le moyen l'emporte sur le but à atteindre, le système ne peut que s'écrouler. Tout nouveau véhicule amène un nouveau lot de performance associant rapidité et fiabilité. Une petite marche à pied, pourtant saine et prônée par tout médecin, devient impossible à réaliser par manque de temps.

D'après une enquête menée sur l'évolution, au cours de plusieurs décennies, des carrières et de la vie professionnelle des médecins français nés entre 1897 à 1930 ⁵, les médecins déclarent majoritairement faire plus de consultations que de visites (47,5 %) ou du moins tout autant (30,5 %). Seul 22 % avaient une pratique dominante de visites à domicile. 98% des médecins utilisent la voiture dès leurs débuts pour les visites à domicile. En plus, 20,4 % utilisent encore la bicyclette, 19,9 % la moto, et 15,5 % la marche à pied.

La tenue

Vu la pratique importante des visites à domicile, l'habit du médecin de campagne se rapproche de celui des paysans pour des raisons de commodité : traverser la boue en redingote n'est pas chose aisée, l'habit doit être fonctionnel. Apparaissent enfin des bottes et les guêtres, les chapeaux larges qui protègent de la pluie, les vestes de chasse, les capuchons et plisse en fourrure ou peau de mouton pour l'hiver.

Dans la voiture, ils étaient assis sur un tablier en cuir faisant office de protection contre le froid.



5. Les risques de métier

Outre les éventuels accidents de parcours lors des trajets périlleux surtout pendant les visites nocturnes il faut noter une diminution nette de la longévité des médecins de campagnes selon différentes régions de France. La surmortalité s'explique par la possibilité d'accident d'exposition au sang, les maladies contagieuses, la prise de stimulants pour rester éveillé et par un style de vie comblé par des abus de tout genre.

En 1858, l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France avec l'aide des sociétés locales organisent une aide aux confrères en difficultés. Ce système subsistera jusqu'au XX^e siècle.

L'AGMF propose à partir de 1874 une caisse des pensions viagères qui consistent en des pensions fixes versables dans certaines conditions. Elles sont alimentées par des dons et versements de sociétés locales. On voit bien que ces versements sont en constante augmentation au fil du temps.

Auguste Cézilly, avec l'influence et l'aide du concours médical, participe à la création d'autres caisses et complémentaires. Citons- en quelques une :

- la caisse d'assurance sur la vie
- la caisse des pensions de retraite du corps médical français (1884)
- la caisse des victimes du devoir professionnel (1888)
- L'association amicale des médecins français pour l'indemnité maladie (1894)
- La caisse des veuves et orphelins de L'AGMF
- Le sou médical en 1897

Non seulement les conditions d'exercice mais encore l'exercice lui-même à savoir la pratique clinique et paraclinique est affecté par ces évolutions.

B. La pratique clinique et paraclinique

Le médecin qui se trouvait face au patient après la Révolution appliquait un traitement différent aux différentes catégories de patients (1) ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Tout comme pour le matériel utilisé, le progrès de la science se faisait sentir avec le temps, ceci était principalement le cas pour les examens complémentaires (2), la pratique de la chirurgie (3), l'antisepsie et l'asepsie (4) ainsi que le traitement de la douleur par les anesthésiants (5). Malgré les énormes progrès de la science, le médecin se trouvait souvent face à l'impuissance

thérapeutique (6) et cherchait soutien auprès d'autres professionnels de santé en partageant des pratiques conjointement avec eux (7) pour agir au mieux dans l'intérêt de son patient.

1. Différentes sortes de traitements pour différentes sortes de patients

Le médecin de campagne devait être un connaisseur du genre humain et jongler avec les différentes mentalités des patients de couches sociales différentes. La diplomatie n'était pas toujours évidente et tout le monde n'acceptait pas toujours n'importe quel traitement, il y avait des tabous à ne pas transgresser. C'était un des éléments qui s'opposait clairement à la propagation de la vaccination contre la variole par le procédé de la scarification.

Il existait sans aucun doute une différence nette entre la pathologie des gens aisés et celle des pauvres. Les riches étaient caractérisés par un engraissement par l'abus alimentaire et souvent il fallait prescrire un régime et une certaine activité physique. Quant aux pauvres, la malnutrition et la dénutrition étaient à l'ordre du jour tout comme les accidents du métier comparables aux accidents de travail de nos jours. Souvent les riches pouvaient s'offrir leur maison de convalescence, de santé et d'accouchement et les traitements consistaient souvent en des substances coûteuses de provenance lointaine et de prononciation exotique. Les moins aisés avaient recours aux hospices, à l'hôpital ou à l'asile et leurs traitements se résumaient souvent en des frictions sèches, compresses chaudes et lavements salés.

Les exemples ne manquent pas : pendant l'épidémie de choléra en 1832, les quartiers riches sentaient le camphre et les quartiers pauvres l'ail. Ceci était bien entendu aussi une question d'argent. La gastrite du pauvre se traite avec des infusions de feuilles de sureau, et celle des riches avec un élixir parégorique (opium camphré). Quand à la syphilis, selon les revenus elle se traitait au mercure respectivement à la décoction par le salsepareille. Dans les deux cas les résultats étaient très douteux.

Avec l'industrialisation, on voit apparaître pour la première fois en 1851 le terme de médecine sociale. Les ouvriers d'usine entassés les uns sur les autres sans aucune hygiène de vie ni soins médicaux, et sans moyens pécuniaires pour s'en procurer, vont être le point de départ de cette nouvelle idée d'une médecine pour tous. Ainsi on voit prendre de l'essor la Croix Rouge, née de la vision des champs de bataille et qui s'investit de la tâche de venir en aide aux populations les plus démunies. Parallèlement émergent les sociétés de secours mutuel.

Inévitablement, surgissent de cette masse d'ouvriers des revendications dont la principale était l'accès aux soins. En réponse, les entreprises passent certains contrats avec des médecins pour soigner leurs salariés.

La médecine rurale n'échappe pas à cette industrialisation notamment avec par exemple l'usine de filature dans les Vosges dans la vallée industrielle de la Moselle.

Il est clair que le revenu des médecins ne va pas croître s'ils ont principalement des patients de milieux défavorisés, c'est pourquoi la diversification de la clientèle a pris toute son importance. Quelques critiques accusent les médecins d'expérimenter leur art sur les pauvres et d'en faire profiter les bourgeois, plus exigeants et acceptant des honoraires plus conséquents. Cet état de fait est très bien décrit dans l'histoire du médecin Pascal décrit par Emile Zola qui expérimente ses médicaments dans le faubourg.¹⁶

La population est de moins en moins émerveillée devant l'art de guérir, étant donné qu'elle devient plus instruite et la médecine plus compréhensible. Tout le monde veut être traité de la même façon. On assiste à l'émergence d'associations pour défendre la santé de ses adhérents. La santé devient raison d'état qui lui-même propose des règlements d'aide sociale. De cette exigence naît la notion de médecine sociale.

En zone rurale, il existe le même état d'esprit qu'en ville concernant la nécessité d'une médecine dite sociale et on retrouve cet effort à mettre en route cette révolution sanitaire à différents niveaux : aides des pauvres par les communes et ingérence de celle-ci dans la gestion des hôpitaux, création de dispensaires, d'une médecine du travail et de sociétés de protection de la santé des ouvriers par les grandes industries. 1892 marque un tournant décisif avec la création de l'assistance médicale gratuite : « désormais tout français malade privé de ressources doit recevoir gratuitement de la commune ou du département l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier. »

Après la première guerre mondiale on note la ruine totale et la prolétarianisation de la classe moyenne. Les subsides familiaux sont abolis. Le nombre de médecins est en légère augmentation mais ceux-ci notent moins de patients. Comme conséquence d'une offre grandissante, le patient devient plus volage et beaucoup moins fidèle tout en réclamant plus de

¹⁶ Emile Zola, *Le Docteur Pascal*, éditions Le Livre de Poche, 2004

services. Des notions comme l'automédication font leur apparition. La vulgarisation de la médecine est en vogue et par la même occasion un certain degré de charlatanisme avec des réclames tapageuses se fait remarquer. Pour offrir plus de service et de possibilités au patient, on voit apparaître des cliniques chirurgicales, des cabinets de spécialités ainsi que des dispensaires privés, publics, municipaux, départementaux ou nationaux.

Par la même occasion, on voit clairement que le médecin succombe au détriment des examens complémentaires et ordonnances sous une invraisemblable paperasse. En 1920 on voit apparaître pour la première fois des sous-secrétariats à la santé ce qui démontre bien que la santé est devenue affaire d'état. Cette situation aura comme conséquence de passer du statut de fonction libérale à un statut de salarié soit dans un hôpital, une mutuelle, un dispensaire ou une clinique.

Le médecin n'est plus celui qui donne, mais qui reçoit les ordres. Pour que les malades soient remboursés des frais de consultations, ils doivent s'adresser à des médecins agréés par la mutuelle dont le patient est affilié. Bien entendu, les honoraires payés par les mutuelles sont de loin inférieurs à ceux pratiqués dans la médecine libérale. Cela oblige les médecins à avoir à la fois une clientèle privée et une clientèle sociale afin de pouvoir garantir un équilibre financier. Parallèlement on assiste à un accroissement important du nombre de médecins pour lesquels souscrire à un contrat avec une mutuelle garantit un revenu minimum. Cette manière de brader les tarifs force les médecins à s'unir pour protéger leurs intérêts avec plus de fermeté.

Evoquons encore les différences culturelles et traditionnelles des patients pouvant influencer sur le choix thérapeutique du médecin. Par exemple, un professeur de la faculté de médecine de Strasbourg, le professeur Fouchet, spécialisé dans la microchirurgie de la main du département SOS Mains avait raconté son expérience professionnelle lors d'un séjour prolongé au Japon. Habitué à opérer en France des patients gravement blessés de la main et essayant au mieux de rétablir une main fonctionnelle même au dépourvu d'une esthétique placée au second ordre, il avait remarqué que les Japonais au contraire préféraient de loin l'esthétique d'une main parfaite à une main à tout prix fonctionnelle mais méconnaissable.

On peut finalement prétendre que la pharmacopée à bon marché était issue de produits végétaux et animaux de nos régions, quand à celle onéreuse, provient de plusieurs continents et souvent issue de l'industrie de la chimie.

2. Les examens complémentaires

Ce n'est qu'au milieu du XIX^e siècle que les premiers examens complémentaires permettaient de « voir » dans le corps humain avec les endoscopes (ophtalmoscopes et laryngoscopes). Avec l'avènement de l'ampoule électrique d'autres endoscopies étaient devenues possibles telles la cysto-, oesophago-, broncho-, recto-, colpo-, laparo-, médiastinoscopie et bien d'autres encore. Depuis quelques années les fibres optiques ont augmenté la performance de ces examens et amélioré le confort du malade.

Ces derniers ne sont guère utilisés actuellement par le médecin généraliste de campagne qui se contente d'explorer les parties facilement examinables des différents orifices naturels du malade.

Dans l'exploration de la fonction de l'organisme, le médecin de la moitié du XIX^e siècle aura à sa disposition le spiromètre, la sphygmomètre, le sphygmographe de Marey et le sphygmanomètre de Pierre Potain (1825-1901) qui fait désormais partie de la pratique quotidienne. A la même époque apparaît le thermomètre médical qui entre temps est devenu numérique et à cristaux liquides en gardant toute son importance de nos jours.

L'électroencéphalogramme, l'électromyogramme et l'électrocardiogramme sont tous les trois apparus au cours de la première moitié du XX^e siècle. Contrairement aux deux premiers qui sont utilisés actuellement par des médecins spécialistes et ce principalement dans les hôpitaux, le troisième constitue un outil remarquable d'investigation cardiaque non invasive au médecin de campagne face à une douleur thoracique.

L'examen des tissus au microscope médical n'apparaît que tardivement en France à la fin du XIX^e siècle avec la pathologie cellulaire de Rudolph Virchow (1821-1902)¹⁷, et les examens de bactériologie et parasitologie ne se développent qu'à partir de l'ère pasteurienne également à la fin du XIX^e siècle.

A partir de 1895 la radiographie qui a bénéficié d'un perfectionnement spectaculaire entre 1920 et 1930, a permis de capturer des images saisissantes de l'intérieur du corps. Ces

examens se pratiquent dans les hôpitaux disposant de plateaux médico-techniques complexes. Aujourd'hui, pour ouvrir un cabinet privé de radiologie, il faut satisfaire à une réglementation extrêmement restrictive et rigoureuse.

Suite aux différentes images radiologiques simples, faisait apparition le scanner ou tomodensitomètre en 1972 inventé par Godfrey Hounsfield. L'imagerie par résonance magnétique apparaît en 1980 avec ses images d'une précision incroyable. Il faut noter aussi l'apparition des examens isotopiques scintigraphies se basant sur la détection extérieure d'un traceur radioactif avec une affinité pour tel ou tel tissu biologique.

De nos jours, l'échographie respectivement l'écho doppler sont des moyens d'investigation encore possible au cabinet du médecin de campagne si son manipulateur a suivi la formation universitaire correspondante.

Les examens anciennement appelés « humoraux » et aujourd'hui nommées analyses sanguines se pratiquaient dans des centres spécialisés. Actuellement quelques analyses telles la saturation en oxygène du sang, la coagulation du sang, la recherche d'une inflammation par augmentation d'une protéine sanguine sont possibles par des appareils peu encombrants au cabinet du médecin de campagne.

Se pose la question si tous ces appareils doivent obligatoirement se trouver dans le cabinet de campagne ou si le bon sens doit essayer d'en choisir quelques uns parmi ceux le plus souvent employés. Par manque de temps, le médecin de campagne isolé ne peut pas commencer à pratiquer régulièrement des examens complémentaires dans son cabinet même s'ils s'avèrent justifiés. L'organisation la plus judicieuse pour pallier au manque de temps serait alors de regrouper certains médecins de campagne dans des maisons médicales de campagnes et ainsi faire profiter l'équipe entière des différents appareils d'investigation.

3. La chirurgie

Jusqu'à la moitié du XIX^e siècle, les médecins de campagne, qui sont aussi chirurgien rappelons-le, pratiquaient souvent des saignées, des incisions d'abcès, pose de cautères et de ventouses, extraction de dents et l'assistance de femmes en couches avec un forceps si

¹⁷ Virchow, Rudolf: *“Die Cellularpathologie”*, nouvelle édition, éditions Hirschwald, Berlin, 1871

nécessaire. Avec une lancette, on sonde à la lueur d'une bougie pour dilater des orifices. Avec des aiguilles et le fil de lin on suturait et ligaturait.

La grande chirurgie, très rare en province, comme des trépanations de crâne, amputation d'un bras ou d'une jambe, lithotomie, cure de hernies et césarienne sur une femme morte pour sauver l'enfant ne peuvent être pratiquées par les officiers de santé mais uniquement par les docteurs en médecine. Flaubert qui décrit l'intervention sur un pied bot du garçon d'écurie par l'officier Charles Bovary avec la gangrène qui vaincra avec amputation, est une chose exceptionnelle.¹

Pour un accouchement difficile, le médecin pouvait réquisitionner un ancien soldat, une sage femme rustique tout en bouillant de l'eau et flambant ses instruments. L'exemple est donné par le docteur V.F. (1828-1918), de la Roche-sur-Yon, qui se fait aider par son cocher quand il opère une appendicite sur une table de ferme.

Il existait une relation étroite entre les artisans du bourg et le médecin pour la confection des ustensiles médicaux. Le forgeron par exemple réparait et aiguisait les ciseaux, couteaux, pinces et scies. L'ébéniste tournait un cylindre de Laennec ou un « spéculum uteri » de Récamier dans du hêtre ou du tilleul. Le bourrelier confectionne le bandage, le menuisier coupe les attelles pour former une gouttière. L'entretien des bistouris se faisait avec une pierre spéciale, de l'huile et de la chaux éteinte et porphyrisée. L'immobilisation d'un membre fracturé se fait avec de l'amidon à défaut de plâtre qui n'existait pas encore à l'époque.

Trois obstacles s'opposent souvent à ces interventions périlleuses : la douleur, l'hémorragies et l'infection avec la gangrène. Les hémorragies contrecarrées par des transfusions sanguines ne sont pratiquées et maîtrisées qu'après la première guerre mondiale grâce à Karl Landsteiner (1868-1943) qui a découvert le groupage ABO.

Souvent le médecin cautérisait au fer rouge en présence de signes d'infection.

4. Antisepsie et asepsie

Les premiers désinfectant naturels voient le jour vers 1840 et 1850 et sont à base d'eucalyptus, myrrhe, aloès, baume de Pérou et de camphre. Un certain docteur Hameau (1772-1851), qui exerce dans l'Arcachon plonge ses instruments dans l'onguent mercuriel pour les désinfecter.³

Le règne de l'antisepsie débute avec l'alcool camphré et l'acide phénique en solution ou en vaporisation avec de bons résultats pour le nettoyage de plaie et du champ opératoire. Nous allons citer le pansement ouaté d'Alphonse Guérin pour n'en nommer qu'un parmi d'autres. Puis vinrent les nouveaux antiseptiques tels le iodoforme, le bichlorure de mercure et le permanganate de potasse. Pour le linge, les lits et les meubles on utilisait le chlore et le soufre.

La peur de la gangrène était constante et on ouvrait et sentait régulièrement le pansement au moindre soupçon. Par peur d'une infection, le médecin ne pratiquait presque pas de trachéotomie en cas de diphtérie mais aspirait plutôt les fausses membranes par un procédé risquant de contaminer le médecin. Le sérum antidiphtérique de la fin du XIX^e siècle allait changer radicalement le pronostic de cette pathologie. L'asepsie permet des interventions chirurgicales plus lourdes comme par exemples une hernie étranglée ou une césarienne.

De nos jours il existe pour le médecin de campagne des sets de pansement empaquetés stérilement d'usage unique assez abordables. La petite chirurgie, grâce à l'asepsie est tout à fait possible en milieu rural. Se pose juste la question du manque de temps pour un généraliste isolé.

5. Douleur et anesthésiants

Jusqu'au XIX^e siècle on utilisait l'opium, issu du pavot jusqu'à l'arrivée de la mandragore et de la belladone. On connaissait déjà en 1772 le protoxyde d'azote et les sulfuriques en 1792. Vers le milieu du XIX^e siècle arrivent les premiers anesthésiants, comme l'éther sulfurique qui fût rapidement détrôné par le chloroforme. C'est en 1806 que le principe actif de l'opium, à savoir la morphine fût découverte. Ces produits n'étaient que rarement utilisés puisque la douleur à l'époque était considérée comme nécessaire. Le médecin de campagne profite surtout de l'anesthésie locale représentée par la cocaïne à partir de 1884 pour la petite chirurgie. Cependant pour des raisons de coût, celle-ci ne fût pas toujours employée. La cocaïne fût remplacée par la novocaïne, elle-même remplacée finalement par la Xylocaïne encore utilisée de nos jours.

6. Le médecin face à l'impuissance thérapeutique

D'après une enquête menée sur l'évolution, au cours de plusieurs décennies, des carrières et de la vie professionnelle des médecins français nés entre 1897 à 1930⁵ et qui ont exercé de 1930 à 1980, la majorité insistait sur le sentiment d'impuissance durant les premières années d'exercice. Cette impuissance se traduisait parfois en pratiques dont l'empirisme était très peu contrôlé.

Une absence de précautions était également courante pour les anesthésies générales qui, dans les premières décennies de notre siècle, n'étaient pas des actes spécialisés.

Les situations les plus pénibles rencontrées au cours de leur carrière, étaient « la mort des enfants en bas âge » citée dans 64 % des cas ainsi que les demandes d'avortement cités dans 41 % des cas.

7. Les pratiques partagées

a) La délégation de compétences

On sait maintenant que les officiers de santé ne pouvaient pratiquer des interventions lourdes, et que dans de tels cas l'intervention d'un confrère docteur en médecine était nécessaire. On pourrait s'imaginer une telle délégation de compétences dans le système de soin actuel.

Au Luxembourg par exemple, lorsqu'une personne doit bénéficier de ladite « assurance dépendance » et que la demande effectuée par un médecin généraliste a été acceptée par la caisse de maladie, la personne est prise en charge complètement pour tous les besoins médicaux et paramédicaux. Un kinésithérapeute ergothérapeute visite régulièrement et sur simple demande le patient pour estimer ou réévaluer les besoins en matériel sans qu'il y ait une implication du médecin de famille. Aucune ordonnance pour matériel n'est plus nécessaire.

Aux Etats-Unis, les infirmières prennent en charge lors du premier passage aux urgences les patients diabétiques et asthmatiques avec une prise en charge aussi efficace que si elle était médicale.

Le New South Wales, un état d'Australie, a en 1998 légalisé le titre d'infirmière praticienne qui peut prescrire un nombre limité de médicaments bien définis.

Le rapport « transfert de compétences » présenté par le Professeur Yvon Berland en octobre 2003 met en évidence spécialement pour le domaine de la médecine rurale, la possibilité de partage de compétences vers des acteurs dont il conviendrait de construire le métier et donc la formation. C'est le cas, d'une part de plusieurs spécialités à forte valence médico-technique et d'autre part de spécialités impliquées dans le suivi de pathologies chroniques dont la prise en charge est clairement codifiée.

Ainsi des métiers tels les infirmières cliniciennes spécialisées, les diététiciennes de soins, des coordinateurs du handicap et des psychologues praticiens pourraient voire le jour.

L'accompagnement de fin de vie au domicile est également un domaine où l'encadrement est très lourd et l'implication du médecin de famille surtout en campagne très chronophage. Le maintien le plus longtemps à domicile des patients âgés surtout en fin de vie est de toute façon une priorité de la politique de santé en France. On pourrait s'imaginer une équipe mobile de soins palliatifs avec une infirmière spécialisée dans le traitement et l'adaptation du traitement antalgique dans le cadre initial prescrit par le médecin de famille ainsi qu'une psychologue pour un éventuel soutien du patient et de l'entourage et une garde de nuit par exemple en cas de crainte de l'entourage envers le moment précis du décès du patient, chose encore assez taboue si elle survient à domicile.

On retrouve actuellement le réseau kinésithérapeute-bronchilite qui procure les soins nécessaires notamment les dimanches et les jours fériés.

On voit bien que la délégation de compétence est un élément de la médecine rurale actuellement en grande discussion et qui mérite une mise au point officielle par un encadrement législatif clair.

b) Le transfert en milieu spécialisé

Si une situation ne pouvait être résolue par des soins en ambulatoire, une hospitalisation s'imposait. Malheureusement, les hôpitaux étaient tous en ruine après la révolution française et étaient devenus des mouroirs pour pauvres et blessés où régnait la gangrène, la fièvre puerpérale, la dysenterie et la typhoïde. Ils étaient divisés en deux salles : l'une pour le chirurgien où s'entassaient les blessés, et l'autre celle du médecin avec les fiévreux.

Les hospices rassemblaient surtout la misère sociale des plus faibles à savoir les orphelins, les vieillards et les incurables.

Le gros des travaux de rénovation, transformation et de construction en province débutent au milieu du XIX^e siècle surtout de 1880 à 1900 avec des mesures de propreté. L'asepsie ne s'installera qu'entre 1883 et 1892.

De nos jours chaque médecin de campagne peut avoir recours à un hôpital local, premier maillon de l'hospitalisation, pour un patient dont le maintien à domicile devient impossible. Ce n'est qu'avec la loi de 1838 qui garantit la liberté, la dignité et la santé de l'aliéné que le problème des asiles où règnent laisser-aller et maltraitance sera petit à petit maîtrisé avec le soutien des médecins de province.

A côté de la pratique médicale usuelle en cabinet et en visite, le médecin se voit peu à peu doté de certaines attributions particulières.

C. Les attributions particulières du médecin de campagne

Grâce aux différentes attributions particulières (1) le médecin de campagne devient un intervenant important en matière de santé publique (2) et on retrouve même son influence sur le milieu agronomique (3).

1. Les différentes attributions particulières

Le médecin de campagne a, en dehors de son cabinet, un vaste champs d'action : il intervient pour endiguer les épidémies (a), est hygiéniste-conseiller (b) et exerce la médecine préventive (c) :

a) Le médecin des épidémies

Il faut rappeler que depuis toujours des vagues d'épidémies voire pandémies ont dévasté des régions entières. Grâce notamment aux médecins de campagne qui font encore maintenant face à ces fléaux, certaines ont pu être jugulées voire éradiquées.

Au XIX^e siècles existaient des médecins spéciaux investis par l'administration de fonctions officielles et rétribués en tant que tels. Ce médecin des épidémies est dépêché sur place pour organiser les secours à l'appel des maires. Il contient avec lui 25 substances médicamenteuses

délivrées par les pharmacies centrales des hôpitaux de Paris. Il sera mis à sa disposition une voiture et des guides ainsi que pourra se reposer dans des haltes spécialement prévues à cet effet. Souvent il arrive trop tard et ne peut que constater le désastre. Sans l'accord du maire, le préfet n'envoie pas de médecin des épidémies et ainsi les praticiens ruraux sur place doivent le cas échéant combattre seul l'épidémie avec les moyens du bord et surtout sans les traitements spéciaux ni aides alimentaires.

Dans ce contexte il faut souligner le remarquable travail d'un certain docteur Raymond Fery qui, dans les années 1950, à lui-même instauré, alors qu'il était stationné en Algérie dans les Aurès, un lazaret devant la présence d'une épidémie de typhus. C'est lui qui a isolé les personnes symptomatiques du reste de la population et a soigné du mieux qu'il pouvait cette épidémie. Par moments on soupçonnait même les médecins d'être à l'origine des épidémies. On les insulte voire même agresse physiquement comme dans le nord-ouest en 1832, sud-est en 1835. La loi du 3 mars 1822 et l'ordonnance du 7 août 1822 exigent des médecins sous peine de sanctions sévères de déclarer toute maladie pestilentielle provenant de l'étranger (peste, fièvre jaune, choléra). L'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 et l'arrêté du 23 novembre 1893 la complète en imposant aux médecins d'informer les autorités de maladies épidémiques au nombre de 14 dont la tuberculose et la syphilis sont exclues.

Même en milieu rural la syphilis ou « vérole » faisait des ravages. Elle n'a malheureusement pu être traitée efficacement que depuis l'avènement de la pénicilline découverte au milieu du XX^e siècle. Avant cette date, on essayait de la traiter avec du mercuriel et les bismuths.

Le choléra, nouveau fléau qui remplace la peste jugulée en 1720 grâce au procédé d'isolation temporaire qu'est la quarantaine, arrive au début du XIX^e siècle d'Inde et fait 100000 morts en France en 1832. (une personne infectée sur deux en meurt). Le vaccin ne sera découvert par Pasteur qu'en 1891.

Pour la variole, son vaccin, la vaccine bien que diffusée depuis 1800, trouve des réticences parmi la population locale. En effet c'était sans compter la psychologie populaire qui n'est pas facile à manier et qui s'opposait à la vaccination de bras en bras. Même quand on pratiquait les vaccinations depuis des pustules de vaches atteintes de la « cow-pox », les populations rurales restaient toujours méfiantes. En l'An XII, le Préfet de Bourgogne organise des comités de vaccine dans chaque Arrondissement, il fait établir des dépôts de vaccins dans les hôpitaux pour les pauvres ; ensuite vont commencer les campagnes systématiques de vaccination. En janvier 1808, Carion, dans le Journal de la Côte d'Or, signale qu'après l'intervention du Maire

d'Auxonne, "depuis 1803 jusqu'au 31 décembre 1807, 136 enfans des deux sexes ont été vaccinés, qu'aucun d'eux n'a contracté la petite vérole, et que 177 autres qui n'avaient pas subi l'inoculation ont été enlevés par la petite vérole à leurs parens" Il faut attendre l'hécatombe de 1870 à 1871 pour voir changer les mentalités. La loi de 1902 rendait de toute façon obligatoire la vaccination à partir de cette date.

La tuberculose ou phtisie fait des ravages au XIX^e siècle. Malgré le dépistage par les radiographies, le test cutané par la tuberculine (1907) et la prévention par le vaccin BCG en 1921, ce n'est qu'avec les sanatoriums, les pneumothorax artificiels et les traitements médicamenteux par Streptomycine (1945), Isoniazide et rifampicine (1963), que des résultats satisfaisants ont pu être obtenus. Actuellement la Tuberculose est en augmentation car devenue résistante et concomitante souvent avec des affections immunodépressives tel que le SIDA. Rappelons les découvertes quasi annuelles et les avancées médicales prodigieuses au niveau de la mise au point de vaccins et de sérums entre 1870 et 1914 ainsi que de la mise en évidence des germes responsables dont voici un bref aperçu :

Facteur responsable de la lèpre découvert en 1876

Le staphylocoque et le streptocoque (responsable de la fièvre puerpérale) en 1878

Le gonocoque responsable de la blennorragie en 1879

Le bacille de la fièvre typhoïde en 1880

Le bacille de la diphtérie et l'agent de la tuberculose en 1882

Vibrion du choléra asiatique en 1883

Le bacille du tétanos en 1894

Le tréponème pâle de syphilis et le bacille de la coqueluche en 1906

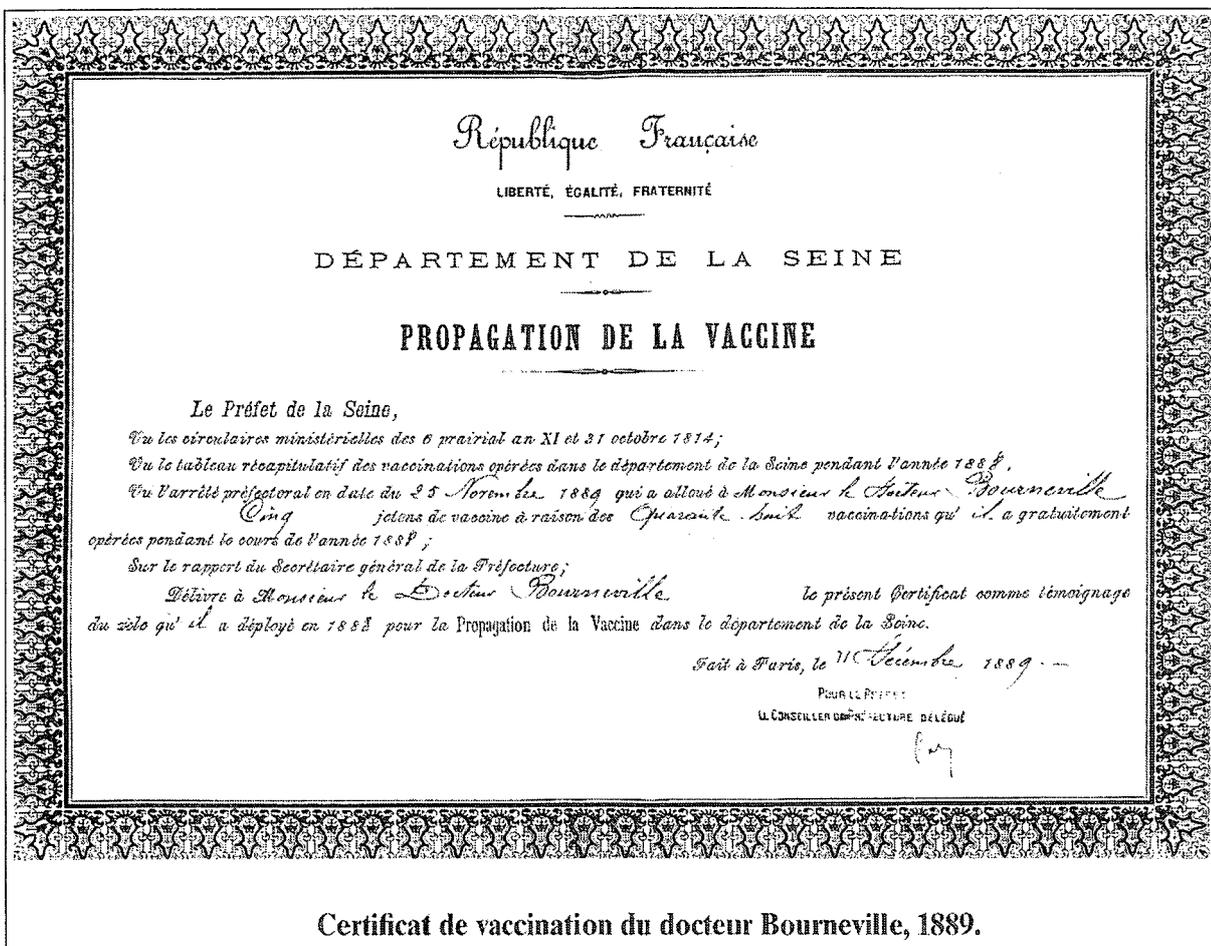
La leptospirose de spirochétose en 1914

Il faut noter l'étroite collaboration entre le corps de santé rural colonial surtout constitué par des troupes de marine avec les pasteuriens pour la mise au point des vaccins et pour l'identification de germes comme pour la rage en 1885, la typhoïde 1888, le choléra en 1888, la tuberculose en 1921, le tétanos et la diphtérie en 1922, la coqueluche en 1931, la fièvre jaune en 1932 et la poliomyélite en 1953.

Citons quelques exemples comme le docteur Girard et Robic qui ont mis au point le vaccin contre la peste à Madagascar et le docteur médecin-colonel Jamot avec ses travaux sur la maladie du sommeil. La description microscopique de Yersinia Pestis que nous devons à une équipe mobile médicale lors des campagnes au Vietnam.

On retrouve sur le terrain vers la fin du XIX^e siècles de nombreux médecins de campagne qui en première ligne vaccinent la population notamment avec la célèbre vaccine. Pour chaque vaccination, une rémunération était allouée soit au cas par cas soit sous forme de forfait.

Des certificats témoignaient de l'assiduité des différents médecins notamment celui du docteur Bourneville en 1889.¹⁸



¹⁸ Jacques Poirier, Françoise Salatin, *Médecin ou malade ? La médecine en France aux XIX^e et XX^e siècles*, éditions Masson, Paris, 2001

De nos jours, les campagnes de vaccination dans les différentes mairies de France sont tombées en désuétude car il y a eu une désaffection de la population et une réticence très forte envers tous les produits dérivés du sang dont les vaccins depuis notamment le scandale du sang contaminé par le VIH.

b) Le médecin hygiéniste-conseiller

Un point décisif a été marqué avec notamment l'assainissement de l'eau souvent prônée par des médecins de campagne hygiénistes convaincus et ayant agi comme conseiller auprès des maires de leurs communes.

Les premiers concepts hygiénistes du XVIII^e siècle touchaient aux domaines de la salubrité, l'habitat et surtout l'assainissement urbain. En province, l'utilitarisme l'emporte largement, et les idées et concepts d'hygiène sont difficilement applicables tels quels. Grâce à des rapports détaillés de certains hygiénistes, de médecins des épidémies et du conseil d'hygiène sous formes de publications, conférences publiques et cours du soir, leur influence était telle que leurs recommandations trouvaient des adeptes qui suivaient ces conseils. Ainsi on commençait à isoler les contagieux, les hôpitaux se munissaient de préaux de convalescence et de salles d'opérations. Un chauffage correct et une aération des logements privés étaient suggérés. Les médecins se préoccupaient plus des prisonniers et au niveau de leur commune prônaient l'assèchement des « marais méphitiques », la désinfection des vêtements, du linge et de la literie après une épidémie. Bien sûr, tout cet engagement nécessite un soutien politique. On voit petit à petit des médecins de campagne investir quelques postes au niveau local et même devenir médecin chef-lieu de canton puis entrer au conseil municipal voire même au conseil général.

Le souci primaire était l'eau et sa qualité. On retrouve de nouveau nos médecins de campagne qui muni cette fois-ci d'un soutien politique en étant maire eux-mêmes qui s'engagent à drainer les eaux stagnantes, séparer les eaux propres des eaux usées et séparer les abreuvoirs des ruisseaux et des égouts, couvrir les puits, fontaines et sources et filtrer les eaux pour la consommation humaine. Quelque fois, il fallait même déplacer un cimetière et commencer à enlever des ordures. On commençait à se laver régulièrement les mains et à protéger les

aliments des rats et enfouir les charognes. Rapidement on voyait certaines maladies comme la typhoïde et les différentes fièvres en nette régression grâce à ces mesures.

Un député de province, le docteur Théophile Roussel (1816-1903) était à l'origine de la loi du 23 janvier 1873 pour la répression de l'ivresse publique et ce même médecin était à l'origine de la loi du 23 décembre 1874 pour la protection et la santé des enfants placés en nourrice.

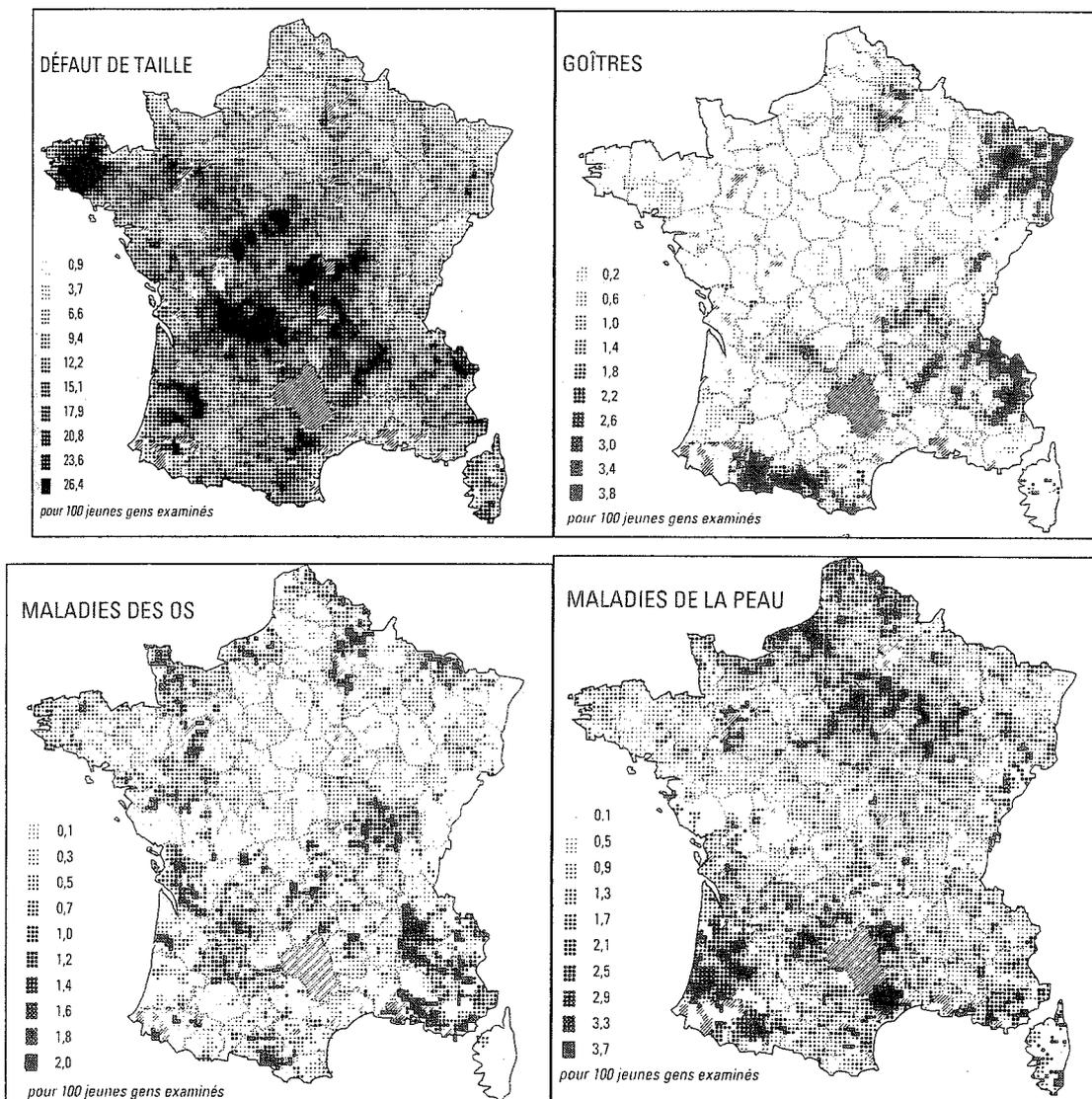
Le docteur Paul Bert, député de l'Yonne, proposait d'enseigner l'hygiène et la pratique de l'éducation physique à l'école. Ce n'est qu'à la première moitié du XIX^e siècle qu'une vraie politique de santé publique voit le jour en France :

1802 est créé le conseil de salubrité de la ville de Paris et en 1829 la revue des annales d'hygiène publique et de médecine légale voit le jour. Au cours de la deuxième république, le décret du 10 août 1848 crée le Comité consultatif d'hygiène publique qui se décrit comme étant un organe de conseil pour le gouvernement sur les différentes mesures dans les domaines de la police médicale et de la lutte contre les épidémies.

Grâce au recueil des médecins de campagne sur place, des cartes endémiques ont pu être créées et on retrouve des différences notables entre une zone géographique donnée et l'incidence de différentes pathologies :

- l'« endémie goïtro - crétinienne » touche de 5 à 15 % de la population des hauteurs que sont les Alpes, les Pyrénées, l'Auvergne et les Vosges.
- La fièvre intermittente sévit dans la Sologne, la Bresse, la Camargue et les Landes tout comme dans les marais atlantiques
- L'espérance de vie des zones palustres méridionales est de deux tiers de celle de la moyenne nationale.
- La gale est très présente en Bretagne
- La tuberculose est rare dans les zones marécageuses
- La teigne tondante des animaux qui se transmet aux domestiques sévit en Auvergne et le Limousin ainsi que le Languedoc
- La maladie du seigle qui provoque l'ergotisme sévit surtout en Sologne et la Dauphiné de 1854 à 1856
- Les morsures de vipères sont retrouvées en Vendée, dans les Cévennes et la Lozère

Les cartes ci-jointes montrent la répartition géographique des misères physiologiques du XIX^e siècle :



*Atlas de la Révolution Française No. 7 Médecine et Santé,*¹⁹

La police médicale changera de nom en 1890 pour devenir la santé publique et d'hygiène. C'est en 1920 que le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et Prévoyance sociale voit le jour.

Le personnage central de roman « Le médecin de campagne » d'Honoré de Balzac, paru en 1833, incorpore très bien ce rôle du médecin du corps social appelé à réformer les mœurs et la

¹⁹ Goubert Jean-Pierre, Rey Roselyne, Bertrand Jacques, Laclau Alexandra *Atlas de la Révolution Française No. 7 Médecine et Santé* Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 1993

société.²⁰ La réforme sociale et l'hygiène sociale sont des concepts qui favorisent l'extension des attributions des médecins et en même temps leur influence.

Il apparaît ainsi pour la première fois la notion de « capital santé » qu'il faut absolument préserver. Le seul gardien de cet ordre sanitaire est le médecin, très présent dans les commissions d'hygiène consultées sur des questions telles que la salubrité des locaux, les maladies professionnelles, etc.

On peut souligner qu'une certaine éducation des comportements notamment sexuels a été débutée par les médecins lors de la seconde moitié du XIX^e siècle avec leurs intrusions dans l'habitat des particuliers pour lutter contre le mal vénérien en définissant des normes au comportement sexuel.

Ainsi notamment renforcée avec l'ère Pasteurienne on voit se dessiner à l'horizon à côté de la classique médecine curative la notion de médecine préventive avec l'éducation sanitaire à la clef. Cette ère scientifique renforce le pouvoir médical en augmentant le prestige de celui-ci avec une médecine plus efficace.

Le personnage d'Emile Zola dans son roman « Le docteur Pascal » paru en 1893, incorpore parfaitement cette conception du médecin au service de la science et représentant d'un triomphalisme médical, convaincu d'atteindre une « cité future de perfection et de félicité » en « assurant la santé à tous ».¹⁶

Certains auteurs dont Jules Romains craignent d'éventuelles dérives d'une prévention trop autoritaire issue d'une médicalisation de notre société. La pièce de Jules Romains, « le docteur Knock » parue en 1923 en propose une vision assez critique.⁷

L'arrogance et les excès de la science officielle est également décrite de façon très provocatrice dans « Les Morticoles » de Léon Daudet paru en 1894.²¹

De nos jours il persiste toujours cette notion de capital santé à préserver en évitant entre autres des pratiques et usages nocifs pour la santé.

Pour surveiller l'état de santé de la population française entière ainsi que son évolution et alerter les pouvoirs publics si nécessaire, a été mise en place en 1992 l'institut de veille sanitaire qui succède au réseau national de santé publique. Elle a comme but de rassembler, d'analyser et de traiter les données et le cas échéant de pratiquer des enquêtes sur le terrain. Un exemple de cette action sur le terrain en pleine brousse nous est donné par les militaires qui nous ont montré une capacité étonnamment efficace de traiter et maîtriser certaines

²⁰ de Balzac Honoré, *Le Médecin de campagne*, édition Pocket, 1994

²¹ Daudet, Léon, *Les morticoles*, P. Editions Valère, 1939

épidémies surtout en Afrique. Citons-en quelques unes comme : la filariose, le paludisme, la fièvre jaune, la maladie du sommeil. L'action sur le terrain comprend des missions d'éducation surtout en matière d'hygiène avec mis en place de latrines, entretien de puits et la prise de précautions à l'encontre du péril fécal.

La aussi les médecins de campagne sont en première ligne au contact direct avec la population cible.

Sur base du volontariat ceux-ci peuvent être amenés à participer à des études épidémiologiques voire adhérer au réseau sentinelle pour suivre l'évolution d'une épidémie de grippe par exemple.

En campagne contrairement à la ville ou différents intervenants peuvent être interpellés, c'est le médecin de campagne qui est le premier et souvent le seul maillon de la chaîne du système sanitaire présent auprès du malade.

Citons encore l'AFSSAPS (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) qui succède à l'Agence du médicament pour contrôler ceux-ci avec une rigueur scientifique et indépendante.

Parallèlement l'AFSSA (agence française de sécurité des aliments) évalue les risques sanitaires et nutritionnels.

c) La médecine préventive

Au cours de la première moitié du XX^e siècle, les médecins de campagne sont activement investis dans le dépistage et la prévention du cancer. Des brochures, articles et interventions publiques sous formes de conférences itinérantes voient le jour pour éduquer la population dans ce domaine.

L'entre deux guerres est surtout marquée par des actions de lutte de prévention contre la syphilis et autres maladies vénériennes.

La médecine scolaire préventive universitaire voit ses débuts entre 1930 et 1940 et devient systématique et obligatoire après la deuxième guerre mondiale. En 1949 est créé l'Inspection de la Santé qui définit la mission des médecins inspecteurs de la Santé.

Deux exemples qui sont toujours d'actualité méritent d'être soulignés, la lutte contre l'alcoolisme et contre le tabagisme.

Déjà au dernier tiers du XIX^e siècle, l'alcoolisme est considéré comme un fléau social et une ligue nationale contre l'alcoolisme est créée en 1905. En 1916 il sera interdit de consommer de

l'absinthe et ce n'est que le 9 juillet 1970 qu'un taux d'alcoolémie limite est défini pour les conducteurs. La loi du 12 juillet 1979 autorise la dépistage de l'imprégnation éthylique d'un conducteur même en l'absence d'infraction et en 1983 et 1986 on note un durcissement de la répression. En 1987 la publicité à la télévision pour des boissons alcoolisées est interdite et en 1991 cette interdiction sera étendue à d'autres secteurs.

La lutte contre le tabac quand à elle, voit ses débuts à la deuxième moitié du XIX^e siècle, avec la création d'une société française contre l'abus de tabac en 1869. Celle-ci restera néanmoins très isolée et n'aura pas grand impact sur la société de l'époque.

Vers 1970 on note la montée en flèche du mouvement anti-tabac avec des premières limitations de diffusion de la publicité en 1976 avec la très médiatique « loi Veil ». Cette loi interdit notamment la distribution gratuite de tabac, impose l'inscription « abus dangereux pour la santé » sur les paquets de cigarettes, interdit la consommation de tabac dans certains lieux publics et oblige une certaine information sur la tabac dans les écoles et l'armée. Les traitements de substitutions seront considérés comme des médicaments.

La loi Evin de 1991 étend l'interdiction de la consommation de tabac à tous les lieux publics, et précise l'inscription sur les paquets en « abus dangereux, nuit gravement à la santé ».

Toutes ces mesures entrent dans le cadre de la prévention primaire et ont comme cible notre comportement de tous les jours.

Au niveau rural, la prévention concerne surtout les maladies infectieuses comme la brucellose, la maladie du poumon de fermier et éventuellement les toxi-infections alimentaires communes.

Du à ses activités, le médecin est vite devenu un intervenant important en matière de santé publique.

2. Le médecin de campagne, un intervenant important en matière de santé publique

Le médecin de campagne désireux de s'engager pour des projets qui lui tiennent à coeur a énormément influencé l'évolution dans le domaine de l'hygiène, de la prévention et de l'éducation sanitaire sans pour autant avoir obligatoirement été élu par le peuple.

Notons que pendant la troisième République les soucis de l'enfance avec la création de crèches, prolifération des vaccins et scolarisation correcte étaient au centre des préoccupations

des médecins. Tout comme la santé publique avec les travaux sur la voirie et l'eau en général, le médecin de campagne homme politique mais non obligatoirement élu s'intéresse aussi à promouvoir l'économie locale avec l'assainissement des marchés, mise en place des bureaux de poste, des quais, d'une caisse d'épargne ... etc.

Il faudra attendre la décentralisation de 1981, entreprise par la gauche et ayant comme tête de file Gaston Deferre ancien maire de Marseille, pour voir augmenter de façon importante la charge de travail des élus locaux. Cet élément couplé à la chute de la démographie rurale explique en partie pourquoi il y a de moins en moins de médecins ruraux intéressés par la politique.

Dans l'exercice de son métier, le médecin de campagne est en contact direct avec la population locale. Ainsi, il retrouve face à la société et vit comme personne d'autre, les évolutions de la société.

3. Influence sur le milieu agronomique

Les médecins de campagnes sont souvent propriétaires fonciers et ont des connaissances dans différents domaines comme les sciences naturelles et l'hygiénisme utilitariste. De part leur expérience et actions sur le terrain, ils contribuent à promouvoir l'agriculture et ceci aussi bien sur le plan de la qualité que de la quantité. Par exemple, dans le pays de la Lamballe à la fin du XVIII^e, début du XIX^e siècle, un certain docteur Lavergne (1756-1731) développe et améliore la culture de la pomme de terre, propose un programme de défrichage des terres et se lance comme pépiniériste. Le docteur Emmanuel Louis Blanche (1824-1908) en Seine inférieure, se consacre à l'étude des épidémies végétales, aux domaines des animaux nuisibles et utiles. D'autres se consacrent à l'étude du phylloxéra, l'élaboration du cidre, du vin, et de l'élevage des chevaux de course.

Sous la troisième République, l'influence des médecins de campagne ira même jusqu'à la nomination de certains d'entre eux à la présidence du comité agricole qui est la première étape vers le conseil général ou le sénat.

3. Le médecin de campagne face à la société

3. Le médecin de campagne face à la société

L'étude historique du métier de médecin de campagne fait ressortir que le médecin de campagne doit s'adapter aux évolutions sociologiques (A) ainsi qu'aux évolutions du monde rural lui-même (B) :

A. Les évolutions sociologiques

De par la nature noble de son métier, le médecin de campagne a toujours été envié (1). Confronté chaque jour à des patients malheureux, il apprend rapidement le tact et la délicatesse en relations humaines et devient de par là, un maître en relations humaines (2). L'évolution sociologique frappe non seulement la population, mais encore le métier de médecin lui-même : ce phénomène se traduit par une féminisation de la profession (3) et l'importance croissante des loisirs aux yeux des médecins (4).

1. Un personnage envié

A la fin de l'empire, le corps médical avait gagné en maturité et sa position dans la vie sociale se trouvait affirmé. La restauration qui s'ensuit ne va pas changer grand-chose à cet état de fait.

Le corps médical prend place au XIX^e siècle parmi une certaine élite qui force certes l'admiration et le respect mais aussi l'envie et la jalousie. Or cette jalousie et cette méfiance ne se retrouvent presque pas en milieu rural où forcément le contact quotidien entre les habitants du village et le praticien noue des relations souvent étroites. En ville, surtout les villes universitaires, et depuis que le médecin existe, au travers des différents ages de notre histoire, il y a toujours eu des caricaturistes, des critiques négatives se moquant des médecins et de leur richesse qui découle de la misère des autres. Citons à titre d'exemple quelques critiques cyniques, méchants et féroces tel Honoré Daumier qui lui dirige non seulement ses accusations contre le corps médical mais aussi contre la classe politique de même que Gavarini, dépressif et méfiant envers les médecins ainsi que Granville, caricaturiste à outrance aimant représenter les médecins par des animaux. La cerise sur le gâteau revient à Louis Huart, rédacteur en chef de Charivari grand journal satirique qui disait en 1861 : « un homme vêtu de noir mettant des drogues qu'il ne connaît guère dans un corps qu'il ne connaît pas. »

On ne s'imagine point quels merveilleux procès ces citations auraient pu déclencher de nos jours.

Le XIX^e siècle peut être résumé ainsi : « prestige, admiration dévote, richesse, ils avaient tout conquis, et, en plus, tenaient enfin ce que personne ne pouvait leur disputer, une science qui prenait son essor.²² Cependant la plupart des médecins ont connus des débuts difficiles avec des études dès fois interrompues, précarité pécuniaire et difficultés d'accès aux postes prestigieux.

Cette relance de la profession médicale peut être retrouvée au travers de l'Europe toute entière.

Malgré cela, l'espoir mis dans les médecins était limité par leurs moyens d'investigation et des traitements qui restent rudimentaires. On assiste malgré tout à une sacralisation de la médecine bien décrite par Duhamel : « cette foi en la médecine et en ses représentants rend d'autant mieux l'allure d'une religion qu'elle semble digne de supplanter la foi chrétienne ébranlée par les coups révolutionnaires ».

Peut-on déjà parler d'une naissance d'une mentalité laïque avec l'adulation des médecins par la population qu'on peut comparer à une nouvelle foi pouvant se passer de Dieu celui-ci étant devenu inutile devant les progrès de la science ?

2. Un maître en relations publiques

Les médecins de campagne n'ont que des louanges et compliments à la bouche envers les agriculteurs, viticulteurs et autres nourriciers de la patrie pour lesquels ils ont un profond respect. C'est loin d'être le cas pour les médecins des villes et surtout de Paris qui ne ressentent que du dégoût et du mépris vis-à-vis de cette population. Cependant, les gens du peuple ne sont pas toujours aimables envers ces médecins surtout au début de leur carrière où on leur fait le reproche qu'un jeune médecin fait les cimetières bossus. Des remarques comme « dieu guérit et le médecin encaisse » ne sont pas rares à entendre et il faut prendre ces réflexions avec humour.

La relation avec le châtelain était primordiale puisque souvent le médecin figurait comme confident. Avoir un châtelain comme patient était bien vu et surtout très bon pour les comptes. Les nobles payaient les médecins également pour les soins donnés aux domestiques, bergers, garde-chasse, métayers ainsi qu'à leur famille. En plus, on était invité une fois par an à la

chasse car heureusement le médecin était aussi un homme de cheval. Ainsi pouvait s'ouvrir au médecin, la possibilité d'avoir des contacts avec la haute bourgeoisie sans pour autant obligatoirement en faire partie.

Un médecin de campagne nouait également des contacts très étroits avec la bourgeoisie locale représentée par l'officier de garnison, le magistrat, les avocats, le notaire, le professeur ainsi que le fonctionnaire des impôts et le pharmacien. L'officier de santé quand à lui ne fréquentait que les catégories sociales modestes comme les artisans et les boutiquiers. Régulièrement il était invité ou invitait ces personnes à boire une tasse de thé. Ainsi, on voit se créer un réseau d'influence surtout avec trois milieux différents que sont les hommes politiques, les maîtres d'écoles et le milieu ecclésiastique avec lequel en particulier les chemins ont tendance à souvent se croiser au chevet des patients. Curé et médecin sont complices et il existe une tolérance mutuelle d'autant que l'épouse du médecin de campagne est souvent en relation avec les membres de la paroisse locale. Ceci est très bien illustré dans les deux romans de Balzac, « le curé du village »²³ et « le médecin de campagne »²⁰.

Les hommes de droit ont souvent des liens de famille avec les médecins ruraux ou bien sont des connaissances de collège voire des amitiés de salon. Dans les affaires juridiques de responsabilité ou de secret médical, leurs chemins se croisaient de plus en plus. Sous l'impulsion de l'AGMF, les médecins ont toujours plus souvent recours à des conseillers juridiques pour faire des démarches contre les charlatans, les escrocs et ceux qui pratiquent l'exercice illégal de la médecine.

Les maîtres d'école sont des personnages de second ordre et donc plus du niveau de l'officier de santé. Le docteur fréquentait habituellement les professeurs de lycée avec lesquels il siège souvent dans les commissions d'éducation populaire respectivement les cercles de la ligue de l'enseignement et les sociétés de gymnastique. Intervenant dans les écoles et lycées, le médecin de campagne à aussi comme rôle d'éduquer les jeunes générations en matière d'hygiène et de vérifier et pratiquer le cas échéant les vaccinations.

Les boutiquiers et les artisans pouvaient faire la fortune comme la misère d'un médecin de campagne avec leurs avis et influence sur la population générale. N'oublions pas qu'il existe des contrôles réguliers effectués par la police sanitaire, contrôles assez impopulaires mais

²² Pierre Duhamel, *Histoire des médecins français*, éditions Plon, 1993

²³ Honoré de Balzac, *Le curé du Village*, éditions Flammarion, 1952

nécessaires. Le médecin pouvait aussi constater la présence de produits ou substances toxiques ou dangereuses par exemples à base de plomb chez certains corps de métiers et dans l'industrie. On voit ici une ébauche de ce qui va plus tard être la médecine du travail. N'ayant qu'un rôle consultatif dans ce domaine, le pouvoir du médecin est assez limité.

La relation avec les ouvriers est un peu plus complexe et débute avec une méfiance réciproque. Les ouvriers ne sont pas des patients habituels puisqu'ils ne payent pas toujours régulièrement. Souvent, c'est le patron paternaliste qui paye le médecin pour les soins prodigués à ses ouvriers. Puis, avec la deuxième moitié du XIX^e siècle, on voit apparaître les sociétés de secours avec des propositions de tarification forfaitaire pour leurs cotisants. Sous la pressions des syndicats des différents corps de métiers des ouvriers et des mutuelles, le médecin devra constater un accident du travail, prodiguer les soins nécessaires et constater également la guérison. Les tarifs d'honoraire pour les consultations des ouvriers ne font pas la richesse des médecins qui doivent avoir une clientèle privée en parallèles ou occuper d'autres postes rémunérés.

Souvent les jeunes médecins essayent leur art au début de leur carrière dans les faubourgs des zones industrialisées comme le décrit Emile Zola dans « le docteur Pascal » qui expérimente ses traitements sur la classe ouvrière des banlieues.¹⁶

Le médecins de campagne doit jouer un rôle d'intermédiaire éclairé quand on accuse les ouvriers de propager voire d'être à l'origine de certaines épidémies, de maladies vénériennes ou la propagation de poux. Certains médecins ont même dénoncé les injustices et les conditions de travaux déplorables par des articles dans les annales d'hygiène publique. C'étaient surtout des médecins des épidémies ou appartenants aux conseils d'hygiène. Citons quelques-uns de ces défenseurs paternalistes comme Scoutetten à Metz, Fodéré à Strasbourg et Bonany et Bertin à Nantes. Ils réclament une législation du travail avec la création de logements sociaux et une scolarisation obligatoire du peuple et on les retrouvent souvent à la tête d'oeuvres philanthropiques comme le patronage d'apprentis, la société de solidarité et de prophylaxie, les écoles mutuelles gratuites et la ligue contre la tuberculose qui sera créée en 1889 par le docteur Armaingaud de Bordeaux. Ces médecins vont gagner la confiance de la classe ouvrière mais jamais ils ne diffuseront des idées révolutionnaires, au contraire, ils oeuvrent toujours pour une collaboration des classes. Vers la fin du XIX^e siècles on était arrivé à un stade où les médecins étaient devenus des médiateurs sociaux grâce à leur position intermédiaire entre les nantis et les déshérités.

A partir de 1850, le médecin surtout de campagne dispose d'un prestige et d'une reconnaissance populaire énorme. Il faut dire que dans certaines régions, des témoignages

chaleureux de tout le village à son praticien décédé ne sont pas chose rare. Des rues, places, squares portent même son nom.

On peut dire que le médecin de campagne adopte un mode de vie bourgeois tout en ayant des goûts simples, des habitudes économes et honnêtes dans un cadre de vie essentiellement familial. Il doit en plus être très présent et disponible car indispensable.

Avec l'urbanisation, son prestige s'effrite lentement mais sûrement. Toutefois, les qualités humaines gardent une importance certaine en zone rurale.

Avec leurs connaissances en relations publiques, beaucoup de médecins ruraux cherchent leur chemin dans la politique.

Le médecin, notable de sa commune, au courant des différentes discussions du moment, se voit quelques fois proposer un siège à la mairie ou au conseil général. Rare sont ceux qui abandonnent complètement la médecine pour la politique régionale ou nationale. Notons qu'il y aura 102 médecins-conseillers généraux en 1840 et 200 en 1870. Tout succès entraîne inexorablement des contestataires qu'on retrouve parmi des malades insatisfaits, des sceptiques, des religieux attaqués dans leur foi par leur médecin souvent anti-clérical.

On retrouve 52 médecins dans la constituante de 1848 et 42 médecins dans la législative de 1849.

Notons la présence de 8 à 12 % de médecins-députés entre 1876 et 1902, 92 médecins-sénateurs de 1876 à 1903 et 41 médecins-ministres de 1871 à 1958.

Nommons à titre d'exemple des médecins président du Conseil comme le docteur Combes de 1902 à 1905 et le docteur Clemenceau de 1906 à 1909.

Il est aisé de s'imaginer l'influence des médecins en politique surtout pour ce qui touche à la santé publique. Ceci est vrai surtout au cours de la 3^e, 4^e et puis la 5^e République où il existe différents portefeuilles que seulement celui de la Santé. Citons par exemples Bernard Pons, Michèle Barzach, Philippe Douste-Blazy, Bernard Kouchner et Dominique Voynet.

D'après une enquête menée sur l'évolution, au cours de plusieurs décennies, des carrières et de la vie professionnelle des médecins français nés entre 1897 à 1930⁵, 5424 médecins ont répondu sur 16 918 demandés et voici les résultats concernant les modes d'exercice et mandats publics (1930 à 1980) :

	Généralistes	Spécialistes libéral	Hospitaliers	Total
Gauche	22,8 %	9,8 %	27,4 %	18,7 %
Écologiste	6,5 %	3,3 %	3,9 %	4,7 %
Droite	70,6 %	86,9 %	68,6 %	76,8 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Qui sont ces élus ? Comme pour les représentants de la profession et de l'élite précédemment analysés, nous avons cherché à savoir à quels segments professionnels les édiles appartenaient. Le croisement avec les modes d'exercice distingués par la classification ascendante hiérarchique donne le tableau suivant :

	N	Conseiller général	Maire	Député
Généraliste	1 804	63	140	13
Salarié	905	10	36	8
Spécialiste	918	15	30	6
Clinique	292	2	4	0
Hospitalier	667	10	26	6
Généraliste diversifié	344	0	4	2
Spécialiste diversifié	494	8	7	4
Total	5 424	108	247	39

On voit que pour les conseillers généraux et maires on recrute surtout parmi les généralistes, quand aux conseillers municipaux et maires, ce sont surtout des généralistes dans plus de trois quarts des cas, des spécialistes pour 12,1 % des cas et les autres 10,6 % déclinent une double activité. La part des généralistes est ainsi impressionnante.

3. La féminisation de la profession

La révolution ne donna qu'une égalité théorique des sexes et des religions quant à l'accès aux universités et aux facultés. C'est en 1868 que quatre dames avec le baccalauréat en poche demandent à s'inscrire à la faculté de médecine de Paris. Le Conseil des Ministres présidé par l'impératrice tranche en faveur des candidates. Ceci engendra une polémique féroce et cruelle, pavée de nombreuses âneries émanant d'illustres professeurs irrités par l'intrusion du sexe féminin dans le cercle fermé des médecins. La première française docteur en médecine fût Madeleine BRIS en 1875. Pour la première fois en 1884 une femme, Mademoiselle EDWARDS, ose se présenter au concours de l'internat. Les réactions furent fortes. Le grand

gynécologue de l'époque, Pozzi, disait même qu'on ne pouvait « confier cette responsabilité à un être qui, par sa nature même, est soumis à des éclipses passagères de son jugement et de sa volonté. » et qu'il ne pouvait concevoir une femme manipulant le sexe d'un homme.

Sachant quand même que les réticences envers les femmes médecins étaient encore plus grandes en milieu rural qu'en ville. En effet, traditionnellement, une femme doit devenir une bonne épouse et mettre au monde des enfants. Travailler était déjà mal vu en campagne, alors imaginons-nous les réactions quand une femme s'installe comme médecin.

Le grand professeur Fiessinger disait : « la femme médecin est une de ces herbes folles qui ont envahis la flore de la société moderne. Très innocemment, elle s'est imaginée qu'ouvrir des livres et disséquer des cadavres allait lui créer un nouveau cerveau. » Il faudra attendre 1890 pour voir une interne titulaire française, Mademoiselle Francillon, Mademoiselle Edwards n'ayant reçue qu'un titre provisoire.

La féminisation se poursuit au XX^e siècle avec 22,7 % en 1980 ; 30,4 % en 1990 ; 36 % en 1997 et 49 % pour les inscrits au cours de l'année 1997.¹⁸ En 2002, les femmes représentent un peu moins de 37 % des médecins actifs.

Cette population est quasi identique chez les spécialistes (37 %) et les généralistes (35,8 %). Les femmes sont majoritaires à 56 % chez les moins de 35 ans et il y a parité pour les moins de 40 ans. Elles s'orientent principalement vers la médecine générale depuis une dizaine d'années. Dans la tranche d'âge « 34 ans et moins », 31 % des femmes sont généralistes. Le taux de féminisation par région présente des écarts relativement sensibles. Les régions Ile-de-France (42,8%) et Rhône-Alpes (38,5%) sont au-dessus de la moyenne nationale (36,4%) alors que la Corse reste sous le seuil des 30 %.²⁴

Mais les femmes sont toujours très minoritaires au sommet de la hiérarchie hospitalo-universitaire.

²⁴ Mission « Démographie des professions de santé » Novembre 2002, Professeur Yvon Berland

4. Les loisirs et leur place grandissante

Les loisirs des médecins de campagnes étaient assez variés. Les uns très intéressés par les sciences naturelles s'adonnaient pendant leur temps libre à l'agriculture, l'horticulture et l'ostréiculture. Certains cultivaient même un jardin botanique, étaient engagés dans des musées municipaux, passionnés de zoologie et de géologie mais également passionnés de chasse. Un exemple d'un médecin naturaliste est celui du docteur Alexandre Bautier, député-maire de Dieppe en 1848. D'autres se tournaient vers l'histoire avec ses bibliographies, ses épidémiologies, les hôpitaux du Moyen-Âge. Quelques médecins érudits étaient passionnés d'archéologie et d'ethnographie et de démographie historique.

Les médecins du XIX^e siècles ne partaient quasiment jamais en vacances car c'était pour eux une perte de clients. En moyenne à la fin du XIX^e siècle, on partait un mois sur une durée effective de deux années de travail, pas plus. Partir pour plus longtemps était chose impensable notamment pour les récoltants qui devaient être présents au moment de la récolte. Pour les longues distances, certains profitaient des réductions offertes par la compagnie des chemins de fer à ceux qui soignaient leurs ouvriers. C'était une occasion pour visiter Paris.

En campagne on peut souvent rencontrer le médecin pendant ces temps libres à jouer au billard, présider le comité hippique, pratiquer lui-même l'équitation, faire des excursions en famille, participer à des soirées de danse et aller à la kermesse avec sa famille.

Charles Bovary, officier de santé, fréquentait les cabarets, il manquait les cours, mais il n'avait au demeurant d'autre passion que celle de jouer aux dominos.¹

D'après une enquête menée sur l'évolution, au cours de plusieurs décennies, des carrières et de la vie professionnelle des médecins français nés entre 1897 à 1930 et exerçant de 1930 à 1980, les jeunes médecins installés se consacrent surtout aux visites nocturnes et aux urgences du dimanche, celles-ci étant moins revendiquées par leurs confrères déjà installés. 41 % des médecins prétendent ne pas se réserver une seule journée de libre par semaine. Face à un appel de nuit, ou lors d'un jour de repos, 81 % des praticiens répondent présent et se déplacent dans tous les cas. Cette proportion décroît cependant au fil du temps et les plus jeunes trient plus souvent les cas qu'ils acceptent alors de voir (17,5 %). Le tour de garde était une procédure relativement nouvelle et 40 % des médecins prétendent n'y avoir jamais participé. (en fait 55 % des plus anciens et 30 % des plus jeunes). Classiquement, tout le monde assurait ses urgences soi-même et entre médecin existait une concurrence plutôt sournoise.

Entre 1930 et 1980, 53,6 % des médecins prennent des vacances régulièrement contre 34 % irrégulièrement. 12,4 % n'en prennent jamais durant leurs premières années. L'appel à un remplaçant est peu fréquent. 32 % le faisait systématiquement, 25 % parfois et 43 % n'y avaient jamais recours.

A côté des évolutions sociologiques, le médecin de campagne se trouve exposé à l'évolution du milieu rural.

B. L'évolution du monde rural

L'évolution du monde rural est caractérisée par l'évolution de la démographie (1) qui elle a un impact majeur sur l'exercice de la médecine en milieu rural (2).

1. L'évolution de la démographie médicale

Au XVIII^e siècle, la répartition des médecins en France ne correspondait pas aux besoins objectifs de la population. Les raisons quand au choix de la région dans laquelle le médecin comptait s'installer variaient quand à la proximité d'une école ou faculté de médecine, selon les traditions familiales antérieures ou la répartition d'une certaine population aisée. Les départements industriels comme le Nord, Pas-de-Calais, Somme, Aisne, Oise, Seine inférieure, où la bourgeoisie aisée oriente ses fils vers les affaires, on retrouve plus d'officier de santé. Ceci est également vrai pour l'Ouest où une grande pauvreté fait obstacle à l'implantation des représentants du premier ordre. On voyait souvent des docteurs en médecine s'installer dans des régions agricoles ou viticoles assez pauvres puisque eux-mêmes étaient issus de ce milieu et certains mêmes propriétaires fonciers depuis des générations.

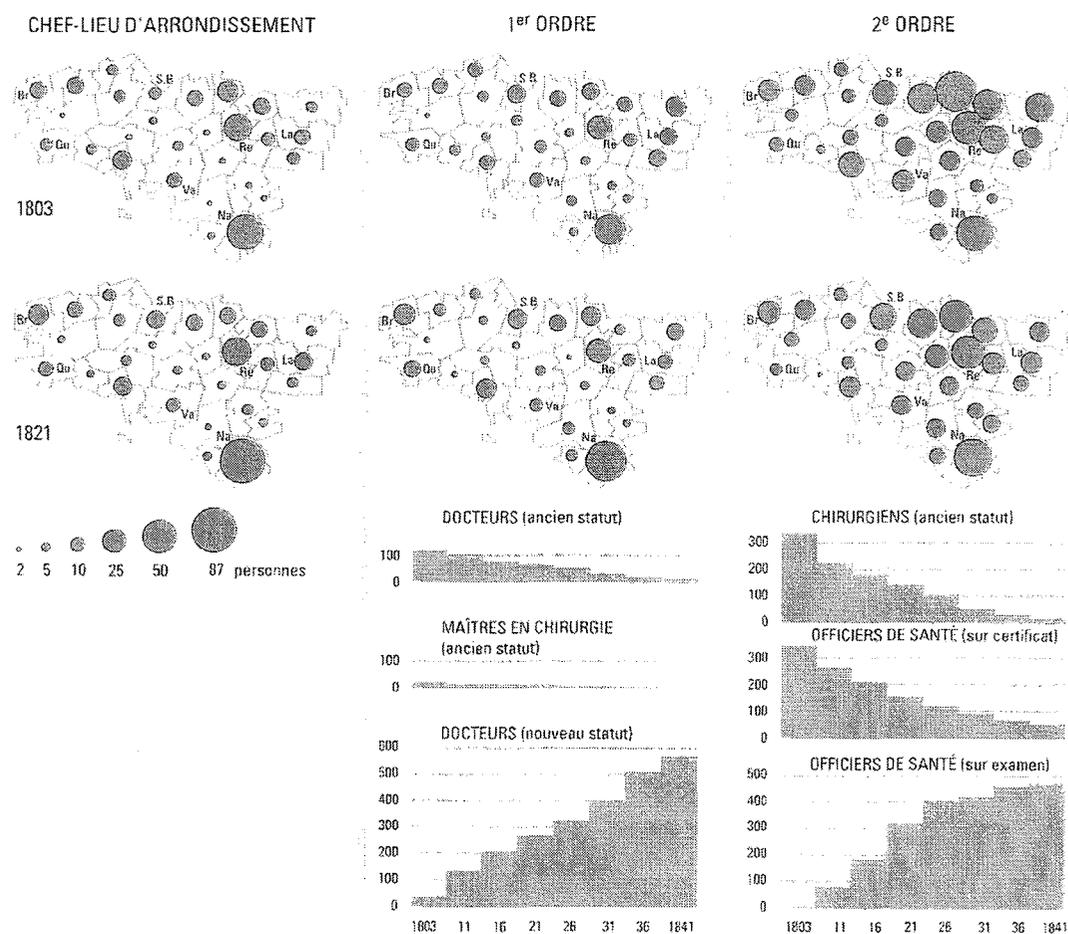
Ces médecins voyaient quelques patients par jour et encore de façon irrégulière et souvent ils avaient assez de temps libre pour s'occuper de leur ferme ou vignoble le cas échéant. Il se comprend aisément que les revenus médicaux étaient modestes mais le style de vie pouvait être agréable. Ce style de vie se retrouvait notamment dans l'Aveyron le Cantal et dans le Midi. Les grands propriétaires fonciers surtout du milieu agricole orientaient leurs fils vers les filières libérales dont faisaient partie les docteurs en médecine. Citons l'exemple encore assez

récent d'un professeur en médecine à Toulouse qui possédait quelques écuries et investissait une grande partie de son temps libre dans certaines activités agricoles.

Cette disparité entre représentants du premier et deuxième ordre est très bien visible dans l'Ouest entre 1803 et 1841. On voit également sur ces graphiques l'effectif de chaque profession de santé au fil du temps.

L'IMPLANTATION DU CORPS MÉDICAL, 1786-1841

OUEST, 1803-1841



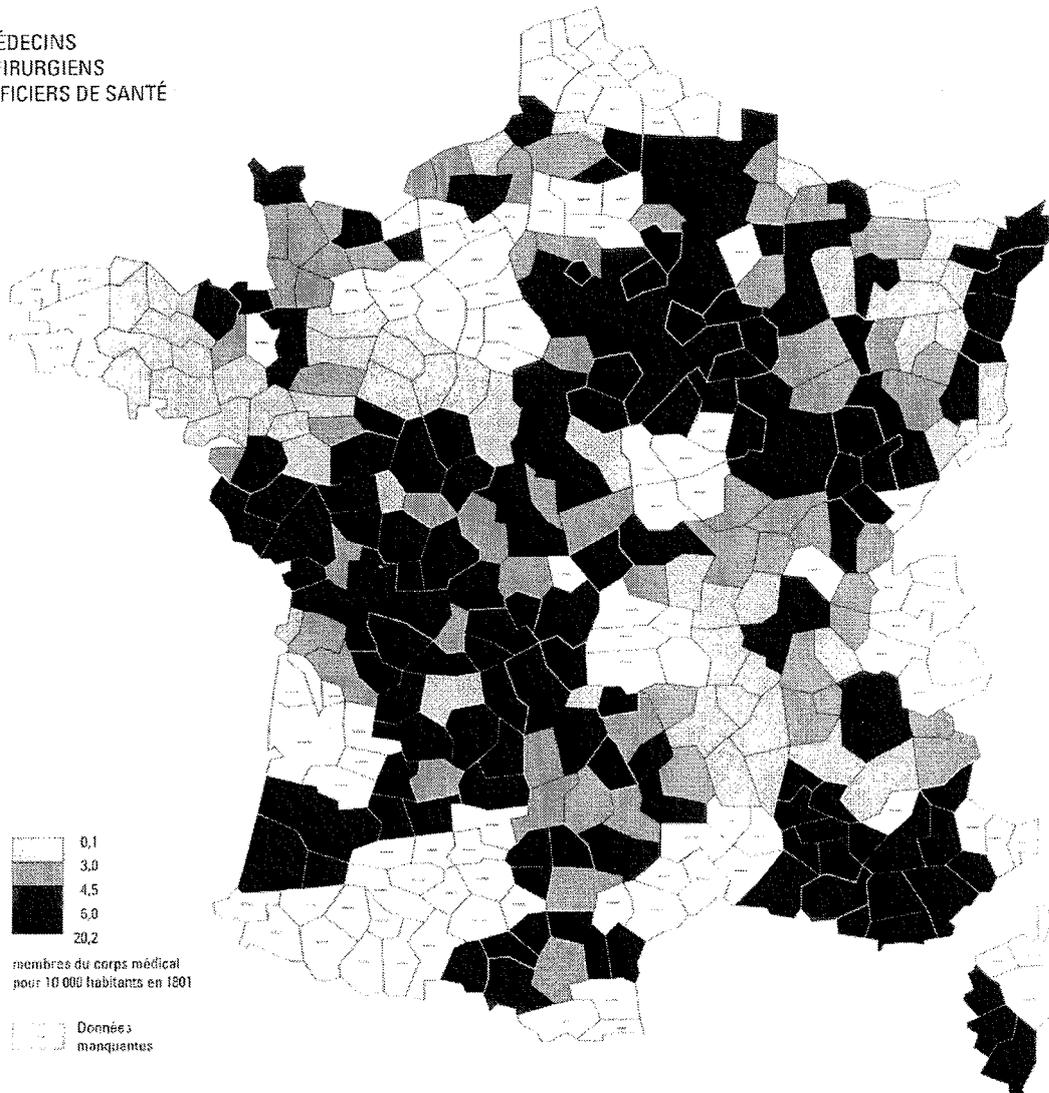
Jean Pierre Goubert et coll., *Atlas de la Révolution Française, Médecine et Santé*, Paris, 1993¹⁹

Vers 1805, le corps médical est représenté par les docteurs en médecine et chirurgie (ancien et nouveau régime) et les maîtres en chirurgie et officiers de santé. Voici le taux de médicalisation de la France par arrondissement (tout groupe confondu) vers 1805 :

LE CORPS MÉDICAL vers 1805

TAUX DE MÉDICALISATION par arrondissement

MÉDECINS
CHIRURGIENS
OFFICIERS DE SANTÉ



Jean Pierre Goubert et coll., *Atlas de la Révolution Française, Médecine et Santé*, Paris, 1993 ¹⁹

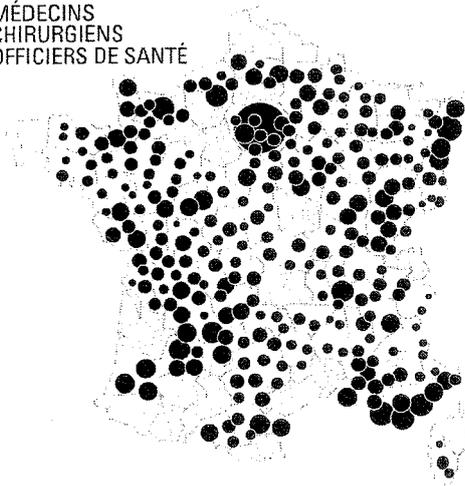
On retrouve cinq zones de « haute pression » médicale, à savoir l'Alsace, la Provence-Côte d'Azur (et en Corse), le Languedoc, le Sud-ouest et la Normandie. Les zones de basses pressions se situent dans l'Ouest breton, le Centre Ouest, la Lorraine et la bordure orientale du Massif Central qui sont des régions très reculées et pauvres.

Si on analyse la répartition des effectifs tout groupe confondu, puis groupe par groupe, on remarque que la structure du corps médical est caractérisée par la disparité des statuts et des

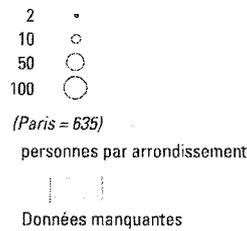
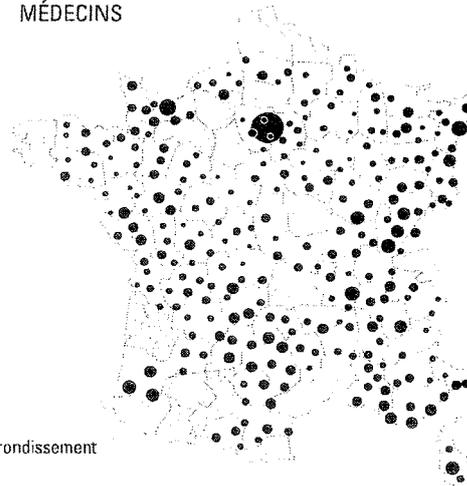
effectifs qui y correspondent. Les praticiens du premier groupe (docteur en médecine et en chirurgie, « anciens » et « nouveaux ») forment moins de 20 % du total (18,8%) et ceux du second (maîtres en chirurgie et officiers de santé) plus de 80 % (81,2 %), l'effectif des maîtres en chirurgie dépassant, comme cela est logique à la date considérée, encore largement (62 % du second groupe) les officiers de santé (38 % du second groupe), dont la « production démarre alors massivement.

RÉPARTITION DES EFFECTIFS

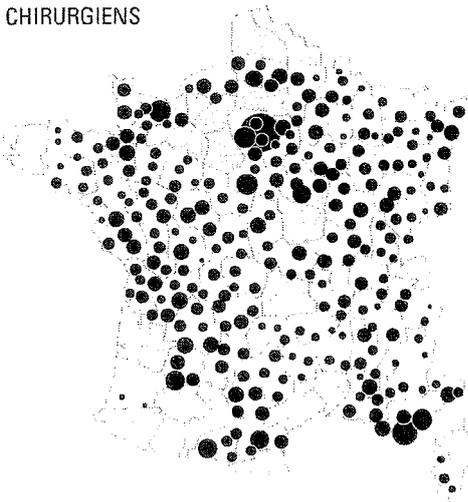
MÉDECINS
CHIRURGIENS
OFFICIERS DE SANTÉ



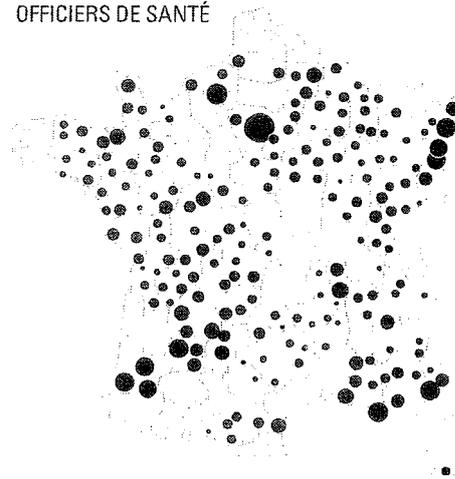
MÉDECINS



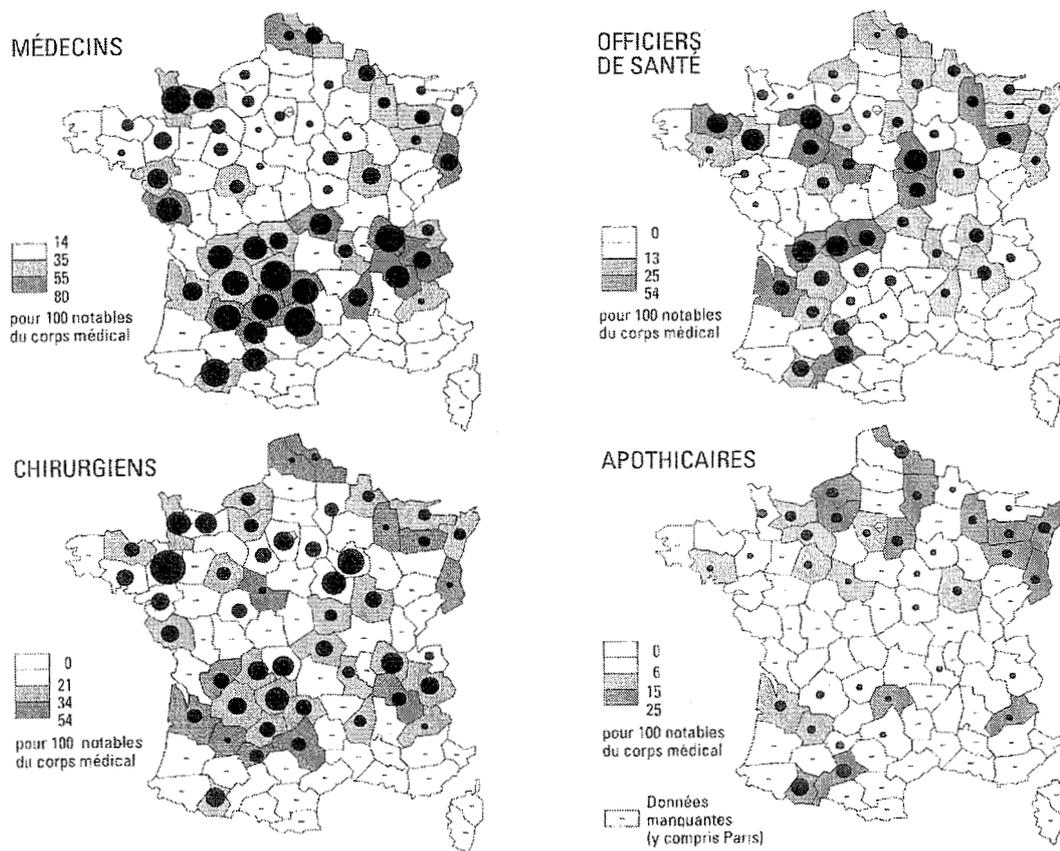
CHIRURGIENS



OFFICIERS DE SANTÉ



La répartition géographique des notables professionnels de santé en 1810 peut être résumée ainsi :



Jean Pierre Goubert et coll., *Atlas de la Révolution Française, Médecine et Santé*, Paris, 1993 ¹⁹

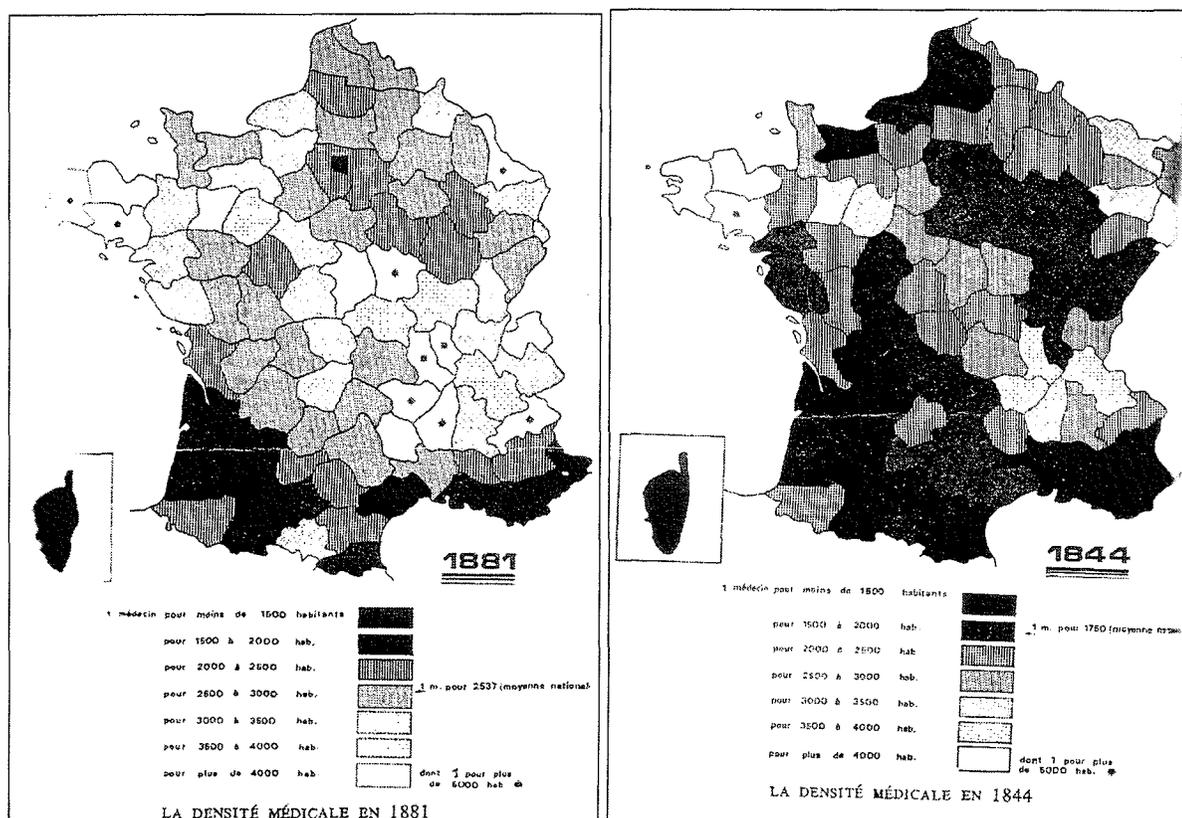
On note une absence de superposition dans cette répartition géographique des professionnels de santé sauf dans le secteur lyonnais. Les docteurs se retrouvent surtout en Haute Normandie, dans le secteur lyonnais et les bordures sud et est du Massif Central. Les officiers de santé et maîtres en chirurgie sont concentrés dans le Centre Ouest, la haute Bretagne, l'Yonne, l'Aube et le secteur lyonnais.

Lors dudit encombrement médical maximal vers 1844, on retrouve en moyenne un médecin pour 1750 habitants.

La pire démedicalisation se situe autour des années 1881 avec un médecin pour 2537 habitants. Le sud du pays, bien ensoleillé avec de nombreuses villes et des traditions municipales très actives attire depuis toujours de nombreux médecins. La démographie dans le bassin parisien est assez irrégulière tout au long du XIX^e siècle. La Normandie, la Picardie, le Nord, l'Ile-de-France, la Champagne et la Bourgogne qui ont été fortement peuplé

par les médecins durant la première moitié du XIX^e siècle ont vu leur nombre fortement diminuer par la suite.

La Bretagne a toujours été une région faiblement médicalisée en zone rurale à cause de la langue particulière, un niveau d'éducation très bas et d'une extrême pauvreté. La présence d'une influence religieuse très prononcée et hostile aux nouvelles techniques médicales et à leurs représentants ainsi qu'une forte imprégnation par une superstition très répandue rendait quasiment impossible l'établissement de médecins ruraux dans cette région de France. Très souvent, la disparité pécuniaire entre médecine de ville et médecine de campagne orientait tout naturellement le choix d'installation vers la cité. Contrairement aux régions purement agricoles, les agglomérations prospères de par une activité viticole et horticole attiraient les médecins beaucoup plus fortement. De 16000 médecins en 1895 on passe à 45000 en 1910, ils ont donc triplé. En effet, vers la fin du XIX^e siècle le nombre d'étudiants doublera en 10 ans pour arriver à 10 000 étudiants pour toute la France. Les causes peuvent être résumées par des avantages offerts aux étudiants, notamment pour ce qui est de contraintes militaires allégées, le prestige de la profession en elle-même et une relative certitude quant à des rentrées d'argent plus que correctes.

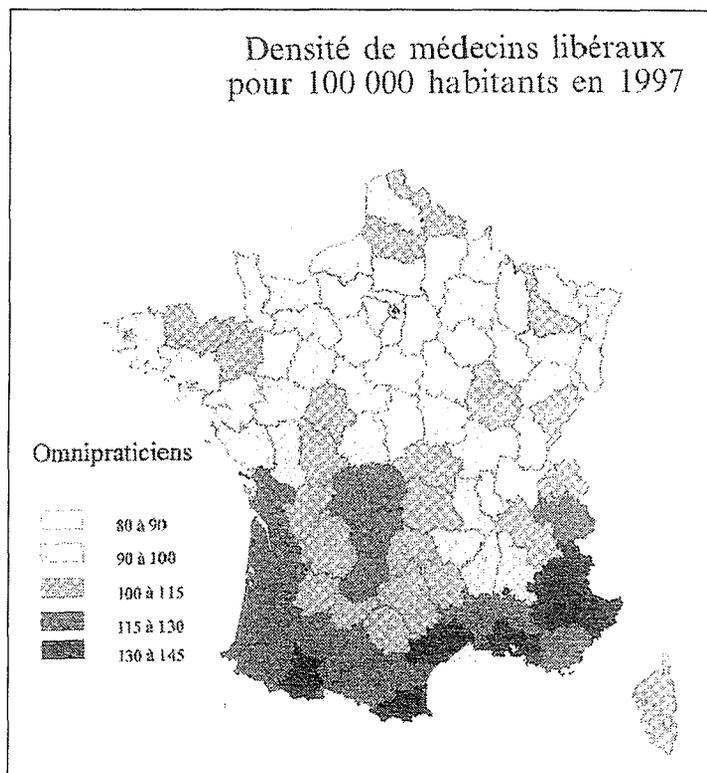


L'industrialisation poussée à outrance au cours du second empire ainsi que la première guerre mondiale laissent derrière eux une saignée démographique au niveau de la population générale et au niveau de la démographie médicale. On peut dire que ces deux éléments ont causé ou au moins accéléré le dépeuplement rural.

Cependant, l'ordonnance de 1946 relative à la Sécurité Sociale, qui s'inspire d'ailleurs largement du système de Bismarck auquel notre système de santé doit beaucoup, entraîne un effet régulateur sur le revenu médical qui rend la profession de médecin de campagne heureusement moins périlleuse.

Vers le milieu du XX^e siècle, on voit s'entamer une mouvance de dépeuplement des campagnes vers les grandes villes. Le médecin suivra bien évidemment les patients qui s'entassent dans les agglomérations. D'après une enquête menée sur l'évolution, au cours de plusieurs décennies, des carrières et de la vie professionnelle des médecins français nés entre 1897 à 1930⁵, 30 % des premières installations des médecins libéraux s'installent en milieu rural contre 63 % en milieu urbain et 7 % dans un milieu qu'ils décrivent comme mixte.

Vers 1997 la démographie médicale des omnipraticiens se résume de la façon suivante :¹⁹



Cette évolution de la démographie tant générale que médicale a un impact direct sur l'exercice de la médecine en milieu rural.

Selon le rapport de la commission « démographie médicale » présentée par le professeur Yvon Berland en 2005 la densité médicale en métropole est de 166 omnipraticiens pour 100000 habitants avec 173 spécialistes. Cette densité varie de manière significative selon les régions.

Effectifs et densité des médecins par région pour 100000 habitants :

Régions	Effectif total de médecins	Densité	Généralistes		Spécialistes	
			Effectif	Densité	Effectif	Densité
Alsace	6 188	345	2 961	166	3208	180
Aquitaine	10 597	354	5 071	169	5526	184
Auvergne	3 944	297	2 143	162	1801	136
Bourgogne	4 596	283	2 483	153	2113	130
Bretagne	9 213	308	4 877	156	4536	152
Centre	6 653	268	3 394	137	3259	131
Champagne-Ardenne	3 726	276	2 019	149	1707	126
Corse	943	353	492	184	451	169
Franche-Comté	3 316	292	1 749	154	1567	138
Ile-de-France	47 863	426	20 842	186	26821	240
Languedoc-Roussillon	9 051	377	4 455	186	4596	192
Limousin	2 405	338	1 292	180	1113	155
Lorraine	6 924	296	3 547	152	3377	144
Midi-Pyrénées	9 682	367	4 682	177	5000	189
Nord - Pas-de-Calais	11 895	293	6 611	163	5284	130
Basse-Normandie	3 979	275	2 028	140	1951	135
Haute-Normandie	4 876	270	2 511	139	2365	131
Pays de la Loire	9 226	278	4 817	145	4409	133
Picardie	4 826	256	2 670	142	2156	114
Poitou-Charentes	4 927	294	2 670	159	2257	135
Provence - Alpes - Côte d'Azur	19 475	417	9 045	194	10430	223
Rhône-Alpes	19 401	333	9 488	163	9913	170
France métropolitaine	203487	340	99647	166	103 840	173

Source : ADELI - estimations au 01 janvier 2004 - Insee

Classes	Dénominations	Densité d'omnipraticiens installés / 100 000 habitants (1)	Densité de nouveaux omnipraticiens / 100 000 habitants (2)	Rapport nouveaux / anciens (2 / 1) (%)
	Moyenne nationale	99,2	5,0	5,1
A	Villes moyennes ouvrières	84,7	4,8	5,7
B	Cantons urbains "défavorisés"	94,6	4,9	5,1
C	Métropoles régionales et villes importantes	134,2	6,7	5,0
D	Banlieues résidentielles	85,7	4,6	5,4
E	Cantons urbains favorisés	100,0	5,0	5,0
F	Rural isolé	91,5	4,0	4,4
G	Cantons ruraux avec artisanat	102,1	4,6	4,5
H	Cantons agricoles et ouvriers, plutôt "défavorisés"	70,7	3,6	5,0

Guide de lecture : les cantons ont été classés en 8 catégories en fonction de leurs caractéristiques socio-économiques et d'urbanisation. On voit que le ratio « nouveaux installés de 1998 à 2001 : médecins en exercice » est défavorable dans les cantons ruraux.

L'offre de proximité, surtout en zone rurale est difficile à maintenir. La baisse globale des effectifs en est moins la cause que les évolutions démographiques et sociologiques de la

profession comme par exemple les critères familiaux, les conditions de travail et la forme de travail envisagée.

2. L'impact de l'évolution du monde rural sur l'exercice de la médecine en milieu rural

L'évolution démographique impacte notamment la prise en charge de l'urgence (a), de la gériatrie (b) et de la fin de vie (c) en milieu rural.

a) L'urgence en milieu rural

Le premier vrai secours médicalisé d'urgence voit le jour en France en 1950 avec les ambulances de la ville de Paris rattachées à l'assistance publique avec les trois internes de garde des grands hôpitaux à savoir celui de médecine, de chirurgie et de maternité, mais il n'existe encore rien d'institutionnalisé en campagne.

En 1956, le professeur Cora crée à l'hôpital Necker le Service mobile de réanimation, ancêtre du SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) qui lui est fondé en 1972.

En parallèle le SAMU (Service d'aide médicale d'urgence) voit le jour qui est chargé de réguler les urgences.

Des organismes privés comme SOS Médecin voient le jour et avec le formidable outil qu'est le téléphone et surtout le téléphone portable, ces structures peuvent à tout moment être mises en routes par un appel du médecin de campagne face à une urgence même en milieu reculé.

On retrouve une certaine tendance à déléguer qu'on retrouve en milieu urbain qui n'existe pas tellement en zone rurale.

Cependant la délégation d'actes vers d'autres acteurs du système de santé est une nécessité pour assurer une continuité correcte dans l'offre de soins en campagne.

b) Le cas de la gériatrie

L'allongement de la durée de vie est un problème majeur de notre société avec son aspect particulier qui touche aux domaines sanitaire, économique et éthique. Plus le temps passe et plus on devient vieux. Il faut savoir que la vieillesse n'est pas une maladie, mais qu'elle favorise des troubles pathologiques notamment dégénératifs. C'est la gériatrie qui est une

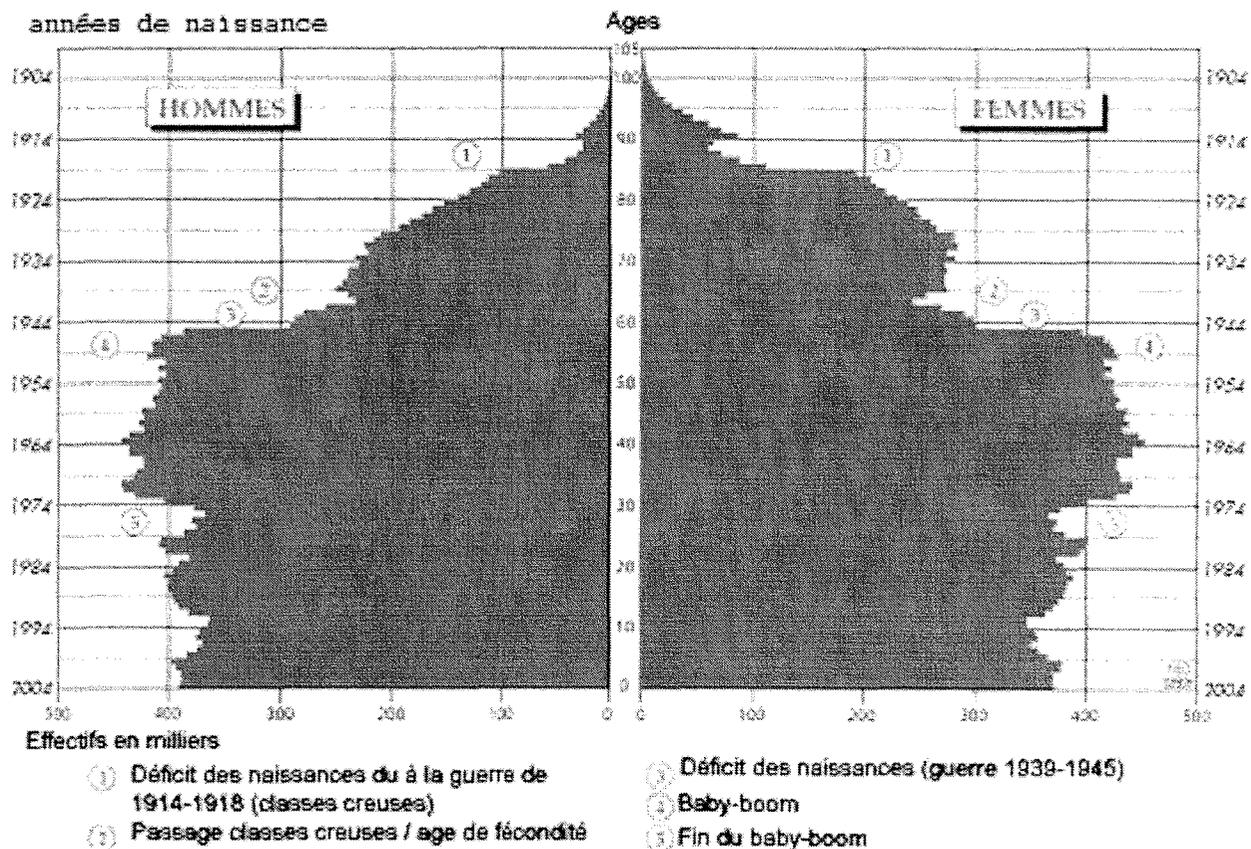
spécialité médicale qui traite la pathologie des sujets âgés. La gérontologie étudie quand à elle les différents aspects de la sénescence.

On note un explosion démographique en Europe au XVIII^e et XIX^e siècle avec une augmentation de la longévité. Ces 40 dernières années, le nombre de centenaires a quasiment décuplé.¹⁸

Parallèlement, un fait nouveau et inquiétant va petit à petit changer le rôle du médecin qui voit augmenter la masse des personnes âgées et diminuer le nombre de naissances. L'inversion de la pyramide des âges va-t-elle changer le quotidien des médecins ?²⁵

POPULATION DE LA FRANCE

Evaluation provisoire au 1er janvier 2005



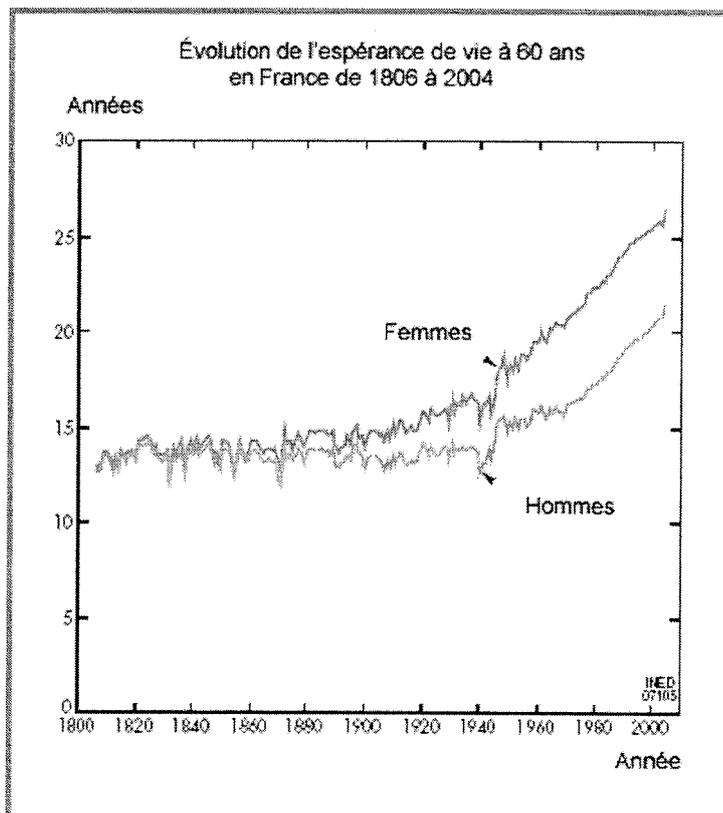
On voit surgir de nombreuses maisons de retraite, mais les futurs pensionnaires souhaitent rester de plus en plus chez eux. La médecine moderne pourra rendre ceci possible. On assiste

²⁵ Population et société, No :410, mars 2004, Bulletin mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques, sources INSEE

à un rôle grandissant du médecin de campagne dans les moments de fin de vie. Cette surmédicalisation en fin de vie prête à discussion notamment si l'on considère que ces derniers moments d'une vie humaine appartenaient traditionnellement au domaine du curé.

En 1872 on distinguait 3 groupes d'âge : les jeunes, les adultes et les vieillards. On remarque qu'il y a un recul dans l'entrée dans l'âge adulte avec en plus un allongement de celui-ci. Selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 12,7% de la population a plus de 60 ans en 1901 contre 19,9 % en 1995 et 27 % prévisibles en 2020 dont 10 % plus de 75 ans.

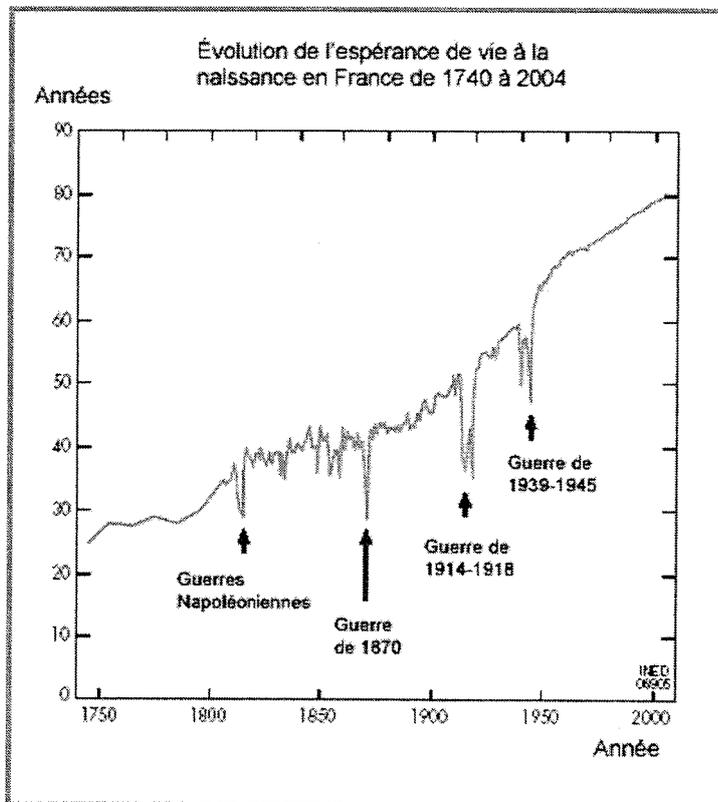
L'espérance de vie en 1997 était pour une femme de 82 ans en moyenne et pour un homme de 74 ans. L'évolution de l'espérance de vie à 60 ans en France de 1806 à 2004 est sans cesse en augmentation comme nous le montre le graphique suivant :



Jacques Vallin et France Meslé²⁶

²⁶ Jacques Vallin et France Meslé, Tables de mortalité française pour les XIX^e et XX^e siècles et projections pour le XX^e siècle, données statistiques No 4-2001, INED, novembre 2001

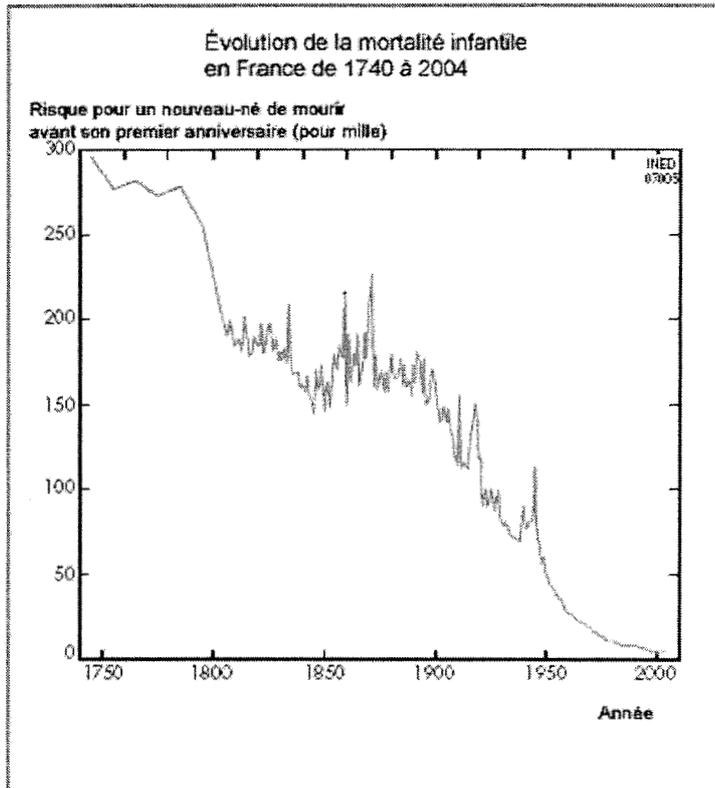
Quant à l'évolution de l'espérance de vie à la naissance en France entre 1740 et 2004, elle monte quasi linéairement :



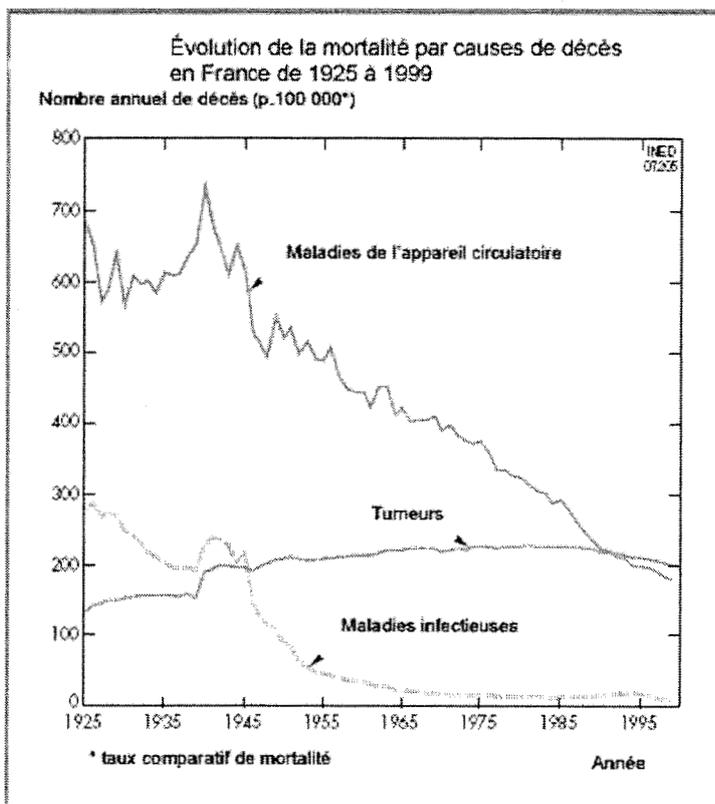
Jacques Vallin et France Meslé²⁶

Ces données épidémiologiques s'expliquent notamment par une médecine plus efficace, une hygiène de vie quotidienne de plus en plus rigoureuse et une alimentation plus équilibrée sans mal- ni dénutrition.

Le recul net de la mortalité infantile ainsi que le recul de la mortalité des différentes pathologies à tout âges nous permet d'expliquer le vieillissement actuel et prévisible de la population générale en France.



Jacques Vallin et France Meslé²⁶



Jacques Vallin et France Meslé²⁶

De cet état des lieux naît le concept de vrai et faux vieux : les premiers souffrant de la vieillesse biologique et dont font partie les octogénaires et plus, et les seconds auxquels

appartiennent les plus de 65 ans avec une culture et des loisirs bien définis et cibles d'un marché bien réel dont le tourisme notamment. Cependant, plus l'espérance de vie augmente, plus on note de cas de démence.

Rappelons que le premier ouvrage en France au début du 20^e siècle traitant de la gériatrie était le « traité clinique et pratique des maladies de la vieillesse » par Maxime Durand-Fardel (1816-1899) et publié en 1854. Les hospices « Vieillesse-hommes » et « Vieillesse-femmes » datent du début du XIX^e siècle quant à la gériatrie comme discipline dans les hôpitaux parisiens, elle date du début du XX^e siècle. Actuellement, les centres de gérontologies font partie de certaines structures hospitalières et favorisent le développement d'hôpitaux de jour psychogériatriques. Jusqu'à peu, la seule aide orientée vers la population âgée consistait en des mesures d'assistance aux pauvres et quelques associations caritatives. Grâce à la commission d'étude des problèmes de la vieillesse créée en 1960 et aux conclusions du rapport « Laroque » de janvier 1962, une base pour une politique de la vieillesse a pu voir le jour. Celle-ci prévoit le maintien des personnes âgées au sein de la société en prévenant l'exclusion sociale et le placement en institution. Pendant les 25 années qui suivirent, la prévention et le retard d'apparition de manifestations pathologiques du vieillissement a pu être obtenu par plusieurs champs d'activités, à savoir :

- maintien le plus possible dans le cadre habituel
- éviter si possible l'hospitalisation
- effectuer des examens de santé systématiques
- renforcer l'éducation sanitaire
- créer un service d'aide médicale à domicile
- améliorer les conditions hospitalières des personnes âgées
- privilégier le maintien à domicile
- programmer le portage des repas et les aides ménagères

Grâce à la loi hospitalière du 31 décembre 1970, il y a séparation entre l'hospice et l'hôpital et depuis la loi du 30 juin 1975 relative aux établissements sociaux et médicaux-sociaux, les hospices sont soit transformés en maison de retraite soit centre de cure médicale.

Ainsi on a pu obtenir qu'en 1998, 73 % des personnes âgées de plus de 85 ans vivent chez elle ou avec un membre de la famille.

c) Le médecin face à la fin de vie

En campagne plus qu'ailleurs, l'isolement de la population fait de la visite du médecin un moment fort sur le plan médical, social et humain. La plupart des personnes âgées restent à domicile seules ou avec un membre de la famille et inexorablement le médecin se verra confronté au décès de patients, décès prévus ou non de par la pathologie.

Le diagnostic de mort était initialement du domaine du peuple lui-même, puis de l'officier d'état civil qui venait constater le décès lui-même. En campagne, c'est le praticien ordinaire lequel est de facto un médecin d'état civil qui constate le décès. En milieu urbain, ce n'est que depuis le trois janvier 2000 que cette tâche est du ressort de tout médecin.

Récemment, c'est-à-dire du XIX^e au XX^e siècle, on assiste à une médicalisation progressive de la mort. Avant 1900 il était normal de mourir d'une maladie grave, la vie était courte et les occasions de mourir multiples. Ce dernier moment, on le passait souvent chez soi avec les proches et un prêtre, mais pas en présence du médecin. C'était accepté de tout le monde.

Après le XX^e siècle avec ses progrès en médecine, la mort est devenue anormale, synonyme d'échec de la médecine. Avant que ne survienne ce moment tant redouté, on transfère le patient ou la personne âgée vite dans un hôpital pour vraiment tout essayer pour le maintenir en vie. Ainsi, actuellement environ 7 à 9 personnes sur dix meurent à l'hôpital.

Les traditions ancestrales perdurent encore dans la campagne mais ont quasi disparu des villes.

Le tout médical pour garder en vie un patient en fin de vie sans espoir de guérison commence cependant à ne plus faire l'unanimité à partir des années 1970-1980. La notion d'un refus de l'acharnement thérapeutique, c'est-à-dire soigner mais ne plus traiter s'il n'existe plus d'espoir fait doucement son apparition. En parallèle se développent la notion de soins palliatifs ou soins d'accompagnement prodigués à un patient en fin de vie afin d'améliorer la qualité de vie en l'absence de douleur et avec un soutien de quelque ordre que se soit.

La fondatrice des soins palliatifs en 1940 (palliative Care), Cicely Saunders, était une infirmière britannique devenue médecin à l'hôpital Saint-Luke par la suite. Elle fonda le Saint

Christopher's Hospice à Londres en 1967, modèle et référence mondiale en matière de soins palliatifs et, il faut le souligner, complètement opposé à l'euthanasie active.

Il faut quand même savoir qu'au cœur même des familles concernées de près par la fin de vie d'un proche, une certaine attitude qu'on pourrait qualifier de soins palliatifs existait déjà. Elle dépendait fortement des convictions et de la famille ou parents proches ainsi que de celles du médecin traitant qui connaît ses patients.

En France, des débats publics consacrés à cette notion de soins palliatifs voient le jour entre 1982 et 1983. En 1986 est créée une commission d'aide aux mourants qui publie un rapport servant de base pour la circulaire du 26 août 1986 qui favorise la promotion d'unité de soins palliatifs dont les premiers sont inaugurés en 1987 dans les hôpitaux français.

II. ETAT ACTUEL ET PROPOSITIONS **DU GROUPE D'EXPERTS**

1. Méthodologie de l'enquête

A. Objectif :

Avec les développements de la partie historique, nous avons pu suivre l'évolution de la vie du médecin de campagne telle qu'elle s'est présentée sur les deux derniers siècles. Suite au constat que de moins en moins de jeunes médecins désirent s'installer en milieu rural, une enquête sur le terrain auprès d'experts de la médecine rurale représentant les professionnels de santé, les élus et usagers ou encore les institutionnels et financeurs a permis de rassembler les divers éléments concernant l'exercice de la médecine rurale de nos jours et le métier de médecin de campagne afin d'en dresser le portrait et d'analyser la situation actuelle en émettant des propositions et recommandations pour l'installation future en campagne.

B. Méthodologie :

Un questionnaire comprenant quarante items sur la médecine rurale (le métier, les besoins et la maison médicale) a été envoyé par voie postale à 37 experts de la médecine rurale appartenants aux trois catégories socio-professionnelles précitées et dont la liste des noms se trouve en annexe de ce document.

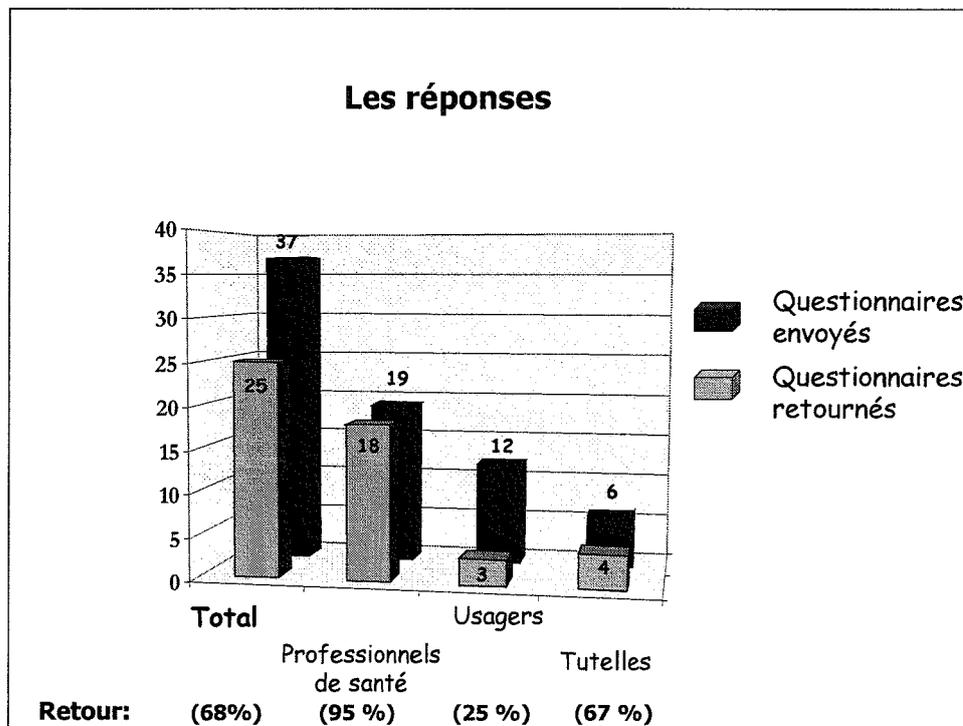
Après le retour de 25 questionnaires par voie postale et électronique sur les 37 envoyés, l'exploitation des résultats a permis de mettre en évidence les différents arguments en les regroupant en des points forts convergents et divergents. Ceux-ci ont été discutés lors d'une réunion plénière à la Faculté de Médecine entre les membres du comité scientifique, les experts auxquels le questionnaire était destiné ainsi que les deux thésards. La liste des participants à cette réunion est consultable en annexe de ce document. Un compte-rendu de cette réunion a été établi qui renforce les positions déjà esquissées dans les résultats du questionnaire. Une synthèse sur l'état de la médecine rurale, le métier de médecin de campagne ainsi que les recommandations pour une installation future en milieu rural ont pu être établies.

Dans cette thèse seuls les 20 premiers items traitant du métier de médecin de campagne ont été exploités dans ce document, les 20 items suivants étant développés dans la thèse de Jean-Charles Vauthier, interne en médecine générale à Nancy.

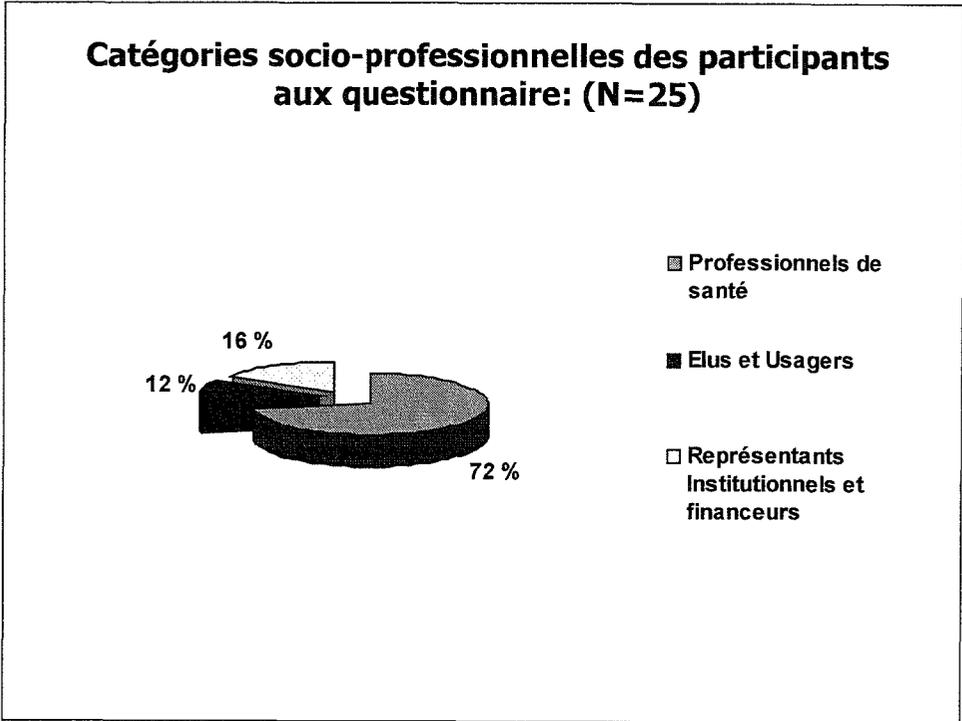
Les réponses :

Sur les 37 questionnaires envoyés, 25 nous ont été retournés.

Les professionnels de santé ont répondu massivement à 95 % (18 réponses sur 19 questionnaires envoyés), les élus et usagers à 25 % (3 réponses sur 12 questionnaires) et les institutionnels et financeurs à 67 % (4 pour 6 questionnaires).



Les professionnels de santé sont représentés à 72 %, les représentants institutionnels et financeurs à 16 % et les élus et usagers à 12 %.

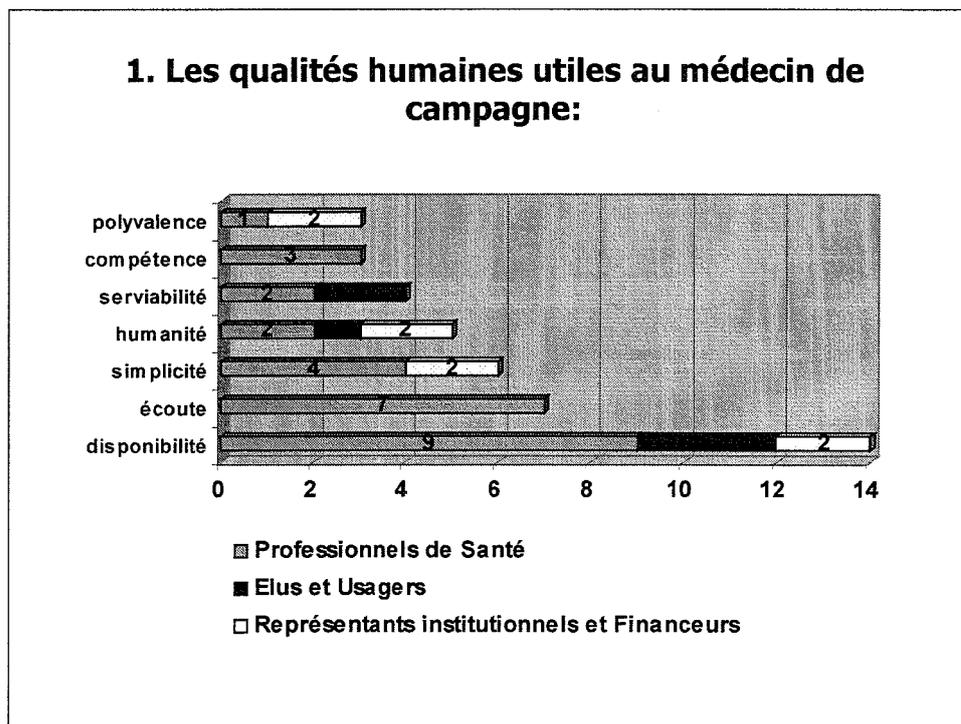


2. Analyse des réponses du questionnaire

A. La disponibilité : première qualité humaine du médecin de campagne d'aujourd'hui

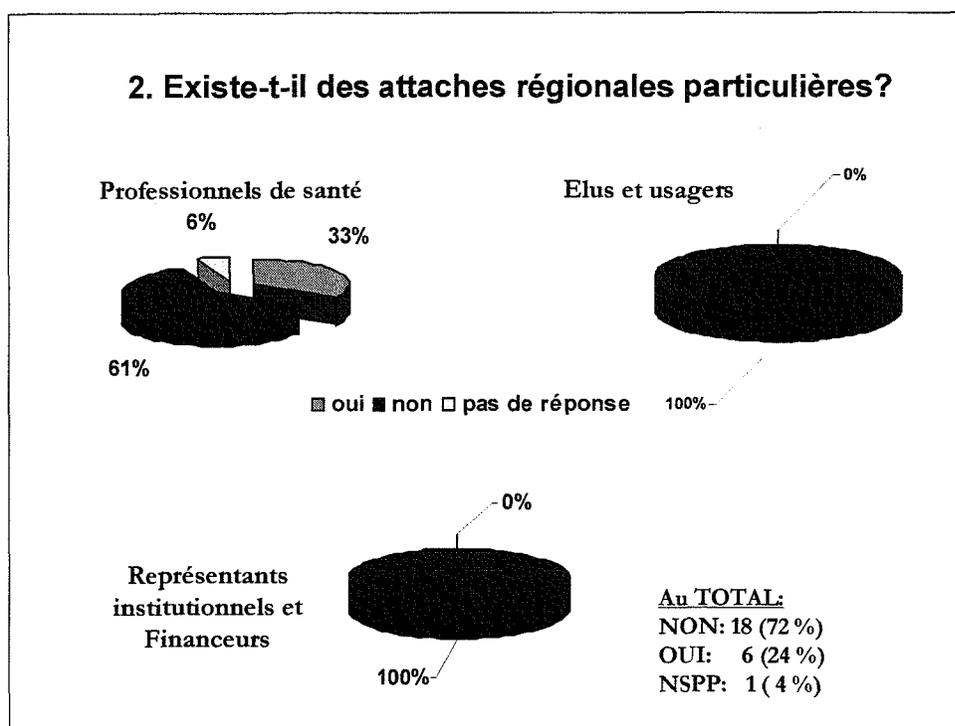
Pour les médecins de campagne installés, la disponibilité est la première qualité requise et a été citée massivement. Cependant, les futurs médecins dont les internes acceptent une position de serviteur mais non pas une relation en servage, qui empêcherait un épanouissement familial nécessaire à l'équilibre de toute personne.

La maison médicale rurale semble être un moyen efficace pour remédier à ce problème notamment avec la possibilité de tourner en roulement pour assurer la permanence des soins. Cependant, en vue de l'acceptation générale de la maison médicale, un changement de conception dans la mentalité du patient doit progressivement s'installer étant donné que ce dernier ne pourra pas toujours avoir recours à son médecin.



B. Le choix du lieu d'installation

De nos jours, il semble que les médecins ne s'installent plus dans une région par simple amour pour cette région particulière. En effet, le choix du lieu d'installation ne se fait plus d'office dans la région d'origine comme cela était le cas autrefois. De véritables attaches régionales particulières ne font plus parties des motivations premières de choisir ce village, plutôt que cet autre pour son installation.



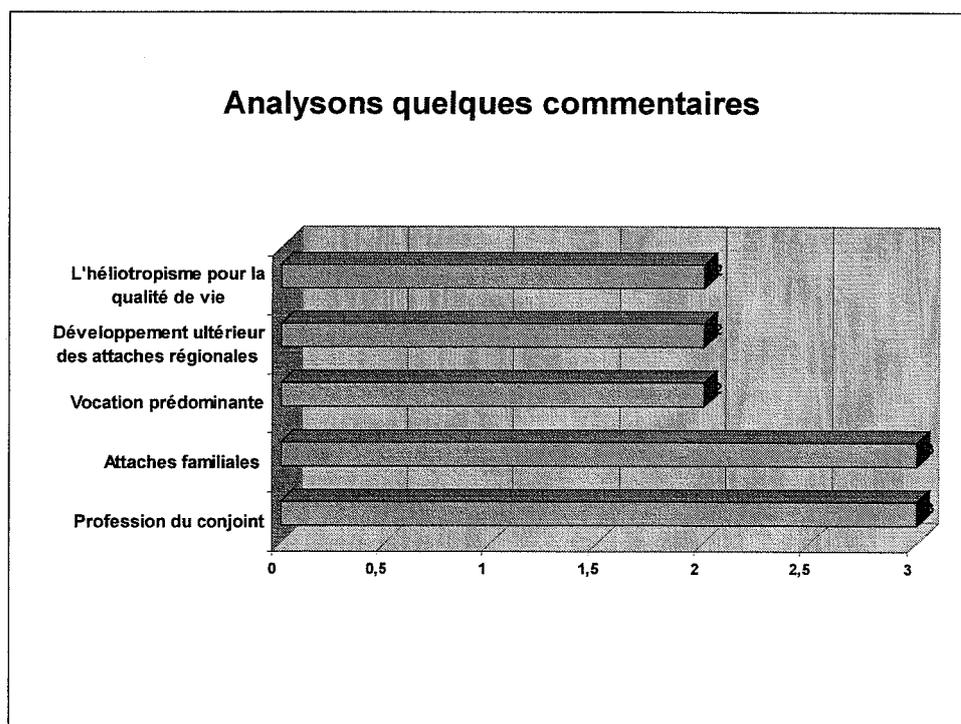
Aujourd'hui, le choix de la région d'installation se fait par des critères qui ne tiennent plus vraiment à la région elle-même, mais plutôt à ce qui l'entoure.

Il faut constater que plusieurs éléments peuvent influencer sur le choix du lieu d'installation : la présence d'un réseau de santé en place, des raisons familiales sous toutes leurs facettes ou encore la beauté de la région.

Il convient néanmoins de noter que l'importance attribuée aux différents critères cités ci-avant varie en fonction des catégories socio-professionnelles interrogées.

De manière générale, toutes les catégories socio-professionnelles attribuent une importance prépondérante aux raisons familiales.

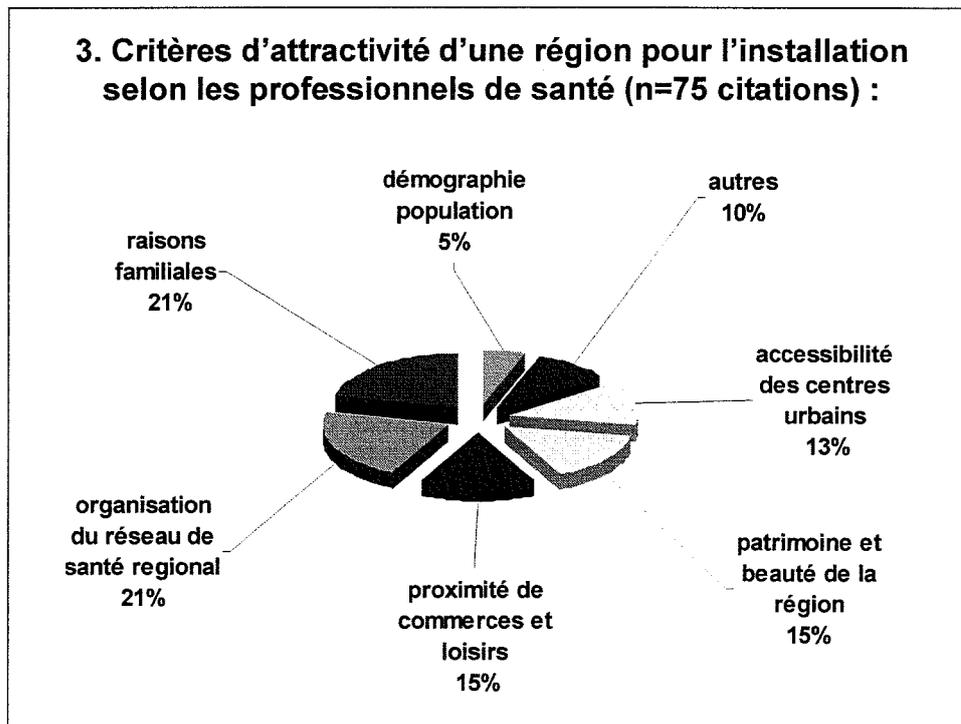
Ainsi, les relations affectives et la qualité de vie offertes jouent un rôle important dans le choix du lieu d'installation. Dans ce contexte, le jeune médecin désireux de s'installer veille aujourd'hui à ne pas trop s'éloigner de ses proches. Il s'installe souvent près du lieu d'exercice de son conjoint ou près de structures scolaires pour ses enfants.



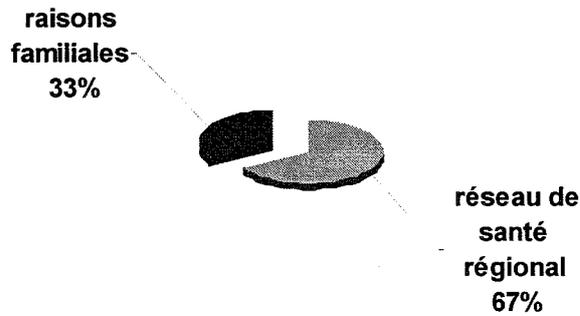
La présence d'un réseau de santé local, bien que constituant un critère important aux yeux des professionnels de santé, ne semble pas contribuer à l'attractivité d'une région selon les représentants institutionnels et financeurs. L'organisation du réseau de santé en place contribue à l'attractivité d'une région en ce qu'elle offre un certain confort au médecin qui ne se retrouve pas seul face aux problèmes médicaux d'une région. Tant la proximité d'un hôpital que l'organisation de gardes ou l'existence d'une maison médicale facilitent l'exercice du médecin rural et ce tant au profit de la qualité du service rendu au patient qu'au profit de la vie privée du médecin qui ne connaît plus la contrainte d'être en service 24h/24 et 7j/7.

Aussi, le patrimoine culturel et la beauté de la nature d'une région peuvent influencer sur le choix du jeune médecin.

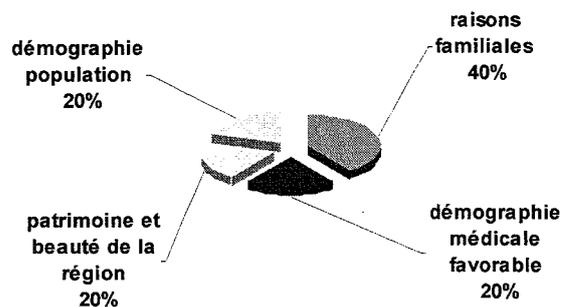
Enfin, la proximité et l'accessibilité de certains services tels que l'offre de loisirs ou la présence de commerces constituent des critères d'installation non négligeables.



3. Critères d'attractivité d'une région pour l'installation selon les élus et usagers: (N=3)



3. Critères d'attractivité d'une région pour l'installation selon les représentants institutionnels et financeurs: (N=5)



-Les raisons familiales priment sur les autres critères
-Pas de citation du réseau de santé local

Une vie familiale équilibrée est un critère prépondérant pour les médecins de campagne. Ceci est uniquement possible si on organise la vie professionnelle de façon radicalement différente de l'exercice isolé. Le regroupement entre communes est nécessaire pour offrir une permanence des soins notamment avec des gardes régulières permettant ainsi d'assurer au

médecin une vie familiale équilibrée en sachant que de nos jours souvent les deux conjoints travaillent.

C. Le médecin polyvalent

Comme dans le temps, le médecin de campagne d'aujourd'hui pratique une médecine très variée. Alors que ses patients sont le plus souvent éloignés d'autres structures de soins, le médecin rural doit se montrer très polyvalent.

En effet, il suit la population locale tout au long de sa vie. Ainsi, le médecin voit ses patients dès leur plus jeune âge lors de consultation du nourrisson et les soigne ensuite à la survenue des petits soucis médicaux de tous les jours. Il prend en charge les soins des personnes atteintes de pathologies chroniques et prend sa place au sein de la communauté rurale avec la médecine préventive, la médecine scolaire ou encore la médecine des loisirs. Enfin, le médecin exerçant en milieu rural est indispensable près des personnes âgées qui ont besoin de soins réguliers et qui ne peuvent plus se déplacer seules.

Vu la polyvalence exigée en raison du milieu d'exercice, le médecin de campagne doit maîtriser une multitude de gestes techniques.

D. Les compétences du médecin rural : la pratique d'une multitude de gestes techniques

Ainsi, il doit être en mesure d'effectuer un suivi efficace d'une grossesse. Il convient de noter que la plupart des médecins ruraux effectuent des suivis de grossesse, cependant, la pratique de l'échographie n'est que très rare parmi ces mêmes médecins.

L'électrocardiogramme est un examen fréquemment pratiqué en campagne, entraînant un diagnostic précoce des problèmes cardiaques et permettant une prise en charge spécialisée assez rapidement.

Le médecin rural est souvent amené à pratiquer de la petite chirurgie notamment avec des sutures superficielles, ongles incarnés, ou incisions d'hémorroïdes.

Ensuite, il prend une place importante dans l'aide aux patients dans les démarches administratives liées à leur état de santé et peut être amené à coordonner ces démarches en vue d'une efficacité maximale.

Finalement, le médecin de campagne est souvent sollicité pour une pratique de gériatrie. En effet, les personnes âgées nécessitent des soins particuliers en vertu de leur fragilité. En raison du nombre limité de structures de soins adaptées, le médecin de campagne, souvent le confident de longue date, semble être le mieux placé pour soigner les personnes âgées. En prolongement de son activité en gériatrie, il pratique l'accompagnement de fin de vie de ses patients.

4. Place des techniques dans la médecine de campagne (résultats remarquables) :

	<u>Pratiquée:</u>	<u>Non pratiquée:</u>
• Suivi et déclaration de grossesse	83 %	
• Frottis de dépistage	87 %	
• Pratique des accouchements		80 %
• Soins dentaires de base		80 %
• Aide aux démarches administratives (liées à la santé)	92 %	
• Médecine légale		62 %
• Notions de gériatrie	100 %	
• Accompagnement de fin de vie	100 %	
• Sutures de plaies superficielles	100 %	
• Sutures de tendons		79 %
• Pratique de l'ECG	78 %	
• Paracentèse		79 %
• Echographie		87 %

Un médecin de campagne doit être polyvalent. Même s'il n'est pas un urgentiste, des compétences minimales comme poser une voie veineuse périphérique et conditionner un patient en attente du Smur sont nécessaires. Cette compétence technique doit être apprise et entretenue. Pouvoir se déplacer vers un appel urgent n'est possible que si la permanence des soins n'est pas interrompue en attendant. Le travail en groupe par exemple dans une maison médicale semble offrir cette commodité.

En plus, une approche de « semi urgentiste » en ce qui concerne le médecin de campagne peut rendre ce métier plus intéressant au regard des jeunes qui le boudent actuellement.

**5. La polyvalence est un trait de caractère essentiel
(résultats remarquables):**

- **Consultations prénatales de groupes: 16 %**
- **Consultation du nourrisson: 87 %**
- **Médecine scolaire: 25 %**
- **Médecine des loisirs: 91 %**

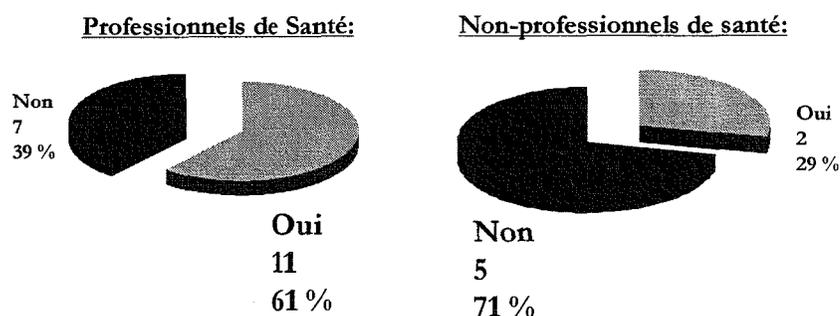
**Les consultations prénatales peu citées, alors que la
consultation du nourrisson, souvent !**

E. La formation du médecin de campagne d'aujourd'hui

1. Une formation initiale spécifique en médecine générale rurale ?

Si l'on considère les spécificités de la médecine rurale notamment avec le nombre de compétences requises, pourrait-on envisager une formation spécifique adaptée à l'exercice de la médecine rurale ?

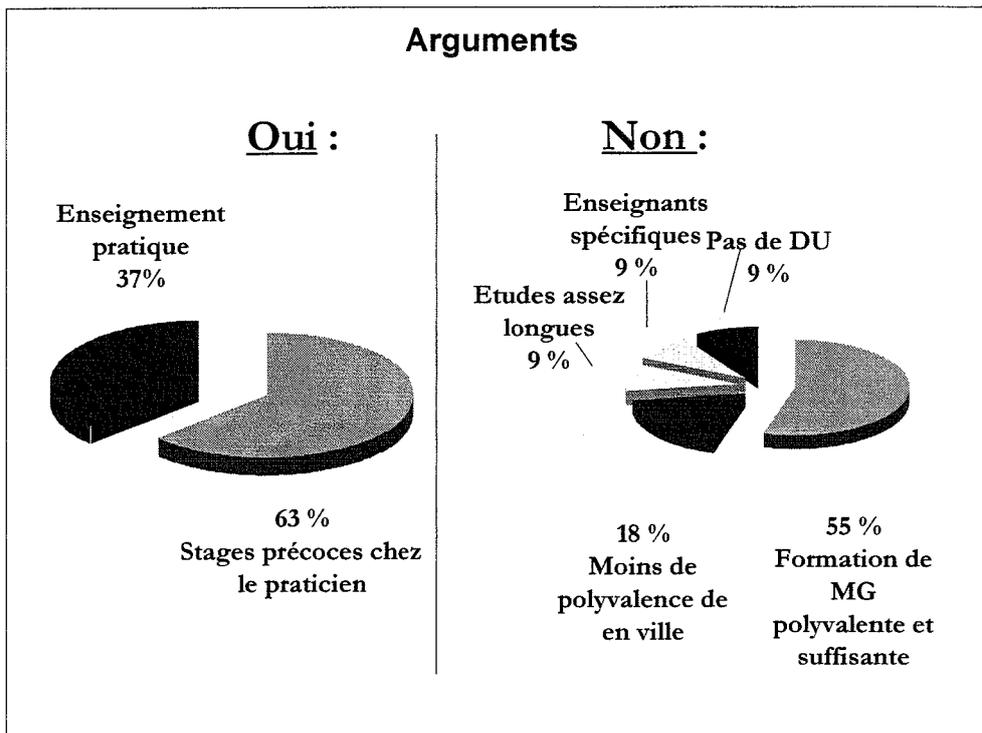
6. Faut-il organiser une formation spécifique des futurs médecins de campagne ?



En référence à notre enquête sur le terrain, il y a lieu de constater que les professionnels de santé ont décelé un besoin de formation spécifique, tandis que les non-professionnels semblent estimer que la formation initiale en médecine générale est appropriée.

En effet, certains experts espéraient voir une formation initiale spécifique qui consisterait essentiellement en des enseignements pratiques adaptés et en stages précoces chez le praticien rural.

D'autres estiment que les études de médecine générale sont adaptées étant donné la formation initiale de qualité d'une durée déjà assez longue, ainsi que l'existence d'une offre de formation médicale continue polyvalente. Cette polyvalence marquée nous semble même être une spécialité.



2. La forme d'une éventuelle formation spécifique

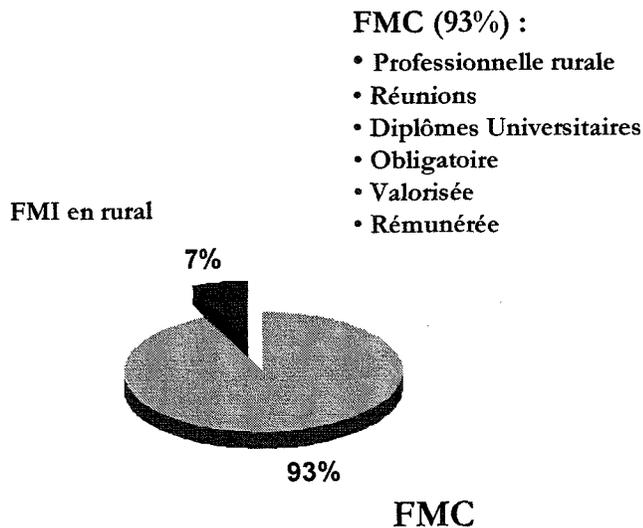
En supposant qu'une formation spécifique s'imposerait, elle pourrait prendre différentes formes :

En effet, la grande majorité des experts est d'accord sur le fait qu'une formation spécifique, si elle devait se mettre en place, devrait prendre la forme d'une formation médicale continue.

Le fait de rendre obligatoires de telles formations et de les sanctionner par un diplôme valoriserait la formation et de par là, le métier du médecin rural. Vu le caractère obligatoire d'une telle formation et le manque à gagner subi par le médecin pendant la durée de cette formation, la rémunération du médecin en formation pourrait être envisagée.

Cette formation médicale continue se présenterait sous forme de réunions avec des professionnels du milieu rural ou sous forme de diplômes universitaires. Il est évident que cette mise à niveau obligatoire fera partie intégrante de l'organisation quotidienne du médecin de campagne.

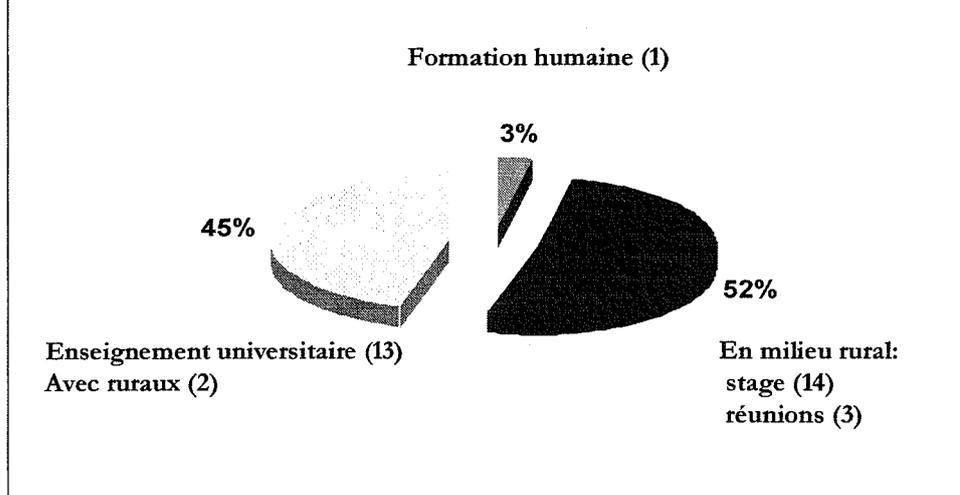
7. Quelle forme une telle formation pourrait-elle prendre ?



Afin de sensibiliser les jeunes médecins et internes en médecine générale aux spécificités et problématiques de l'exercice en milieu rural et ce dès leur premier contact avec la médecine, l'idée de faire participer les médecins ruraux déjà installés à la formation médicale initiale a surgi du questionnaire.

Ces derniers pourraient en effet transmettre leur savoir et leurs expériences aux jeunes soit en dispensant des enseignements universitaires (45%) soit en agissant comme maître de stage (52%) en n'oubliant pas la formation humaine des jeunes médecins qui est nécessaire devant un contact permanent avec une population rurale souvent isolée du reste du monde.

8. De quelle façon les médecins ruraux installés pourraient-ils participer à la formation médicale initiale des futurs généralistes de campagne ?



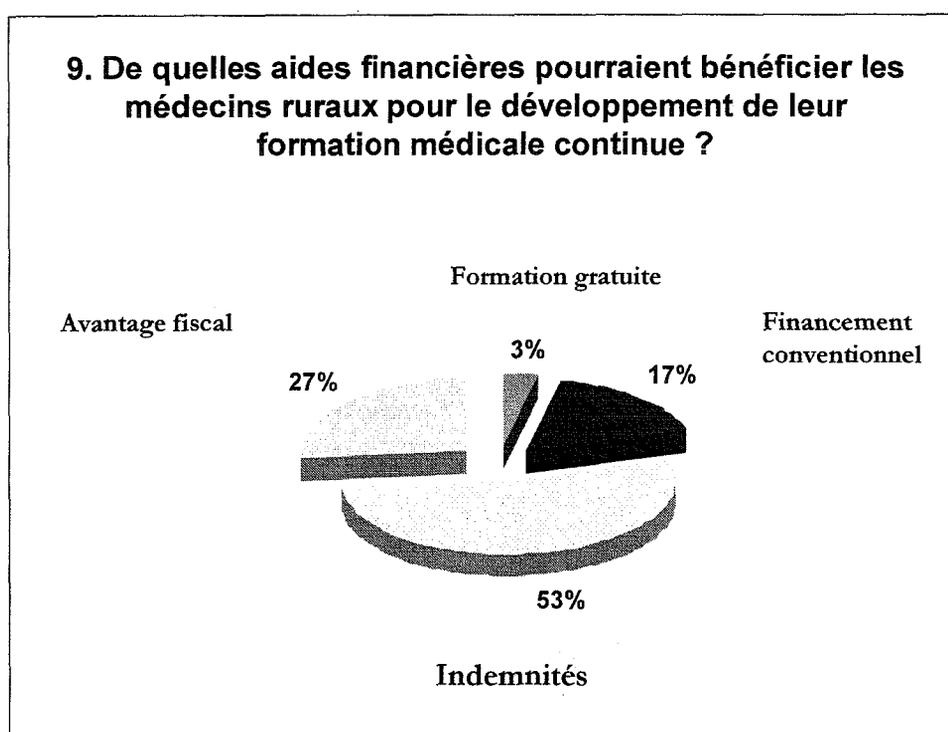
Pour découvrir la médecine rurale il faut la rendre attrayante et pratiquer des stages précoces. Actuellement les SAPAS tentent de se rapprocher du monde rural. Or il ne faut pas sectariser la médecine rurale, les habitants ruraux ne voulant pas de médecine spécifique mais juste des médecins sensibles et humains. La FMC pourrait éventuellement plus s'orienter vers les besoins réels de la population qu'actuellement les SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) tentent de mettre en évidence. N'oublions pas qu'une FMC théorique n'est pas suffisante, il faut une pratique sur le terrain pour une formation la plus réaliste possible.

3. Les aides au développement des formations médicales continues

Afin d'encourager les médecins à suivre des formations médicales continues, un certain soutien pourrait leur être accordé. Ce soutien pourrait se faire sous forme d'aides de nature financière ou non financière :

a) Les aides financières

Le soutien sous forme d'aide financière c'est-à-dire l'attribution au médecin d'avantages financiers pourrait se présenter comme des aides financières directes par l'indemnisation. Celle-ci pourrait être allouée au médecin lors de sa participation aux formations sous forme d'indemnité soit pour le manque à gagner soit pour les frais exposés (frais de déplacement, de repas...etc). N'ont été citées que secondairement les aides financières indirectes notamment les avantages d'ordre fiscal, la gratuité des formations ou encore le financement conventionnel.

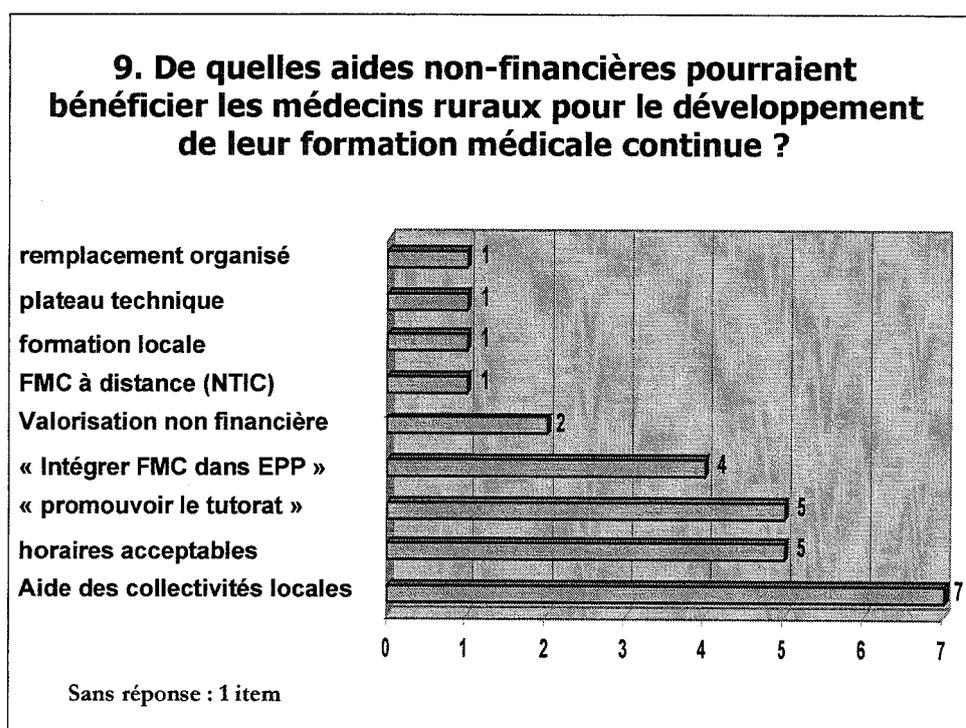


Mise à part une indemnité surtout pour le manque à gagner lors des participations à des formations continues, des aides non financières peuvent s'avérer nécessaires.

b) Les aides non financières

L'aide non financière, c'est-à-dire plutôt d'ordre logistique, permettrait au médecin de s'absenter de son cabinet pendant la durée des formations ou bien d'organiser des formations médicales continues faciles d'accès, de sorte à ne pas interrompre la continuité des soins.

L'organisation au niveau des collectivités locales pourrait se faire par une mise à disposition de locaux pour notamment la formation médicale continue à des horaires acceptables. Ces locaux pourraient par exemple intégrer voire composer la maison médicale. Ainsi, grâce à ces structures en place, il serait possible de promouvoir le tutorat ou des maîtres de stage qui formeraient de nouveaux aspirants pour la médecine rurale avec un coût financier et un investissement personnel beaucoup moindre.



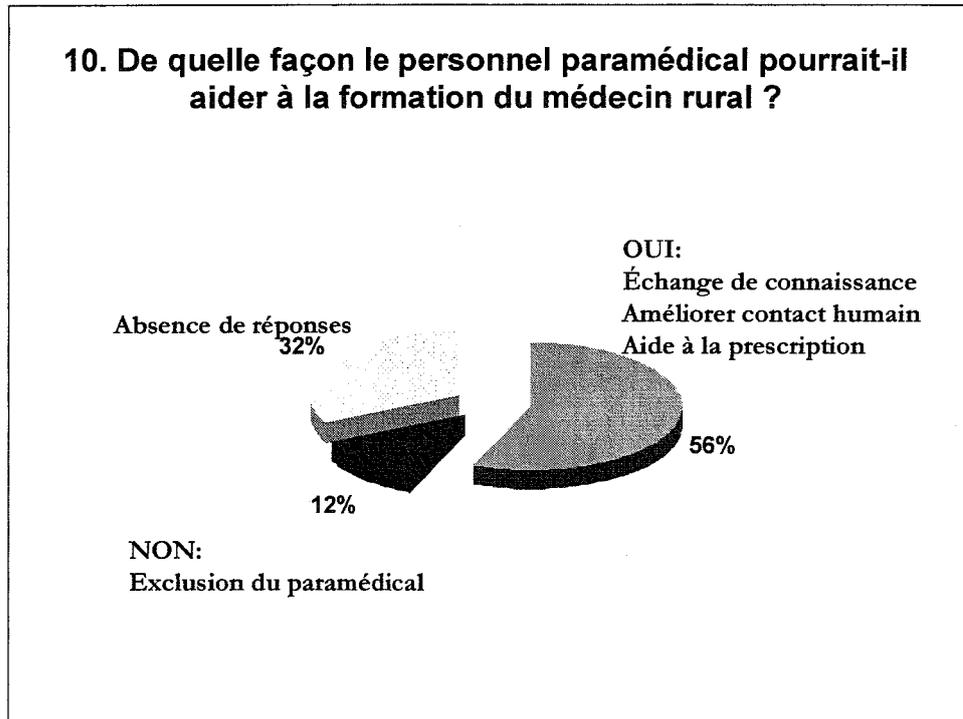
Cette mise à disposition de locaux, qu'elle soit payante, gratuite ou avec une participation de tiers, faciliterait la mise en place de plateaux techniques voire d'une équipe de médecins travaillant en roulement et ainsi offrant ainsi une permanence des soins correcte.

4. La participation du personnel paramédical à la formation des médecins

La question de savoir si le personnel paramédical devrait participer à la formation des médecins ne semble pas clairement tranchée.

Tandis que 56% des experts interrogés sembleraient apprécier une telle participation, 12% se sont exprimés contre, et 32 % se sont abstenus. Cependant, lors de notre réunion d'experts, la tendance pour une implication du paramédical dans la formation des médecins a été soutenue

par la très grande majorité. Cette participation se situerait surtout dans le domaine de l'échange de connaissances lors de « staffs » entre les différents intervenants du système de soins, notamment pour les aides à la prescription.



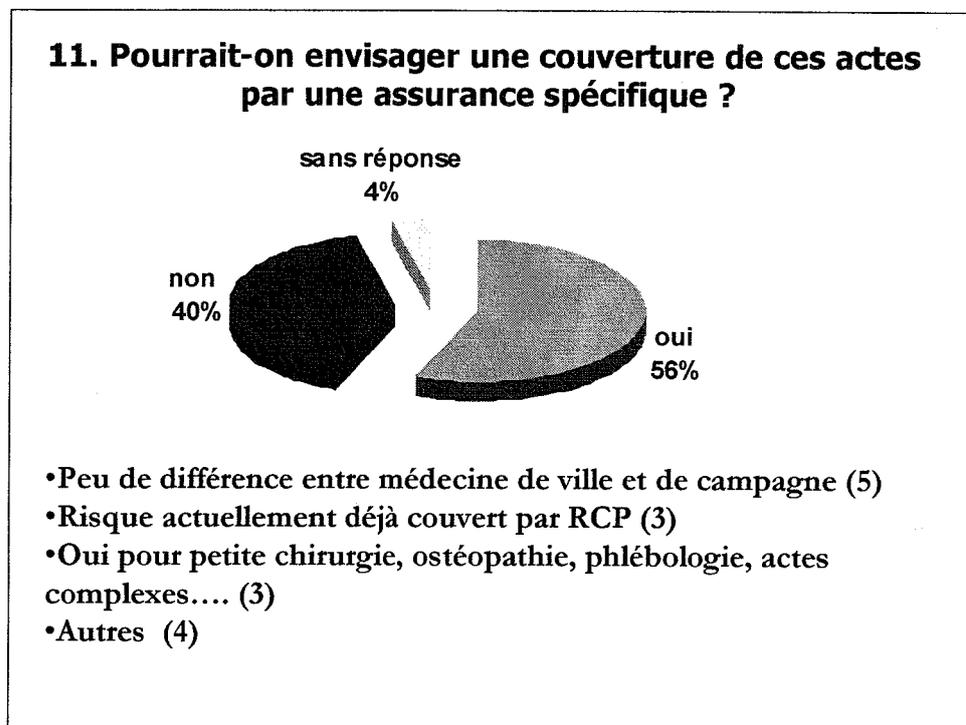
Signalons toutefois que quelques médecins avouent déjà être régulièrement en contact avec des infirmières et assistantes sociales via téléphone portable et lors de réunions hebdomadaires pour discuter de différents problèmes.

Ces échanges ne peuvent être que bénéfiques pour le patient qui se voit pris en charge de façon globale et continue en n'ayant non pas quatre ou cinq intervenants avec des discours différents mais une unité devant lui parlant d'une seule voix avec le médecin comme coordinateur des soins.

F. Concernant une assurance responsabilité spécifique de la médecine générale rurale : Oui mais...

Initialement pour une assurance spécifique pour quelques gestes bien précis, la tendance s'est nettement inversée lors de notre réunion. En effet, tous sont d'accord pour dire que la formation de médecin généraliste est amplement suffisante pour couvrir tous les actes en milieu rural. Il a été retenu que la médecine de ville n'exploite pas à fond les différentes facettes du métier de généraliste.

Tous les actes sont couverts dans la responsabilité civile professionnelle (RCP) qui doit rester la même selon le principe de la mutualisation du risque.



G. La permanence des soins en zone rurale :

1. Au niveau médical

La permanence des soins en milieu rural est un réel problème notamment si on exerce seul. Quelques rares médecins installés depuis longtemps sont encore d'avis qu'ils sont et doivent être à la disposition du patient et ce à n'importe quelle heure de la journée et de la nuit. C'est cela qui fait l'originalité et la beauté du métier. Cependant les jeunes générations refusent catégoriquement cette offre de soins incompatible avec une vie de famille équilibrée. Déjà une extrême minorité de jeunes médecins généralistes ont l'intention de s'installer à la campagne à cause justement de cette disponibilité démesurée.

12. Quelle modalité faut-il envisager pour la permanence des soins en milieu rural ?

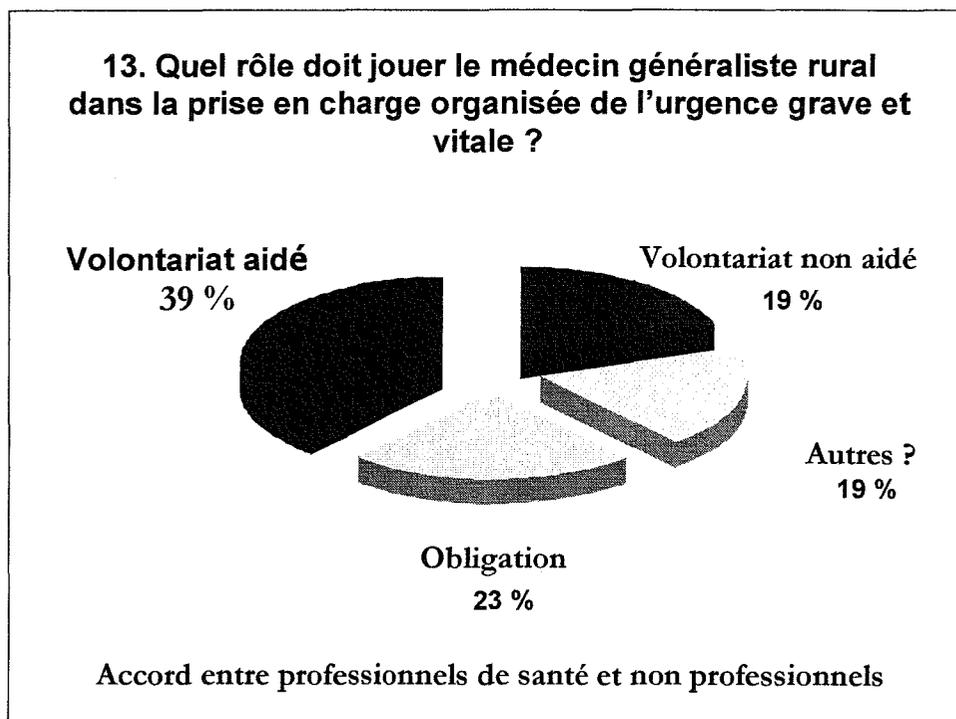
	<u>Jamais</u>	<u>Fréquent et souhaitable</u>
Joignable directement 24h/24	63 %	
Joignable en consultation		68 %
Joignable jours fériés (hors nuit)		75 %
Système de garde de nuit		95 %
Seul avec filtre du SAMU		73 %
Roulement avec d'autres confrères		96 %
Chambre de garde	60 %	
Astreinte à domicile		100 %
Consultation au cabinet		95 %
Visite à domicile		100 %

Cité souvent : En roulement avec d'autres confrères !

La seule possibilité pour rendre attractif la médecine rurale est l'installation de maisons médicales rurales permettant une permanence de soins, assurée en roulement avec d'autres confrères.

Il a été retenu qu'un médecin ne saurait être directement joignable 24h/24 ni être d'astreinte dans une chambre de garde. Les autres modalités pour la permanence des soins sont relativement bien accueillies.

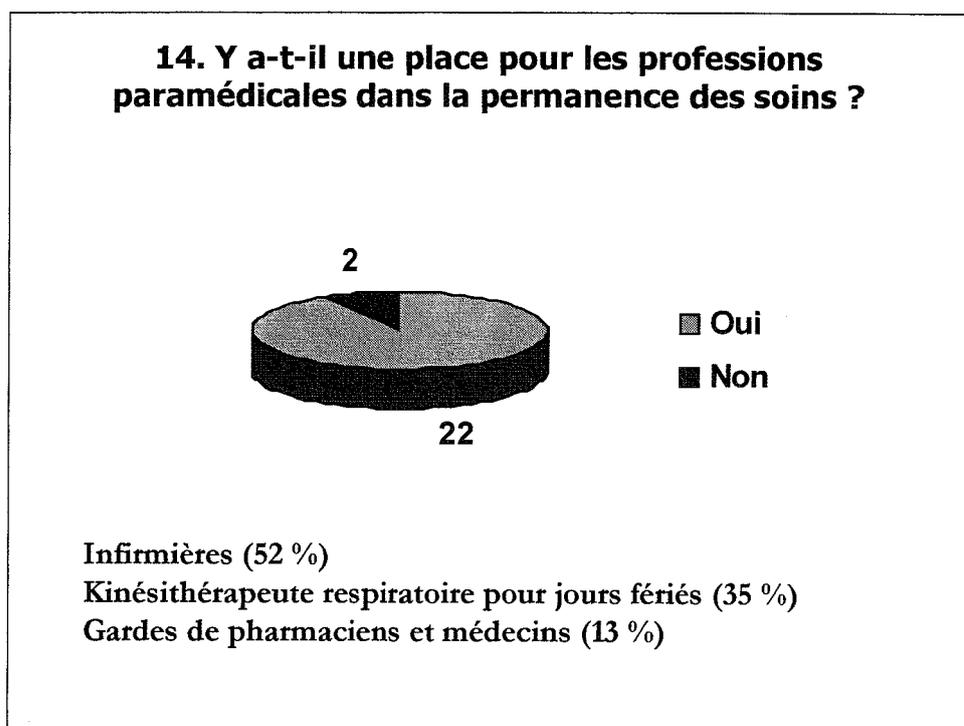
En ce qui concerne la prise en charge de l'urgence grave et vitale, le volontariat avec prise en charge matérielle et rémunération forfaitaire prime avec 39 % contre 23 % qui sont d'avis qu'elle doit être obligatoire.



Il faudra justement préciser le niveau de formation du médecin rural concernant la prise en charge de l'urgence vitale. En effet, celle-ci relève du domaine de l'urgentiste qui rappelons-le exerce une facette de la médecine complètement différente de celle du médecin rural. Des gestes comme poser une voie veineuse, conditionner un patient en attendant le Smur sont une nécessité à connaître et qui exige des remises à niveaux réguliers.

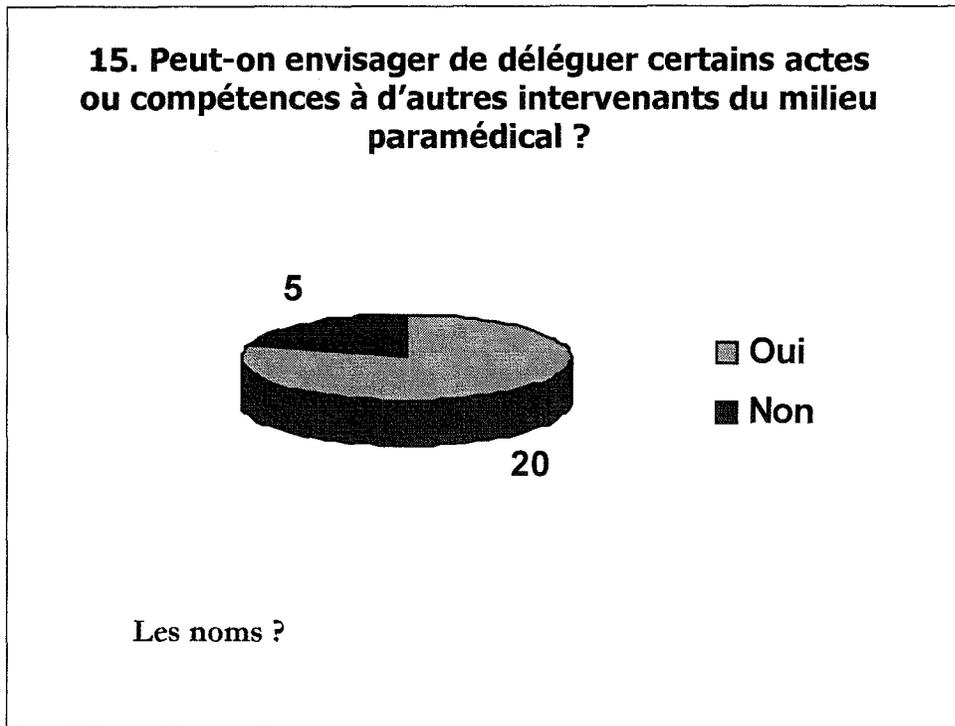
2. Au niveau paramédical

La réponse à cette question est sans équivoque. Le personnel infirmiers a été cité massivement (52 %) devant les kinésithérapeutes (35 %) pour les jours fériés ainsi que les gardes de pharmacies qu'il faudrait faire concorder avec celles des médecins (13 %).



Notre groupe d'experts est d'avis de faire participer non seulement le personnel infirmier mais encore les kinésithérapeutes à la permanence des soins. De plus, il a été relevé que les gardes entre pharmaciens et médecins qu'il faudrait faire concorder afin d'améliorer l'efficacité de la permanence des soins.

La délégation de certains actes ou compétences du milieu médical vers le milieu paramédical pour désengorger les cabinets médicaux et assurer une meilleure permanence des soins est acceptée par presque tout le monde :



Il faut néanmoins clairement séparer la délégation et le transfert de compétence qui sont deux définitions bien différentes. La délégation de compétence qui est nettement préférée ici, doit surtout toucher à l'administratif qui représente 37 % du temps du médecin, et éventuellement à quelques actes médicaux simples et examens simples au profit du personnel infirmier. Cependant, un rapport au médecin traitant qui reste responsable est nécessaire.

Cette délégation se ferait uniquement dans un cadre légal et juridique bien défini et serait éventuellement enseignée officiellement par le corps des professeurs en médecine générale au niveau universitaire.

Les tâches ainsi déléguées le seraient en premier lieu pour le personnel infirmier pour des soins et examens simples comme les vaccinations et un suivi et maintien à domicile des patients chroniques ce qui est une priorité nationale et d'un confort certain pour les personnes âgées concernées. On pourrait aussi renforcer les activités habituelles des pharmaciens, sages femmes et assistantes sociales.

Rappelons qu'actuellement les toilettes sont bien souvent réalisées par des infirmières. Cette tâche pourrait très bien être déléguée aux aides-soignantes et ainsi plus de personnel infirmier serait disponibles pour des actes paramédicaux et actes médicaux délégués.

16. Si oui, quelles tâches pourraient être déléguées au profit de quels intervenants ?

Infirmières:

- Suivi maladies chroniques et maintien à domicile (9)
- Soins simples (6)
- Examens simples (5)
- Vaccinations (4)
- Consultation de débrouillage et permanence (2)

Aide-soignantes :

- Toilettes des patients à la place des IDE (1)

Kinésithérapeute et Diététicienne :

- dépistage, éducation, prévention (3)

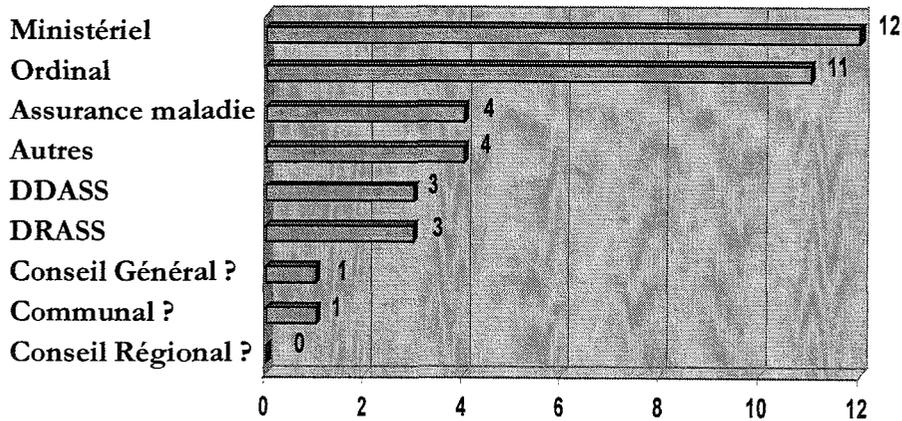
Pharmaciens, sage femmes et assistantes sociales :

- renforcer activités habituelles (5)

Le niveau hiérarchique contrôlant et régulant ce transfert se situerait au niveau ministériel et au niveau ordinal.

Les autres institutions et instances pourraient servir de relais au niveau local mais non de structure décisionnelle centrale.

17. A quel niveau hiérarchique se situe l'autorité compétente régulatrice de ce transfert de compétences ?

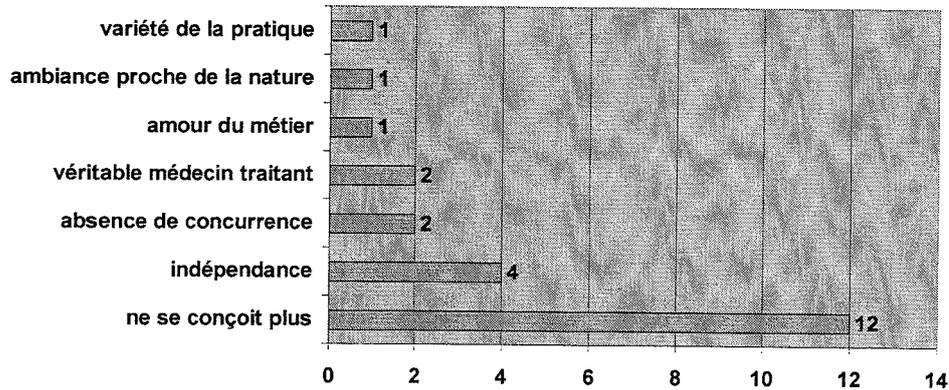


H. Les modalités d'exercice :

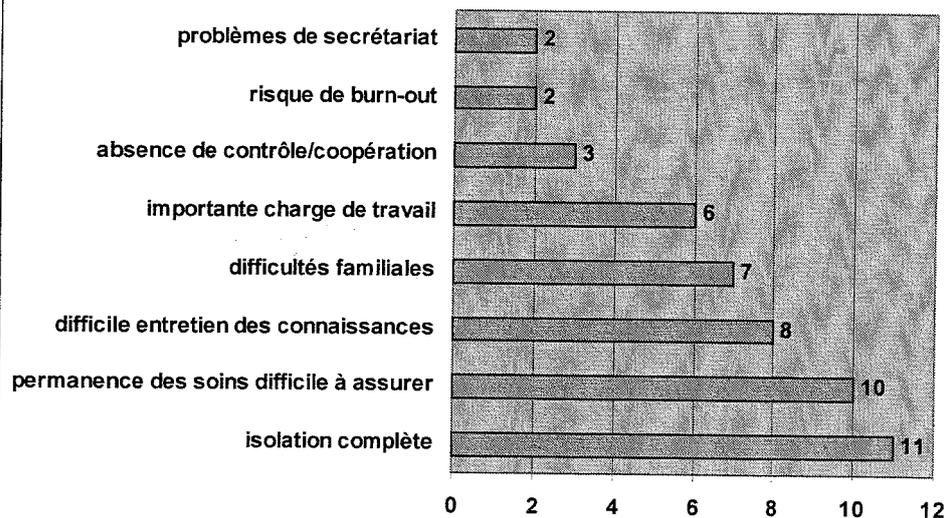
La plupart des experts sont d'accord pour dire que l'exercice isolé en campagne ne se conçoit plus puisqu'elle ne présente que des désavantages ; hormis éventuellement pour des individualistes convaincus. Il faut avoir recours à une autre forme d'exercice.

Certes, l'exercice isolé permet une indépendance totale et peint une image du médecin telle qu'on la connaît des images d'autrefois, mais les sacrifices nécessaires ne sont plus acceptés par les jeunes générations de médecins. Une vie de famille n'est plus possible en parallèle si une telle permanence des soins perdure avec des effectifs de médecins ruraux en diminution.

18. Avantages de l'exercice isolé en milieu rural



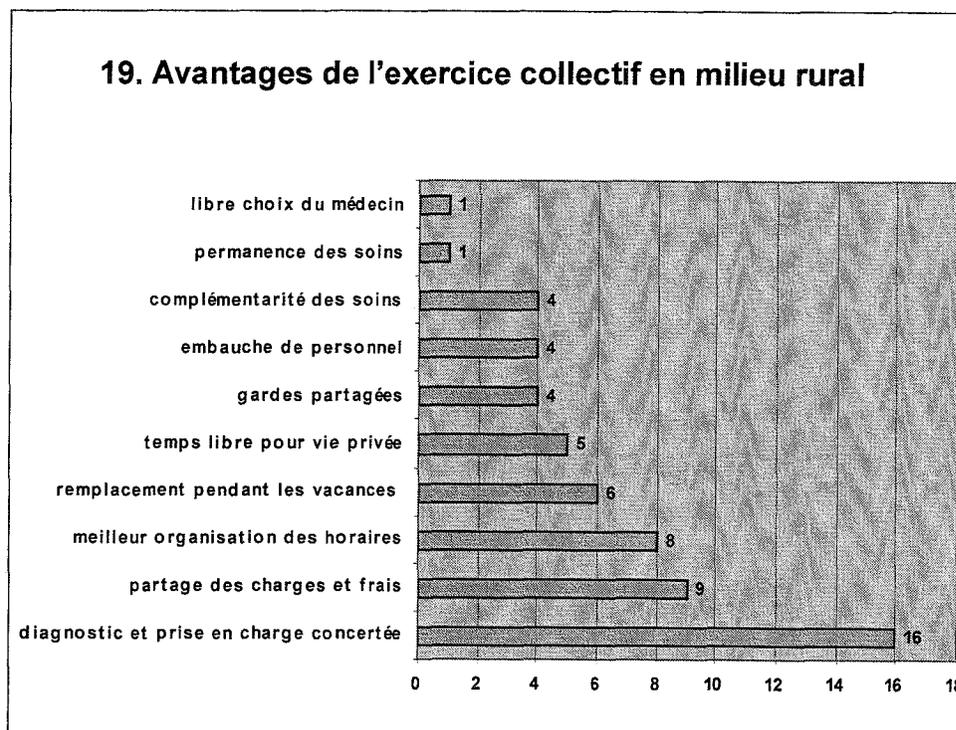
18. Inconvénients de l'exercice isolé en milieu rural



Ainsi la liste des inconvénients est d'autant plus importante. L'isolement personnel et intellectuel a été cité le plus souvent et semble inquiéter le plus. Naturellement il est impossible d'assurer une permanence des soins correcte puisqu'on exerce seul. Se pose aussi le problème de la formation médicale continue actuellement obligatoire. Comment concilier une permanence au cabinet avec des formations se déroulant parfois à l'étranger ? Les

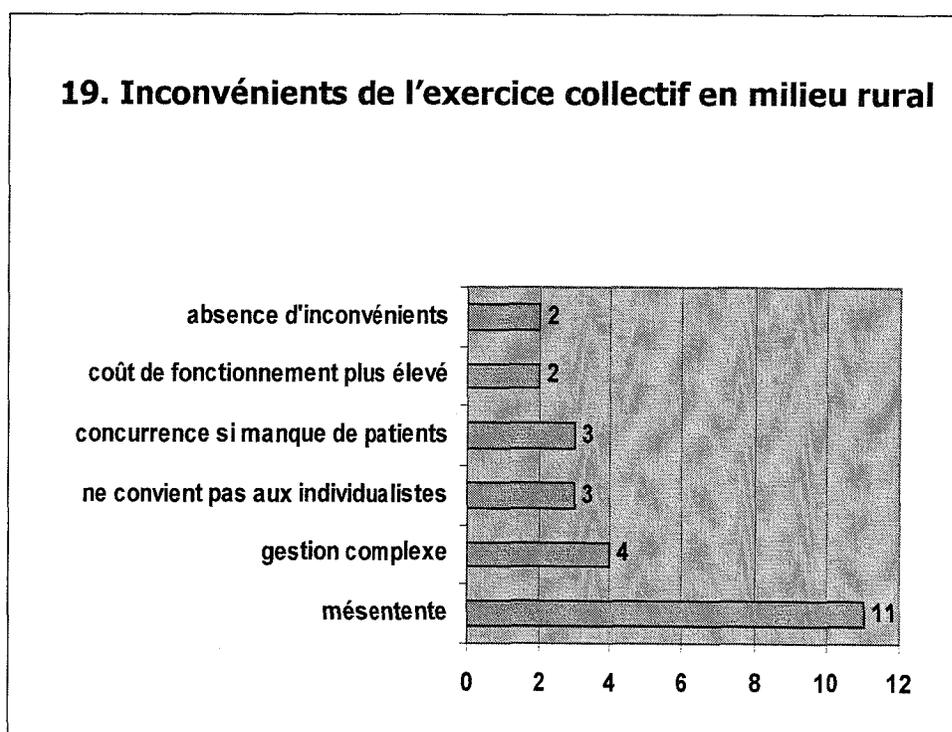
difficultés familiales sont bien sûr un gros souci des jeunes médecins. Le divorce guette à coup sûr celui qui n'arrive pas à trouver un juste équilibre entre vie professionnelle et vie familiale.

Comme dans tout groupe, l'entente est un élément-clé pour le bon fonctionnement d'une structure de soins collective. L'équipe doit de préférence avoir les mêmes affinités ce qui n'est évidemment pas facile à accomplir puisque le nombre d'aspirants est en nette diminution et ainsi le choix de collaborateurs devient assez restreint. En plus, un diagnostic et une prise en charge concertée sont les éléments primordiaux parlant en faveur d'un tel regroupement entre généralistes. Ne pas se sentir seul en face au patient avec la possibilité de recourir à un deuxième avis d'un confrère semble rassurer nombre de praticiens.

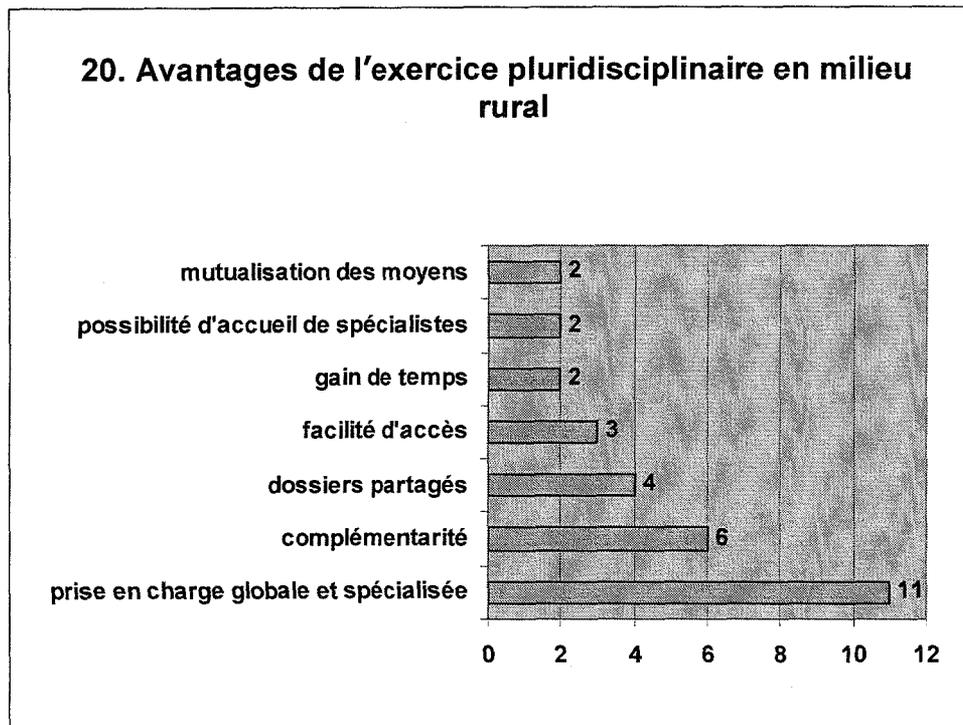


L'organisation d'une vie de famille équilibrée est enfin possible avec plus de temps libre. Des remplacements mutuels ou avec des intervenants extérieurs en cas de départ en vacances deviennent une alternative. N'oublions pas un élément fondamental qui favorise un exercice collectif : la diminution des frais et charges notamment par la mutualisation de matériel.

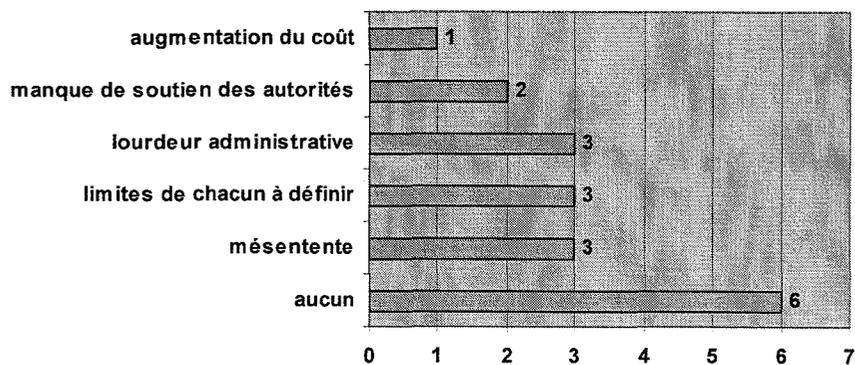
La gestion d'un tel groupe est souvent très complexe et on risque toujours la mésentente. Mais ce risque est bien petit comparé aux multiples avantages.



L'avantage de l'exercice pluridisciplinaire réside principalement dans la prise en charge globale et spécialisée des patients ainsi que dans la possibilité d'inclure différents intervenants du médical et paramédical. Cette notion est extrêmement importante et ressort des trois dernières questions comme élément clef. Non seulement les usagers, mais aussi les professionnels de santé eux-mêmes soulignent l'importance d'une médecine en concertation avec d'autres confrères pour une meilleure prise en charge.



20. Inconvénients de l'exercice pluridisciplinaire en milieu rural



Les inconvénients de l'exercice pluridisciplinaire seraient notamment la lourdeur administrative, le manque de soutien des autorités locales, ainsi que le coût élevé de ce type de structure. Il convient de dire que les inconvénients relevés ne sont que marginaux et n'entachent en rien les avantages multiples et de grande importance. Ces inconvénients marginaux seraient facilement gommés en faisant bénéficier ces structures médicales pluridisciplinaires d'aides extérieures tant matérielles que non matérielles.

3. Commentaires des experts

1) Concernant les qualités humaines requises du médecin de campagne :

La disponibilité a été choisie massivement. Un médecin généraliste a précisé que trop de disponibilité rend la médecine rurale inintéressante pour les jeunes internes et qu'il faut donc organiser cette disponibilité. Cependant certains médecins ruraux sont d'avis que les patients pardonnent tout au médecin sauf de ne pas être là ; donc si les jeunes ne veulent pas assurer cette permanence continue, alors tant pis pour eux !

Les jeunes internes qui ont participé à cette réunion ont confirmé la tendance qu'une trop grande disponibilité est le critère premier pour ne pas choisir la médecine rurale comme spécialité contrairement aux médecins installés qui l'acceptent malgré de grandes contraintes.

« La société est comme ça, on veut de la disponibilité pour soi, mais on refuse d'en donner aux autres. »

La maison médicale a été citée pour remédier à ce problème avec pour les médecins la possibilité de travailler en roulement et ainsi pouvoir assurer une permanence des soins correcte. Cependant pour le patient existe éventuellement le problème de ne pas pouvoir avoir recours à son médecin.

2) Concernant l'attractivité et l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée :

Une bonne organisation de la vie professionnelle a été jugée nécessaire pour pouvoir jongler avec les horaires qui doivent inclure la dimension familiale avec le problème de nos jours des deux conjoints qui travaillent, ce qui n'était pas forcément le cas avant. On est ainsi forcément moins disponible pour les enfants sans compter le problème du divorce si on rentre régulièrement après 22.00 heures du soir.

La plupart des intervenants sont d'accord pour dire que les deux dimensions, familiale et professionnelle, étant liés de façon interactive, l'organisation de la vie professionnelle ne se conçoit plus seule de nos jours ! Il faut tout simplement abandonner l'idée que dans chaque commune il doit y avoir un médecin. Il faut songer à la notion de regroupement. Ceci est d'autant plus vrai qu'actuellement rares sont les médecins qui habitent à l'endroit où ils exercent. Souvent ils parcourent jusqu'à trente kilomètres pour se rendre du domicile au cabinet.

Le regroupement avec des gardes régulées est revenu régulièrement au cours du débat.

3) Concernant les compétences et la polyvalence

La nécessité d'être polyvalent en soins primaires mais aussi un manque de moyens techniques ont été soulignés.

A la question de savoir si oui ou non, il faut des compétences en urgences, la réponse a clairement en faveur de compétences minimales pratiques surtout devant l'urgence absolue où le fait de poser une voie veineuse périphérique et conditionner le patient sont une nécessité.

L'exemple de la Haute Marne a été citée il n'y a pas encore de régularisation généralisée car on estime qu'elle a des effets pervers. Tout médecin de campagne dans cette région doit connaître des rudiments techniques d'urgence car à 50 kilomètres des villes ils doivent traiter l'urgence. Les urgences réellement dramatiques comme les tachycardies ventriculaires meurent souvent sur place alors que les autres comme la rupture de rate peuvent être conditionnées sur place puis acheminées. En conclusion, il faut moins insister sur les gestes techniques mais sur attirer plus de médecins en campagne, les jeunes ne sachant pas ce qu'ils perdent.

Ainsi il faudrait encourager les généralistes qui ont un « feeling » pour l'urgence à s'installer en rural puisque à certains endroits, le SMUR met 40 minutes à arriver sur les lieux.

Dans ce sens, les maisons médicales seraient exemplaires ! L'urgence des soins serait réalisée par des médecins qui travailleraient en roulements et ainsi les jeunes seront attirés en campagne par une structure médicale fonctionnelle déjà en place.

La différence entre médecin urgentiste et médecin généraliste pratiquant des gestes d'urgence en campagne a été clairement souligné, l'urgentiste étant fait pour le SMUR et les urgences à l'hôpital.

4) La Formation spécifique

Un intervenant précise qu'actuellement grâce aux SASPAS, la formation universitaire se dirige de plus en plus vers le milieu rural. Cette notion est très importante puisque 80% des jeunes sont des urbains, il faut les en sortir pour aller découvrir le métier de médecin de campagne.

Un élu précise cependant que les habitants de la campagne ne veulent pas de spécialité rurale et ne veulent pas être étiquetés comme ayant besoin d'une médecine et de médecins spéciaux. Il faut simplement des médecins sensibles et non une formation sectarisée. On est médecin et c'est par goût qu'on va vers la campagne.

Dans ce sens l'importance d'introduire les sciences humaines dans la formation, au risque d'une « ghettoïsation » a été soulignée. La spécificité de la médecine rurale est que l'universaliste la refuse, car il y aurait ségrégation, le républicain s'y oppose au nom du droit à l'égal sur tout le territoire.

Un professionnel de santé plaide en faveur de l'établissement d'un cahier des charges en estimant les besoins de la population pour instaurer un salaire rétributaire de plusieurs secteurs (prévention, consultations habituelles, médecine scolaire, gardes).

D'autres mesures ont été citées puis qu'actuellement pour bien vivre en campagne, il faut faire beaucoup d'actes, et c'est épuisant. Il faut soutenir les médecins de campagne soit par des moyens financiers soit par d'autres avantages. Il faut savoir que l'hôpital local est le premier échelon de l'hospitalisation et que des médecins généralistes y exercent la médecine avec des conditions de travail de loin plus intéressantes. Il ne faut plus former des médecins généralistes selon un schéma fictif mais il faut tenir compte des besoins réels de la population tels que les SROS tentent justement de définir.

5) Concernant une assurance responsabilité spécifique de la médecine générale rurale : Oui mais...

Initialement pour une assurance spécifique, la tendance s'est nettement inversée lors de notre réunion. En effet, la formation de médecin généraliste est amplement suffisante pour garantir tous les actes en milieu rural. C'est la médecine de ville qui n'exploite pas à fond les différentes facettes du métier de généraliste.

6) Concernant la délégation d'activités au paramédical :

Un interne en médecine générale a souligné qu'il faut un corps enseignant de professeurs en médecine générale pour officialiser cette discipline comme étant une spécialisation à part entière et qui pourraient enseigner et déléguer les différents actes concernés.

Apparemment 37% du temps du médecin généraliste est consacré à l'administratif ce qui est inacceptable. Il est important de déléguer avant tout ces tâches administratives avant de s'attaquer aux actes médicaux.

Ainsi l'opinion a été favorable pour une délégation qui pourrait majoritairement se faire au profit des infirmières surtout en ce qui concerne les vaccinations qui sont citées massivement puisque de façon générale les médecins n'ont vraiment pas de temps à perdre avec ça.

Un médecin de campagne avoue que ce système fonctionne déjà parfaitement dans son secteur : l'infirmière, le médecin et le kinésithérapeute se téléphonent en cas de problème et se réunissent de toute façon une fois par semaine. On peut déléguer les vaccinations aux infirmières, oui, mais à condition qu'elle le signalent au médecin qui en prend la responsabilité. Voilà la différence entre transfert et délégation.

Il faut y ajouter l'éducation des patients qui est primordiale.

Tous sont d'accord pour dire que cette délégation ne peut se faire que dans un cadre juridique et législatif donné et bien défini.

7) Concernant les avantages et inconvénients de l'exercice isolé et collectif et pluridisciplinaire en milieu rural :

Tous sont d'accord pour dire qu'il n'y a plus d'avantage pour exercer seul en zone rurale et que l'exercice pluridisciplinaire ne présente pas d'inconvénients mais offre une prise en charge globale, spécialisée et permet une concertation en cas de difficultés, ce qui est un critère de qualité. Cependant, quelques-uns travaillent en groupe dans un but purement financier pour diminuer le coût tout simplement.

4. Propositions

1) Concernant les qualités humaines requises du médecin de campagne :

La disponibilité étant la principale qualité souhaitée pour le médecin rural, il convient de la favoriser en aménageant les conditions d'exercice, notamment grâce à la maison médicale.

La disponibilité est la qualité humaine la plus importante pour les médecins de campagne déjà installé et surtout pour les patients qui pardonnent tout au médecin sauf de ne pas être là, mais refusée par les jeunes internes. Trop de disponibilité est un frein pour une vie familiale équilibrée.

La maison médicale rurale semble un moyen de remédier à ce problème notamment avec la possibilité de tourner en roulement pour assurer la permanence des soins et ainsi pouvoir proposer éventuellement une ou deux fois par semaine des consultations matinales ou des nocturnes jusqu'à 22 heures. Ainsi l'organisation de la disponibilité sera appréciée par le patient et tolérable pour le médecin. Cependant, il faut un changement de conception dans la mentalité du patient qui ne peut pas forcément toujours avoir recours à son médecin.

2) Concernant l'attractivité et l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée :

Permettre un juste équilibre entre vie professionnelle et vie privée est un facteur essentiel de réussite de l'installation en milieu rural. Le partage des tâches entre professionnels de santé devrait le favoriser.

Une vie familiale équilibrée est un critère important pour les médecins de campagne surtout si les deux conjoints travaillent. Ceci est uniquement possible si on organise la vie professionnelle de façon radicalement différente de l'exercice isolé. Le regroupement de communes en communauté de communes est nécessaire pour offrir des structures médicales pluridisciplinaires et ainsi une permanence des soins notamment avec des gardes régulières. La vie médicale prospérera mieux en campagne si elle est bien organisée.

3) Concernant les compétences du médecin rural :

La polyvalence et l'aptitude à gérer les Urgences sont des compétences essentielles pour assurer la permanence et la continuité des soins. Elles supposent une bonne coordination entre les professionnels en privilégiant le travail en groupe.

Un médecin de campagne doit être polyvalent. Même s'il n'est pas un urgentiste, des compétences minimales comme poser une voie veineuse périphérique et conditionner un patient en attente du SMUR sont nécessaires. Cette compétence technique doit être apprise et entretenue. Pouvoir se déplacer vers un appel urgent n'est que possible si la permanence des soins n'est pas interrompue en attendant, donc si on travaille en groupe comme dans une maison médicale. En plus, une approche de « semi urgentiste » en ce qui concerne le médecin de campagne peut rendre ce métier plus intéressant au regard des jeunes qui le boudent actuellement.

4) La Formation :

Plutôt qu'une formation spécifique, il convient de développer l'intérêt et la connaissance de ce mode d'exercice lors de stages précoces durant des études médicales. Une FMC adaptée devrait être organisée par les praticiens ruraux avec la participation des paramédicaux et en développant l'évaluation au travers des groupes d'échange de pratique.

La formation spécifique à la médecine générale devrait bénéficier du développement de la médecine générale universitaire et du corps des enseignants généralistes.

Pour découvrir la médecine rurale il faut la rendre attrayante et pratiquer des stages précoces sur le terrain. Actuellement les SASPAS tentent de se rapprocher du monde rural. Or il ne faut pas sectariser la médecine rurale, les habitants ruraux ne voulant pas de médecine spécifique mais juste des médecins sensibles et humains. Dans ce sens on pourrait proposer des FMC notamment associatives locales s'orientant vers les besoins réels de la population qu'actuellement les SROS tentent de mettre en évidence. N'oublions pas qu'une FMC théorique n'est pas suffisante, il faut une pratique sur le terrain pour une bonne formation la plus réaliste que possible.

5) Concernant la délégation d'activités au paramédical :

La délégation de tâches administratives ou de soins infirmiers sous la responsabilité du médecin rural paraît non seulement envisageable mais certainement utile pour optimiser l'activité médicale.

On est tous d'accord qu'il faut clairement séparer la délégation et le transfert de compétence qui sont deux définitions bien différentes. La délégation de compétence qui est nettement préférée ici, doit surtout toucher à l'administratif qui représente 37 % du temps du médecin, et éventuellement à quelques actes médicaux simples envers le personnel infirmier. Cependant un rapport au médecin traitant qui reste responsable est nécessaire.

Cette délégation se fera uniquement dans un cadre légal et juridique bien défini.

6) Exercice individuel ou en groupe :

Le regroupement des médecins en lien avec d'autres professionnels de santé, suivant des modalités à définir en fonction des spécificités locales, est une mesure fortement recommandée pour répondre aux aspirations des médecins et aux besoins des populations rurales.

Tous sont d'accord pour dire qu'il n'y a plus d'avantage pour exercer seul en zone rurale et que l'exercice pluridisciplinaire ne présente plus d'inconvénients mais offre une prise en charge globale, spécialisée et permet une concertation en cas de difficultés, ce qui est un critère de qualité. Cependant, quelques-uns travaillent en groupe dans un but purement financier pour diminuer le coût tout simplement.

III. PERSPECTIVES FUTURES

1. Le profil idéal du futur médecin de campagne

L'étude historique de l'évolution de la médecine rurale, l'état actuel de la démographie médicale rurale et les résultats de notre questionnaire axés sur le métier de médecin rural, ont permis d'établir un profil du futur médecin de campagne.

Ce profil est bien sûr construit sur différents aspects issus du caractère du futur candidat, de ses motivations, de son enseignement, de ses expériences sur le terrain, de sa capacité d'intégration dans le milieu professionnel et de son évolution pendant l'exercice de sa profession. Les raisons familiales prises globalement font partie intégrante de ce profil puisque de nos jours elles ne peuvent plus être ignorées ou considérées comme secondaires dans le choix de l'exercice de la médecine sous n'importe quelle forme.

A. La formation initiale à la faculté

1. La formation théorique

Déjà au cours du deuxième cycle d'études médicales, différents cours théoriques mais bien entendus pratiques seront enseignés notamment par des professeurs en médecine générale qui pourront susciter la curiosité pour cette spécialité de la médecine auprès des étudiants. Ainsi l'importance de ce métier pourra être souligné puisqu'un médecin rural est en contact direct avec la population de la campagne profonde qui présente ses particularités et coutumes locales qu'il ne faut pas négliger.

Ainsi une formation initialement théorique en relations humaines, un minimum de psychologie et de connaissances sociales seront enseignés. Leurs applications pratiques ne pourront se faire que secondairement sur le terrain.

Notre candidat idéal aura les caractéristiques nécessaires lesquelles sont un bon contact humain tout en restant humble et modeste. L'écoute est primordiale puisque toute plainte du patient n'est pas forcément organique mais souvent psychologique ou simplement relationnelle. Il faut aimer les gens puisqu'on est en contact avec eux quasi tout le temps, accepter leurs différences notamment culturelles. L'ouverture d'esprit, la tolérance et la patience sont des caractéristiques incontournables absolument nécessaires au futur médecin de campagne.

Fort de son bagage théorique du deuxième cycle, vient le moment de l'internat en médecine générale avec des stages sur le terrain. Cette approche pratique sera l'élément clef pour le choix et l'orientation du futur médecin.

2. Les stages

Se sera grâce au SUMGA et au stage chez le praticien que l'exercice en milieu rural sera exposé au futur candidat avec ses avantages et désavantages. Heureusement un passage de six mois aux urgences d'un hôpital local permettra à l'interne de voir la différence qu'il existe au sein même de la médecine générale avec d'un côté le médecin rural installé et de l'autre côté la médecine d'urgence qui sont deux facettes complètement différentes de ce métier. Le département universitaire de médecine générale permettra d'approfondir ces différents aspects de la profession notamment avec des intervenants issus eux-mêmes du milieu rural. Le stage chez le praticien est le moment clef influençant le choix du futur candidat. Pendant une période de six mois dont trois passés idéalement au sein d'une association de médecins de campagne exerçants dans une maison médicale et trois mois auprès d'un généraliste isolé, le candidat pourra évaluer objectivement les deux façons de concevoir la médecine.

Ce sera pendant cette période que les connaissances avec les intervenants de santé sur le terrain pourront se nouer et que notre interne pourra évaluer le rythme de vie de ses confrères et l'organisation de temps de travail notamment avec la participation au tour de garde. Le roulement qui est possible uniquement dans une maison médicale permet une organisation de sa vie privée et familiale qui plaira à notre futur médecin puisque ces éléments sont les facteurs majeurs influençant sur la modalité d'exercice future des jeunes aspirants à la médecine générale.

L'autre avantage de la maison médicale par rapport à l'exercice isolé est la prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient avec la possibilité de demander un avis auprès d'un confrère en cas de doute, ce qui sera sûrement plus fréquent en début d'installation comme se sera le cas pour notre jeune médecin.

En plus, le site d'implantation de cette structure de soins, à savoir dans un gros bourg avec de bonnes structures communales avoisinantes, des possibilités de scolarisation et un réseau de transport correct n'apportent que des plus dans la future argumentation de notre jeune interne concernant l'évaluation de son lieu d'exercice. Son ou sa conjointe pourra beaucoup plus facilement trouver un emploi dans une localité plus importante que dans un village isolé en rural profond.

B. L'installation

Fort de cette expérience, et après avoir soutenu sa thèse, le jeune docteur déjà connu par ses confrères de la maison médicale ne trouvera pas d'obstacle à son vœux de s'installer au sein de cette structure de soins qui ne présente à priori que des avantages pour lui et sa famille.

Au niveau familial, l'équilibre est ainsi assuré par un roulement entre confrères pour les gardes et astreintes qu'ils pourront passer sur les lieux-mêmes puisqu'un appartement a même pu être aménagé à cette finalité.

Convaincu que cette organisation est l'avenir de la médecine rurale et voyant que le statut de la médecine s'est raffermi dans l'université, ce jeune médecin y suivra des formations pour ensuite pouvoir lui-même donner des cours aux jeunes étudiants et internes en médecine générale.

Son implication dans la vie associative au niveau local ou régional, qui n'est possible rappelons-le grâce au temps libre possible par le roulement entre confrères d'une même maison médicale, lui donne une notoriété telle qu'il se fera éventuellement élire ou conseil communal voire à un niveau hiérarchique plus important.

Ainsi on retrouvera vraisemblablement de nouveau plus de médecins investis dans la vie politique.

C. Conclusion

Tous ces avantages ne sont évidemment pas seulement dus au fait d'exercer dans une maison médicale, ce serait trop facile. Les prémisses à un succès en zone rurale sont multifactorielles comme on vient de le voir.

Un caractère particulier avec une approche ouverte et communicative envers le patient tout en étant tolérant sont des nécessités évidentes.

Suit une formation comme on vient de le voir qui souligne objectivement les points positifs mais aussi négatifs de l'exercice en milieu rural.

Une structure sur place offrant un équilibre acceptable entre une vie professionnelle et vie familiale, comme s'est le cas d'une maison médicale, est l'élément-clef d'une réussite et de la survie de la médecine et de la permanence des soins en milieu rural.

IV. Conclusion

IV. Conclusion

Cette thèse a montré que le métier de médecin de campagne a depuis sa création officielle avec les officiers de santé après la révolution française jusqu'à nos jours en 2005, subi des modifications importantes tant sur le plan de l'acquisition des connaissances que sur les modalités d'exercice au quotidien.

Malgré les évolutions démographiques et sociologiques auxquelles la médecine rurale doit sans cesse faire face, un élément primordial reste constant tout au long des années : l'amour du métier, l'amour de la campagne et l'amour envers les ruraux.

Une différence notable a pu être soulignée grâce à ce travail concernant la permanence des soins qui était supposée et acceptée par tous comme étant complète. De nos jours les jeunes médecins ruraux revendiquent une vie familiale équilibrée. Le sacrifice pour la profession n'est plus total.

Cette nouvelle notion, couplée à la chute de la démographie médicale surtout en zone rurale ainsi que la féminisation de la profession montre l'impasse dans laquelle évolue la médecine rurale actuellement en l'absence de changement radical dans la conception même de l'organisation de celle-ci.

La surcharge en travail, l'isolement complet et une vie de famille défavorable de l'actuel médecin de campagne rend souhaitable une réorganisation médicale avec des associations de généralistes et de personnel paramédical dans des structures définies comme étant des maisons médicales.

Ces maisons médicales illustreraient les besoins des ruraux et ceux des professionnels de santé qui bénéficient d'une permanence de soins par des roulement entre eux ainsi que d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient.

Cette structure implantée au niveau des communautés de communes et non au niveau territorial rend ainsi compte au besoin réel de la population rurale organisée en bassin de vie. Le cahier de charges, la façon comment intégrer ou fonder une maison médicale et les éventuelles aides possibles sont des thèmes traités dans la thèse pour le doctorat en médecine générale de Jean-Charles Vauthier, interne en médecine générale à Nancy.

Un autre élément important de ce travail a été de faire ressortir la nécessité d'une plus forte implication du personnel paramédical dans la permanence des soins grâce au principe de la délégation de compétences du milieu médical vers le paramédical sous contrôle ministériel et ordinal encore à définir plus précisément. Cette conception de délégation n'est pas tout à fait nouvelle puisqu'on la retrouve déjà dans l'histoire avec l'avènement des officiers de santé qui étaient médecins mais non docteur et ne pouvaient pas exécuter tous les gestes de la médecine sans l'intervention d'un docteur.

Le financement d'une maison médicale pourra comporter des capitaux provenant des collectivités locales, de l'Etat voire de capitaux privés, leur réalisation étant assez onéreuse mais souhaitable.

Pour rendre le métier de médecin généraliste en zone rurale plus attractif, des stages pratiques surtout en milieu rural avec des enseignements universitaires faisant la promotion du métier de médecin rural notamment avec les SUMGA constituerait une étape primordiale pour faire découvrir et aimer ce métier.

Grâce à ce travail, nous avons pu dresser un profil du futur médecin de campagne avec ses caractéristiques personnelles, sa volonté, ses connaissances, sa formation et les pré requis pour son installation en zone rurale.

V. Bibliographie

Bibliographie référencée dans le texte :

1. Flaubert Gustave
« *Madame Bovary* »
Editions de Cluny, Paris, 1947
2. de Maupassant Guy
« *En famille* »
Texte publié dans *La Nouvelle Revue* du 15 février 1881
3. Léonard Jacques
« *La vie quotidienne du Médecin de Province au XIX siècle* »
Hachette littérature, 1982
4. Histoire au présent
« *Maladies, médecines et sociétés* », 1993
5. Herzlich C., Bungener M., Paicheler G. et Roussin P., Zuber M.-C.
« *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980* »
Editions INSERM/Doin Editeurs, Paris, 1993
6. *Revue Etudes et résultats de la DREES*
Le Monde, no 44, décembre 1999
7. Romains, Jules
« *Le docteur Knock* »
collection Folio N° 20, éditions Gallimard, janvier 1991
8. Améry Jean
« *Charles Bovary médecin de campagne, portrait d'un homme simple* »
actes sud, 1991
9. Demaurex F.
Notices sur les instruments et appareils de chirurgie, Genève, 1889

10. Leroy Eugène
« *L'Ennemi de la Mort* »
(*Œuvres complètes d'Eugène Le Roy*),
Editions du Périgord Noir
11. Stendhal
« *Lamiel* »,
éditions d' Anne-Marie Meininger, Folio texte intégral
12. Professeur Cariage J.-L.
« *L'exercice de la médecine en France à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle* »
13. Kremp Macé F.
« *La profession médicale, situation économique et sociale en France de 1920 à 1940* »
Thèse de droit, Paris, 1958
14. Martinet Gel.
« *Le médecin de campagne* »
A. Masson Lpt., 1836
15. Pagnol Marcel
« *Souvenirs d'enfance* »
extraits de *La Gloire De Mon Père*, Editions Pastorelly, 1962
16. Zola Emile
« *Le Docteur Pascal* »
éditions Le Livre de Poche, 2004
17. Virchow, Rudolf
« *Die Cellularpathologie* »
nouvelle édition, éditions Hirschwald, Berlin, 1871

18. Poirier Jacques, Salaün Françoise
« *Médecin ou malade ? La médecine en France aux XIX^e et XX^e siècles* »
éditions Masson, Paris, 2001
19. Goubert Jean-Pierre, Rey Roselyne, Bertrand Jacques, Laclau Alexandra
« *Atlas de la Révolution Française No. 7 Médecine et Santé* »
Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 1993
20. de Balzac Honoré
« *Le Médecin de campagne* »
Édition Pocket, 1994
21. Daudet, Léon
« *Les morticoles* »
P. Editions Valère, 1939
22. Duhamel Pierre
« *Histoire des médecins français* »
Éditions Plon, 1993
23. de Balzac Honoré
« *Le curé du Village* »
Éditions Flammarion, 1952
24. Professeur Berland Yvon
Mission « Démographie des professions de santé »
Novembre 2002
25. Population et société
Bulletin mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques,
No :410, mars 2004
Source : INSEE

26. Vallin Jacques et Meslé France
« *Tables de mortalité française pour les XIX^e et XX^e siècles et projections pour le XX^e siècle* »
données statistiques No 4-2001, INED, novembre 2001

Bibliographie non référencée dans le texte :

Docteur Bonnet-Roy F.

« *Les médecins, La médecine et la Science* »

éditions des Horizons de France, Paris, 1944

Chauviré Jacques

« *Journal d'un médecin de campagne* »

éditions le temps qu'il fait, 2004

Desaive J.-P., Goubert J.-P., Le Roy Ladurie E, Meyer J., Muller O., Peter J.-P.

« *Médecins, Climat et Epidémies à la fin du XVIII^e siècle* »

Paris, Mouton, La Haye, 1972

Duriez Marc, Lancry Pierre-Jean, Lequet-Slama Diane et Sandier Simone

« *Le système de santé en France* »

collection Que sais-je ?

éditions PUF, 1996

Halioua Bruno

« *Histoire de la médecine* »

éditions Masson, Paris, 2004

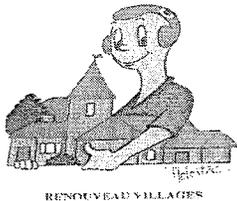
Histoire au présent

« *Maladies, médecines et sociétés* », 1993

VI. ANNEXE



Département Universitaire de Médecine Générale



Association Régionale des MSA de Lorraine

«Titre_1» «prénom» «Nom_»
«Titre_2»
«Adresse_1»
«Adresse_2»

Nancy, le 20 Juillet 2005

«Titre_3»,

Une réflexion importante est en cours à propos de la démographie médicale et en particulier de ses répercussions sur le milieu rural.

Un travail est mené actuellement sur ce sujet au Département Universitaire de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy, en partenariat avec l'association Renouveau Villages, la Mission Régionale de Santé et la MSA. Deux thèses de doctorat en médecine concluront cette démarche. Elles sont conduites par Roland D'Amico et Jean-Charles Vauthier. Le projet est décrit en document joint.

Dans ce cadre, nous sollicitons votre expertise ainsi que celle d'autres personnalités qualifiées dont vous trouverez la liste en annexe. Votre contribution consiste dans un premier temps à enrichir le questionnaire joint et dans un second temps à participer à une réunion où seront discutés les résultats afin d'élaborer des propositions qui seront précisées dans les deux thèses. Leur synthèse sera destinée aux collectivités territoriales, aux services déconcentrés du Ministère de la Santé et à l'Assurance Maladie pour contribuer à la gestion de ces problèmes.

Nous souhaiterions disposer du questionnaire fin août 2005. La réunion est prévue le 21 octobre 2005 en soirée à Nancy. L'heure et le lieu vous seront précisés ultérieurement par un courrier qui accompagnera les résultats provisoires.

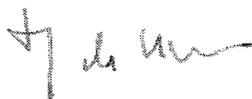
Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous confirmer votre participation au questionnaire et/ou à la réunion de travail.

.../...

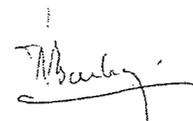
Comptant vivement sur l'enrichissement que vous apporterez à cette réflexion,

Nous vous remercions par avance de votre participation et vous prions de croire,
«Titre_3», en l'expression de nos respectueuses salutations.

Pr Jean-Dominique DE KORWIN
Coordonnateur du Département Universitaire
de Médecine Générale
Président de thèse



Pr Michel BOULANGE
Professeur Emérite de la Faculté de Médecine
Ancien Président de l'Université H. Poincaré
Vice Président de Renouveau Villages



Jacques MAGET
Président de Renouveau Villages



Dr Laurent SIDO
Médecin généraliste enseignant
Directeur de thèse



Dr Jean-Louis DEUTSCHER
Médecin Coordonnateur MSA Lorraine
Directeur de thèse



Thèses Médecine Rurale

Projet

Préambule :

La pratique médicale en milieu rural et la ruralité elle-même connaissent une mutation particulièrement rapide et préoccupante actuellement. Il s'exprime une crise démographique de la médecine rurale avec la crainte de manquer à brève échéance de médecins généralistes en nombre suffisant pour répondre aux besoins sanitaires de premier recours de la population rurale. Les jeunes professionnels de santé n'ont plus le même profil, ni les mêmes aspirations que leurs aînés. Les critères d'attractivité géographique se sont modifiés. La répartition territoriale des médecins est aujourd'hui un problème de société et risque de devenir un problème de santé publique. Les solutions à apporter intéressent autant le monde médical que les citoyens et leurs représentants. Les pouvoirs publics sont alertés et les responsables politiques ruraux cherchent des solutions en Lorraine. Des mesures d'aide à l'installation sont en cours de propositions. Le développement des maisons médicales en milieu rural apparaît comme une des solutions intéressantes à promouvoir pour répondre aux demandes et faciliter l'installation des médecins en milieu rural.

Le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy et l'association **Renouveau Villages** proposent de mener en commun un travail de recherche dans ce domaine sous forme de deux thèses de doctorat d'état confiées à de futurs médecins généralistes. L'ambition est d'aider autant les jeunes médecins dans leur formation et leur choix d'installation, que les élus nationaux et locaux, les instances gouvernementales et les administrations concernées.

Objectifs :

Le premier travail concerne l'évolution de la médecine en milieu rural du XIX^e siècle à nos jours, centré sur le métier de médecin de campagne et les compétences requises pour l'exercer. Cette période est choisie en raison des documents disponibles et de l'émergence contemporaine du concept de médecine rurale organisée. L'objectif est de réaliser une enquête historique pour aboutir à un état des lieux et de définir un profil du médecin rural, adapté aux besoins de la population et aux aspirations des futurs médecins. Des recommandations relatives à la formation et à l'exercice professionnel, seront faites à l'usage des médecins généralistes de demain, des responsables de leur formation et de la société civile. Elles s'appuieront sur l'évolution du monde rural et les mutations sociologiques des dernières décennies. Cette démarche reposera sur les avis de groupes d'experts constitués à cet effet et sur une revue de la littérature médicale et non médicale.

Le deuxième travail a trait à l'exercice de la médecine rurale maintenant et dans le futur, ses modalités pratiques, son insertion dans le monde rural et les moyens nécessaires pour y parvenir. Le projet de maison médicale rurale sera développé comme l'un des modèles de réponse à la problématique actuelle. Les aides et les incitations réglementaires à l'installation seront recensées. Des mesures d'aides et d'incitations complémentaires, à l'initiative des collectivités locales, seront recherchées. Elles prendront en compte l'organisation territoriale en pays et

territoires de santé. Un cahier des charges sera proposé pour faciliter la création de maisons médicales rurales. Les avis de groupes d'experts de tous les domaines impliqués et des représentants des organismes concernés permettront de préciser les besoins et les attentes. Des recommandations seront formulées sur la base de ces avis et d'une revue de la littérature tant médicale que non médicale.

Organisation du projet et responsables :

Thèse 1 :

Etudiant en thèse : *Roland D'Amico*

Président : *Pr Jean Dominique de Korwin*

Directeur : *Dr Laurent Sido*

Titre provisoire : **Le métier de médecin en milieu rural, son évolution du XIX^{ème} siècle à nos jours. Recommandations pour la formation et l'exercice futur des jeunes médecins.**

Thèse 2 :

Etudiant en thèse : *Jean-Charles Vauthier*

Président : *Pr Jean Dominique de Korwin*

Directeur : *Dr Jean-Louis Deutscher*

Titre provisoire : **L'exercice de la médecine en milieu rural : recensement des besoins et des attentes, modalités d'installation et intérêt des maisons médicales, aides et incitations. Recommandations pour favoriser l'installation des médecins ruraux.**

Un comité scientifique est constitué pour favoriser la réalisation de ces deux thèses et développer notamment les relations avec les représentants professionnels et institutionnels concernés. Il est constitué par :

- Les 2 étudiants en thèse.
- Le président du jury et les 2 directeurs de thèse.
- Le Pr *Michel Boulangé* et M. *Jacques Maget*, représentant l'association **Renouveau Villages**, partenaire de l'opération.
- M. *Yannick Ruelle*, représentant l'association **RAOUL-IMG**, syndicat représentatif des internes et résidents en médecine générale de la Faculté de Médecine de Nancy.

Protocole

Chaque expert est invité à répondre au même questionnaire. Celui-ci est constitué de 40 questions validées par le comité scientifique.

Retour des questionnaires :

Nous vous demandons de retourner ce questionnaire une fois complété au Département Universitaire de Médecine Générale de la Faculté de Nancy en utilisant l'enveloppe ci-jointe ou à l'adresse suivante :

Thèse médecine rurale
DUMG - Faculté de médecine de Nancy
Madame Sylvie Grand
9 avenue de la Forêt de Haye
BP. 184
54505 Vandoeuvre lès Nancy Cedex

Réunion plénière :

Une **réunion plénière** sera organisée le 21 octobre 2005 en soirée à Nancy avec les 3 groupes d'expert et le comité scientifique. Un courrier confirmant les modalités de la réunion sera diffusé début septembre. Les résultats du questionnaire seront alors présentés, discutés et feront l'objet d'une synthèse en vue de proposer des recommandations.

Merci de bien vouloir retourner les questionnaires pour le 31 août 2005 impérativement.

Liste des experts

La multiplicité des acteurs et des experts sur un tel sujet a conduit le comité scientifique et technique à désigner des représentants de chaque entité compétente, rassemblés en **3 groupes d'experts** :

- **Professionnels de santé :**

- Médecins généralistes ruraux (un par département)
 - **Dr Pierre Folignoni** (Brin sur Seille)
 - **Dr Philippe Favier** (Vigneulles lès Hattonchatel)
 - **Dr Christophe Przychocki** (Dieuze)
 - **Dr Jean-Marie Heid** (Senones)
- Médecin urgentiste SAMU-SMUR :
 - **Dr Michel Vedel** (Verdun),
- Instances professionnelles représentant les médecins généralistes :
 - **Ordre des Médecins Vosges : Dr Xavier Deau** (Golbey)
 - **Ordre des Médecins Meuse : Dr Claude Munier** (Tronville en Barrois)
 - **Syndicat CSMF : Dr Alain Prochasson** (Metz, trésorier national de la CSMF)
 - **Syndicat MG France : Dr Marie-France Gérard** (Vicherey)
 - **URML de Lorraine : Dr Rémi Unvois** (Vandoeuvre)
 - **Association des Médecins Généralistes Enseignants de la Région Lorraine : Dr Jean-Louis Adam** (Dombasle en Argonne)
- Un médecin remplaçant et 2 internes de médecine générale :
 - **Médecin Remplaçant : Dr Thierry Liévin**
 - **Syndicat RAOUL-IMG/ISNAR-IMG : M. Alan Charissou**
 - **Interne de Médecine Générale : Mme Sophie Salmon**
- MSA et Institut National de Médecine agricole :
 - **Pr Patrick Choutet** (Tours) : Président de l'Institut National de Médecine Agricole
 - **Pr Dominique Bertrand** (Bagnolet) : Médecin National MSA
- Représentants des autres professionnels de santé :
 - **Pharmaciens : Dr Monique Durand**, Ordre Régional des Pharmaciens, (Champigneulles)
 - **Infirmiers : Mme Catherine Dinot-Albino** (Nancy)
 - **Masseurs kinésithérapeutes : Mr Patrick Choquet** (Vicherey)
 - **Chirurgien dentiste : Dr Paul-Michel Grandjean** (52, Rimaucourt)

- **Elus et Usagers:**

- **M. Roger Cayzelle** (Metz) : Président du Conseil Economique et Social
- **M. François Dosé** (Commercy) : Député de la Meuse
- **M. Michel Fournier** (Les Voivres) : Maire, Secrétaire Général de la Fédération Nationale des Maires Ruraux
- **M. François Guillaume** (Lunéville) : ancien Ministre, Député de Meurthe et Moselle
- **M. Gérard Hypolite** (Hatrize) : Maire
- **M. Edouard Jacque** (Cons la Grandville) : Maire, Député de Meurthe et Moselle
- **Mme Elisabeth Klipfel** (Champdray) : Maire

- **M. Bertrand Mertz** (Thionville) : Vice Président du Conseil Régional de Lorraine
 - **Mme Marguerite Messenet** (Gondrecourt le Château) : membre du Conseil Economique et Social de Lorraine et présidente de l'Association Familles Rurales
 - **M. Antoine Pernot** (Brin sur Seille) : Maire
 - **M. Jackie Pierre** (La Chapelle Aux Bois) : Président de l'Association des Maires des Vosges, Vice Président du Conseil Général, Sénateur
- **Organismes de tutelles et financeurs :**
 - **M. Jacques Sans** (Nancy) : Directeur de la Mission Régionale de Santé et Directeur de l'ARH
 - **M. Hubert Attenont** (Metz) : Président de l'URCAM, membre du Conseil Economique et Social de Lorraine
 - **M. Yvon Schléret** (Vandoeuvre) : Directeur de l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales (ORSAS)
 - **M. Laurent Blatt** (Nancy) : membre du service économique, AUDIT et STRATEGIE
 - **M. Gérard Brun** (Nancy) : membre du service juridique, AUDIT et STRATEGIE
 - **Dr Yannick DARS** (Darney), Conseiller Général des Vosges
 - **M. Claude Desalme** (Juvelize) : Président de la MSA Lorraine



Liste des personnes présentes à la réunion plénière du 21 octobre 2005 à la faculté de médecine :

Elus et usagers :

Mme Nicolle Bernard : Vice-Présidente du Conseil Economique et Social
M. Michel Fournier (Les Voivres) : Maire, Secrétaire Général de la Fédération Nationale des
M. Antoine Pernot (Brin sur Seille 54) : Maire
M. Jackie Pierre (La Chapelle Aux Bois) : Président de l'Association des Maires des Vosges,
Vice Président du Conseil Général, Sénateur
M. François Dosé (Commercy 55) : Député de la Meuse, Maire de Commercy
M. Pierre Bichaton : Renouveau Villages

Professionnels de Santé :

Médecins généralistes ruraux :

Dr Christophe Przychocki (Dieuze)
Dr Philippe Favier (Vigneulles lès Hattonchatel 55)
Dr Pierre Folignoni (Brin sur Seille 54)
Dr Daniel Bagnon (55 Médecin au SAMU)

Instances professionnelles représentant les médecins généralistes :

Dr Marie-France Gérard (Vicherey) : Syndicat MG France
Dr Xavier Deau (Golbey) : Ordre des Médecins Vosges

Représentants des autres professionnels de santé :

Mr Patrick Choquert (Vicherey) : Masseur kinésithérapeute
Dr Monique Durand (Champigneulles), Pharmaciens , Ordre Régional des Pharmaciens

Internes en médecine générale :

M. Frédéric Jung
M. Alan Charissou : Syndicat RAOUL-IMG/ISNAR-IMG
Mme Sophie Salmon
M. Yannick Ruelle : Secrétaire Général ISNAR-IMG

Faculté de médecine :

Professeur Patrick Netter : Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy

Membres du comité scientifique:

Professeur J.D. De Korwin
Professeur Michel Boulangé, Renouveau Villages
M. Maget Jacques : Président de « Renouveau Villages »
Dr Laurent Sido
Dr J.L. Deutscher

Organismes de tutelle et financeurs :

M. Hubert Attenont (Metz) : Président de l'URCAM, membre du Conseil Economique et Social de Lorraine
Dr Yannick DARS (Darney), médecin généraliste et Conseiller Général des Vosges
Dr Rémi Unvois : Président de l'URML de Lorraine

**Questionnaire sur la médecine rurale :
le métier, les besoins, la maison
médicale**

Les questions 1 à 20 font partie de la thèse de Roland
D'Amico

Les questions 21 à 40 font partie de la thèse de Jean-
Charles Vauthier

Questionnaire sur la médecine rurale : le métier, les besoins, la maison médicale

A renvoyer au plus tard le 31 août 2005 à l'aide de l'enveloppe timbrée jointe.

En cas de problème, contactez :

M. Roland D'AMICO : roldamico@hotmail.com

M. Jean-Charles VAUTHIER : jc.vauthier@free.fr - 0687701621

Date :

Merci de préciser dans quelle catégorie vous vous situez :

Professionnels de santé	<input type="checkbox"/>
Elus et Usagers	<input type="checkbox"/>
Représentants Institutionnels et financeurs	<input type="checkbox"/>

Nom et prénom (facultatif) :

1° partie : le métier du médecin rural :

1. Quelles sont les qualités humaines particulièrement utiles au médecin de campagne ?

2. Historiquement, beaucoup de médecins de campagne se sont installés dans la région dont ils sont issus et pour laquelle ils ont des attaches particulières (patois, traditions locales, attaches familiales...)
Cette image est-elle encore d'actualité ?

- Oui
- Non

Commentaires :

3. Quels sont actuellement les critères d'attractivité d'une région pour l'installation en médecine rurale ?

4. Avant l'émergence des spécialités, le médecin de campagne touchait à tous les domaines de la médecine. Quelle est la place des techniques/compétences suivantes dans la médecine de campagne d'aujourd'hui ?

	Pratique régulière	Pratique occasionnelle	Transfert vers spécialiste	Ne se prononce pas
Suivi et déclaration de grossesse				
Frottis de dépistage				
Pratique des accouchements				
Réduction de luxations en urgence				
Soins dentaires de base				
Aide aux démarches administratives (liées à la santé)				
Médecine du travail à orientation agricole				
Médecine légale (entomologie et criminologie)				
Notions de gériatrie				
Accompagnement de fin de vie				
Sutures de plaies superficielles				
Sutures de tendons				
Ongles incarnés				
Incision d'hémorroïdes				
Soins ophtalmologiques d'urgence				
Excision de naevus				
Pratique de l'ECG				
Spirométrie				
Paracentèse				
Echographie				
Autres : ...				

5. Le trait de caractère essentiel d'un médecin de campagne est d'être polyvalent. Indiquez la fréquence des situations rencontrées :

	fréquent	Occasion- nellement	jamais	souhaitable	Ne se prononce pas
Informations de groupes scolaires (MST, contraception, tabac)					
Formation continue du personnel de maisons de retraite (prévention des chutes)					
Consultations prénatales de groupe					
Consultations du nourrisson					
Prévention des accidents					
Initiation aux premiers secours					
Faire partie d'un réseau sentinelle					
Conseiller local pour les questions de santé et d'environnement					
Médecine préventive sur le lieu de travail					
Médecine scolaire					
Médecine des loisirs (Sport, voyages...)					

6. Dans l'optique de cette polyvalence, faut-il organiser une formation spécifique des futurs médecins de campagne ?

- Oui
- Non

Commentaires :

--

7. Si une telle formation spécifique était organisée, quelle(s) forme(s) pourrai(en)t-elle(s) prendre ?

Diplôme universitaire	<input type="checkbox"/>
Cycle de formation organisé par la profession	<input type="checkbox"/>
Réunion de formation médicale organisée	<input type="checkbox"/>
Autres :...	<input type="checkbox"/>

8. De quelle façon les médecins ruraux installés pourraient-ils participer à la formation médicale initiale des futurs généralistes de campagne ?

--

9. De quelles aides (financières et non financières) pourraient bénéficier les médecins ruraux pour le développement de leur formation médicale continue ?

- Financières :

- Non financières :

10. De quelle façon le personnel paramédical pourrait-il aider à la formation du médecin rural ?

11. Eu égard aux nombreux gestes du médecin de campagne par rapport au médecin de ville, pourrait-on envisager une couverture de ces actes par une assurance spécifique ?

- Oui
- Non

Précisez :

12. Quelle(s) modalité(s) faut-il envisager pour la permanence des soins en milieu rural ?

	Fréquemment	Occasionnellement	Jamais	Souhaitable
Joignable directement 24h/24				
Joignable uniquement pendant les heures de consultations normales				
Joignable les dimanches et jours fériés en journée				
Système de gardes de nuit				
Seul avec filtre du SAMU				
En roulement avec d'autres confrères				
D'astreinte en chambre de garde				
D'astreinte au domicile privé				
Consultation au cabinet				
Visite à domicile				
Autres : ...				

13. Quel(s) rôle(s) doit jouer le médecin généraliste rural dans la prise en charge organisée de l'urgence grave et vitale ?

- Pas de rôle
- Volontariat et autonomie de fonctionnement ; paiement à l'acte
- Volontariat avec prise en charge de matériel et de l'assurance responsabilité civile professionnelle ; paiement à la vacation
- Obligation
- Autres : ...

14. Compte tenu de l'exercice particulier de la médecine rurale, y a-t-il une place pour les professions paramédicales dans la permanence des soins ?

- Oui
- Non

Précisez :

15. Vu le nombre restreint de médecins de campagne, peut-on envisager de déléguer certains actes ou compétences à d'autres intervenants du milieu paramédical ?

- Oui
- Non

16. Si oui, quelles tâches pourraient être déléguées au profit de quels intervenants ? Sinon, pourquoi ?

17. A quel niveau hiérarchique se situe l'autorité compétente régulant et contrôlant ce transfert sous réserve de l'acquisition des compétences nécessaires ?

- Communal
- Conseil Général
- Conseil Régional
- Ministériel
- DDASS
- DRASS
- Ordinal
- Assurance maladie
- Autres :...

Commentaires :

--

18. Quels avantages ou inconvénients peut-on rattacher à l'exercice isolé en milieu rural ?

- Avantages :

- Inconvénients :

19. Quels avantages ou inconvénients peut-on rattacher à l'exercice collectif (association de médecins généralistes) en milieu rural ?

- Avantages :

- Inconvénients :

20. Quels avantages ou inconvénients peut-on rattacher à l'exercice pluridisciplinaire (association de médecins de spécialités différentes et autres professions de santé) en milieu rural?

- Avantages :

- Inconvénients :

2° partie : Besoins

21. Hiérarchisez ces 14 propositions relatives aux fonctions de santé, de soins et au rôle social du médecin généraliste rural :

Fonctions	Rang
Prévention	
Dépistage	
Education à la santé	
Prise en charge des enfants et des adolescents	
Prise en charge des personnes âgées	
Coordination du maintien à domicile	
Prise en charge sociale	
Travail en maison de retraite	
Travail en hôpital local	
Travail en réseau	
Confident et conseiller	
Soins programmés	
Soins non programmés évitant le recours à l'hôpital général	
Urgences graves et vitales en relais du SMUR	
Autres :...	

22. Quelle distance maximale séparant le patient et le médecin vous semble tolérable ?

- 5 km / 10 min
- 10 km / 20 min
- 15 km / 30 min
- 20 km / 40 min

23. Pouvez-vous hiérarchiser ces critères de vulnérabilité des territoires ruraux en matière sanitaire ?

Critères :	Rang
Dispersion de l'habitat	
Eloignement des structures de décision	
Eloignement de l'offre de soin spécialisé	
Niveau social plus faible des populations	
Moindre présence des professionnels de santé	
Vieillesse des populations	
Autres : ...	

24. A la lecture du rapport de la « Commission de la Démographie Médicale » présidée par le Doyen Berland, on apprend que malgré la peur de la pénurie, il n'y a jamais eu autant de médecins en France. Comment définir, selon vous, la « démographie médicale idéale » ? (Une ou plusieurs réponses)

- Augmentation de l'effectif médical global afin d'accroître l'accessibilité territoriale et limiter l'activité par médecin
- Stabilisation démographique avec remplacement des médecins cessant leur activité
- Regroupement des professionnels vers des maisons médicales, ce qui implique une limitation du nombre de villages accueillant des médecins et une augmentation de la distance médecin-malade
- Limitation du nombre de médecins afin de rationaliser l'activité et de diminuer la concurrence
- Création de quotas d'installation pour garantir l'égalité d'accès aux soins

25. A quelle échelle géographique doit-on implanter une maison médicale ?

- Village
- Communauté de communes*
- Canton
- Pays*
- Autres :...

26. Une politique d'incitation à l'installation efficace doit-elle relever de la compétence : (Une ou plusieurs réponses)

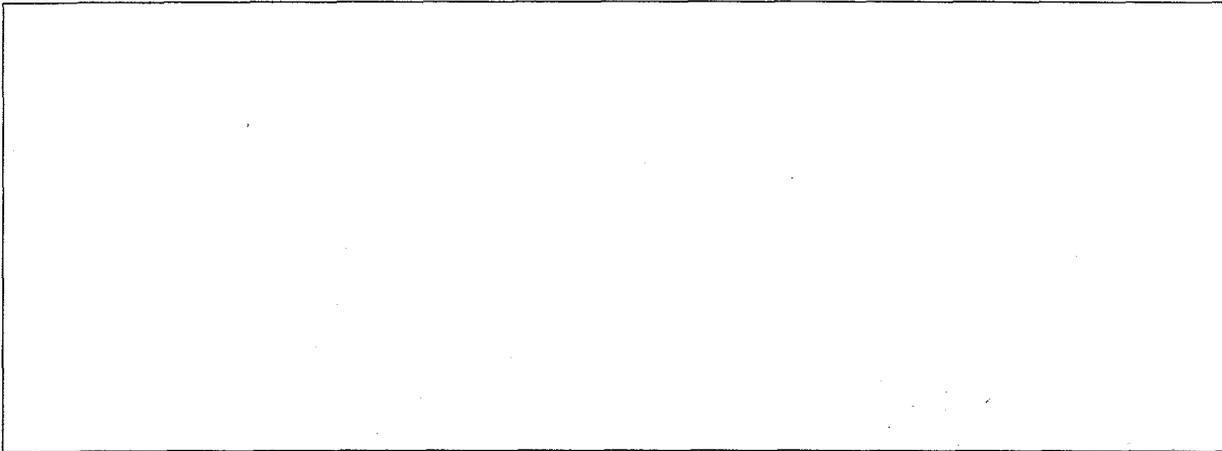
- De l'Etat
- De la Mission Régionale de Santé
- De la DRASS
- De la DDASS
- Du Conseil Régional
- Du Conseil Général
- Du Pays*
- De la Communauté de Communes*
- Du Canton
- De la Commune
- Autres :...

*Communauté de communes : Etablissement public de coopération intercommunale (EPCI), la communauté de communes a été créée par la loi du 06 février 1992 et modifiée par la loi du 12 juillet 1999. La caractéristique de la communauté de communes réside essentiellement dans la plus grande souplesse de choix qu'elle représente, notamment en matière de régime fiscal, dans le nombre de compétences transférées qui est moins important et dans l'absence de seuil géographique. C'est ce cadre ouvert et souple qui explique que c'est le choix le plus répandu de la part des communes qui se réunissent en EPCI. Il n'en demeure pas moins que la communauté de communes présente les mêmes règles globales de fonctionnement que les autres EPCI.

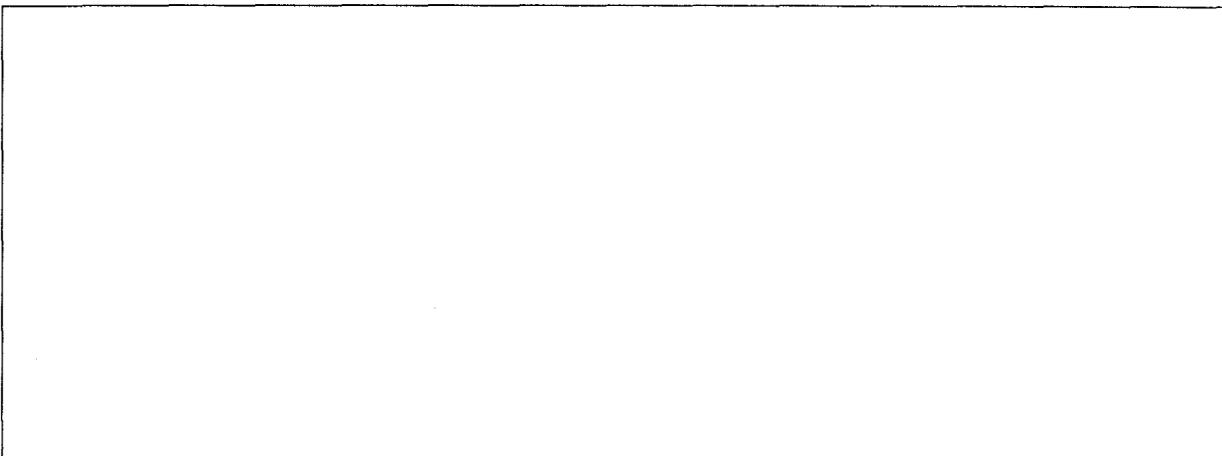
*Pays : le pays n'est ni une circonscription ni un établissement public de coopération intercommunale, c'est avant tout un « territoire » qui présente « une cohérence géographique, culturelle, économique ou sociale » et qui « exprime la communauté d'intérêts économiques et sociaux ainsi que, le cas échéant, les solidarités réciproques entre la ville et l'espace rural ». La définition des caractéristiques et des finalités du pays appartient donc aux collectivités et groupements qui créent le pays. Le pays a été institué par la loi n°95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement du territoire modifiée par la loi n°99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire.

Jean-Robert MASSIMI : dictionnaire de l'intercommunalité

27. Sous quelle forme le médecin de campagne pourrait-il être le conseiller permanent en matière de santé au niveau des collectivités locales ?



28. Les jeunes générations souhaitent de moins en moins s'orienter vers la médecine générale libérale. Quels arguments pourraient les motiver pour qu'ils choisissent cette orientation ?



29. Comment favoriser l'installation en milieu rural ?

- Aspects non financiers :

- Aspects financiers :

30. Actuellement la formation des internes de médecine générale est organisée à l'échelle régionale. Serait-il préférable de l'organiser à l'échelle des bassins de vie ?

- Oui
- Non

Sur quels arguments ?

3° partie : La maison médicale rurale

31. A propos du rôle des collectivités locales :

Quel est le rôle des collectivités locales dans le financement d'une maison médicale rurale ?

- Aucun
- Sous forme de subventions
- En qualité de partenaire immobilier
- En qualité de propriétaire
- Autre :...

Pour quels arguments majeurs ?

--

Quel est le rôle de la collectivité locale dans le choix de l'implantation d'une maison médicale rurale ?

- Aucun
- Consultatif
- Décisionnaire

Pour quels arguments majeurs ?

--

Quel est le rôle de la collectivité locale dans le choix des intervenants d'une maison médicale ?

- Aucun
- Consultatif
- Décisionnaire

Pour quels arguments majeurs ?

--

Quel est le rôle de la collectivité locale dans la conception d'une maison médicale ?

- Aucun
- Consultatif
- Décisionnaire

Pour quels arguments majeurs ?

--

Quel est le rôle de la collectivité locale dans l'organisation du fonctionnement d'une maison médicale ?

- Aucun
- Consultatif
- Décisionnaire

Pour quels arguments majeurs ?

--

32. Existe-t-il une place pour les usagers (la patientèle) dans la création et dans le fonctionnement d'une maison médicale rurale ?

- Oui
- Non

Si oui, qui pourrait les représenter et selon quelles modalités ? Sinon, pourquoi ?

33. Hiérarchisez ces critères relatifs à l'implantation d'une maison médicale :

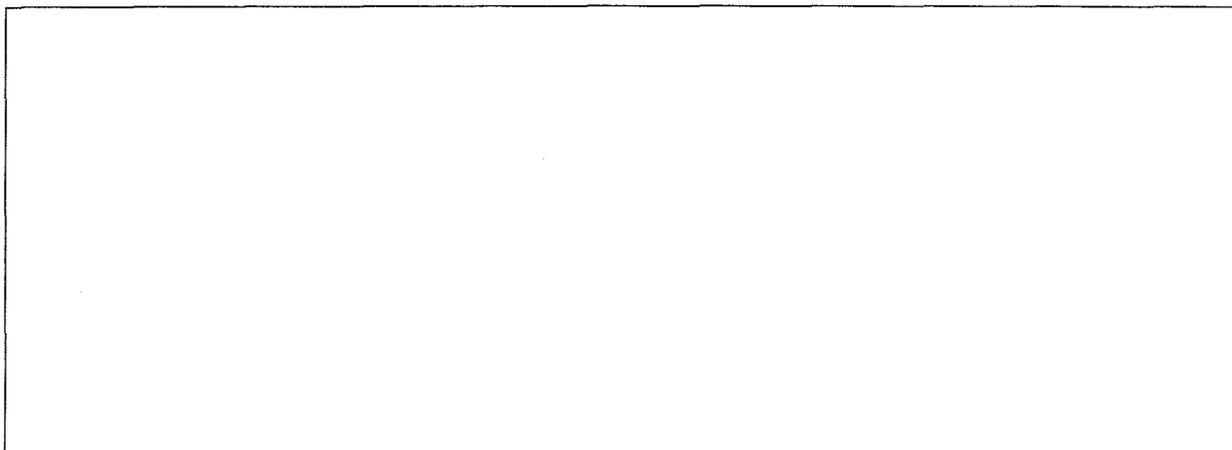
Critères	Rang
• Proximité de la population	
• Proximité des commerces et des autres services	
• Proximité du centre « historique »	
• Commodité de parking	
• Proximité des autres services collectifs : mairie...	
• Proximité des principales voies de communication	

34. Qui travaille dans la maison médicale ?

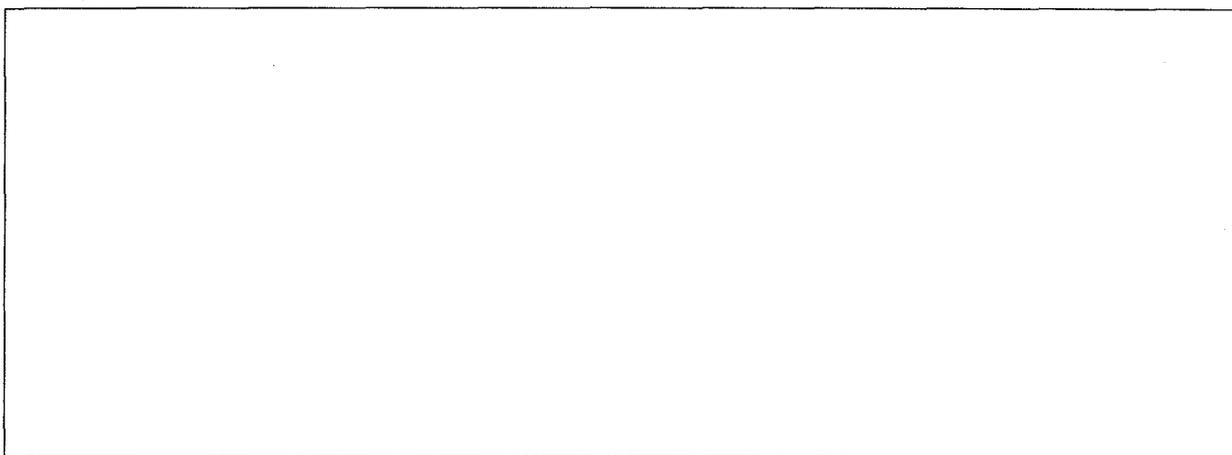
Professionnels	Indispensable	Important	Possible	Non souhaitable
Médecin généraliste				
Spécialiste en cabinet principal				
Spécialiste en cabinet secondaire				
Chirurgien dentiste				
Sage-femme				
Pharmacien				
Infirmier libéral				
Masseur kinésithérapeute				
Ergothérapeute				
Orthophoniste				
Orthoptiste				
Psychologue - psychothérapeute				
Antenne du Centre Médico-Psychologique				
Pédicure podologue				
Diététicien				
Assistant sociale				
Aide soignant				
Service d'aide à domicile				
Secrétaire(s)				
Personnels d'entretien				
Autres : ...				

35. Quelles collaborations peut-on envisager avec les professionnels qui choisissent de ne pas intégrer la maison médicale ?

- Nature des collaborations :



- Outils de collaboration :



36. Quelles sont les conséquences prévisibles de l'exercice pluridisciplinaire en maison médicale rurale ?

Pour la collectivité	Défavorables	Nulles	Favorables	Très favorables
Coût				
Politique d'incitation				
Maintien à domicile				
Réponse à la désertification médicale				
Valeur ajoutée au village pour attirer de nouveaux habitants				
Qualité de vie				
Autres :...				
Pour le patient	Défavorables	Nulles	Favorables	Très favorables
Lisibilité de l'offre de soins primaires				
Conditions d'accueil				
Coordination des soins				
Partage du dossier médical				
Choix du professionnel				
Possibilité de continuer à habiter en milieu rural en vieillissant				
Autres :...				
Pour le médecin	Défavorables	Nulles	Favorables	Très favorables
Réponse à l'isolement				
Obligation de collaborer				
Temps libre et temps de formation				
Secrétariat				
Coût de fonctionnement				
Renforcement des pratiques interprofessionnelles				
Délégation de certaines tâches				
Lourdeur des démarches à la création et du fonctionnement				
Sécurisation des locaux				
Autres :...				

37. Peut-on imaginer une maison médicale rurale fonctionnelle sur plusieurs sites ?

- Oui
- Non

Sur quels arguments ?

38. Quels locaux composent la maison médicale ?

Exemple : Sanitaires : indispensable - Quantité : 1 « privé » et 1 par salle d'attente.

Local	Inutile	Utile	Indispensable	Quantité
Bureau médical				
Cabinet infirmier				
Cabinet de kinésithérapie				
Cabinet des autres professionnels				
Salle d'attente				
Un sas d'entrée sécurisé				
Accueil				
Bureau pour le travail de secrétariat (hors accueil)				
Salle de détente				
Salle de réunion				
Entrepôt à déchets				
Appartement				
Bureau vide pour l'accueil des consultants occasionnels				
Salle d'urgence et de petite intervention				
Salle d'archives				
Sanitaires				
Autres : ...				

39. Comment qualifieriez-vous ces propositions sur les fonctions des collaborateurs d'une maison médicale ?

Propositions	Inutile	Facultative	Indispensable
Accueil téléphonique			
Accueil des patients			
Encaissement			
Gestion des problèmes informatiques			
Intendance			
Relevé de comptabilité			
Secrétariat médical (intégration des courriers dans les dossiers...)			
Gestion du secrétariat de l'ensemble des professionnels			
Rôle de manager ou d'assistante de direction*			
Coordination des professionnels de santé			
Gestion des plannings			
Présence du premier au dernier patient			
Gestion d'autres services (ADMR, CCAS...)			
Télé-secrétariat*			
Externalisation* du personnel employé (secrétaires et personnel d'entretien)			

*Manager ou assistante de direction : personne gérant l'ensemble des questions non médicales de la maison médicale : gestion du personnel ; intendance générale ; comptabilité minimale. Il peut également se discuter de lui confier certaines tâches médicales : rappel des patients devant mettre à jour leur vaccination ou devant participer au dépistage.

*Télé-secrétariat : correspond au secrétariat à distance.

*Externalisation : s'entend par le transfert d'une activité vers un prestataire de service. Par exemple la maison médicale pourrait embaucher du personnel (secrétaires...) via une organisation intermédiaire.

40. Afin d'améliorer la connaissance des aides diverses et de faciliter les démarches administratives au moment de l'installation, pensez-vous qu'il serait utile de créer au niveau régional une « agence de l'installation » ?

- Oui
- Non

Quelle composition proposez-vous ?



UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ – NANCY 1
FACULTÉ de MÉDECINE de NANCY

DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur J-D de KORWIN
Professeur de Médecine Interne
Coordinateur Hospitalo-Universitaire

Docteur A. AUBRÈGE
Maître de Conférences Associé
Président du Département

Docteur F. RAPHAEL
Maître de Conférences Associé.
Secrétaire Général du Département

Docteur J-M BOIVIN
Maître de Conférences Associé

RAPPORT DE THESE

AUTEUR

Monsieur Roland D'AMICO, né le 09/03/1976

Travail de thèse présenté en vue de l'obtention du
Doctorat d'Etat en Médecine (qualification médecine générale)

SUJET

LE METIER DE MEDECIN RURAL EN FRANCE
Historique depuis la révolution française
Enquête sur l'état des lieux et les perspectives futures

RAPPORT

Ce travail de thèse est le premier volet d'un projet de recherche sur l'exercice de la médecine générale en milieu rural. Le deuxième volet, constituant également un travail de thèse, est axé sur l'exercice de la médecine en milieu rural, le recensement des besoins et des attentes et l'intérêt du développement des maisons médicales. Ce projet a été conçu par un comité scientifique regroupant des universitaires et notamment des enseignants associés de médecine générale, des représentants de l'association « Renouveau Village » et de la Mutualité Sociale Agricole ainsi que des étudiants en formation à la médecine générale. Cette première thèse a été dirigée par le Docteur Laurent SIDO, médecin rural en Haute Marne, chargé d'enseignement à la Faculté de Médecine de Nancy.

La première partie traite de l'évolution du métier de médecin en milieu rural depuis la Révolution Française jusqu'à nos jours : l'accès à la profession de médecin de campagne, l'exercice quotidien, la place du médecin de campagne dans la société au cours des âges. L'auteur insiste sur les deux classes de médecins existant à la période révolutionnaire et lors de l'Empire : les docteurs en médecine et les officiers de santé, ces derniers constituant les premiers vrais médecins ruraux destinés à satisfaire les besoins de santé de proximité des français. L'évolution historique du métier de médecin rural est replacée dans le contexte de l'évolution de la société française et des événements qui l'ont marquée, notamment les changements politiques. Dans la perspective de l'évolution actuelle, il est fait état de l'évolution de la délégation de compétences qui existait déjà au XVIIIème siècle. Les différentes attributions et implications du praticien dans la vie sociale locale sont étudiées. Les évolutions sociologiques propres au métier ainsi que l'évolution du monde rural sont prises en compte pour tenter de comprendre la mutation actuelle de la médecine de campagne. Sont ainsi dégagées des tentatives d'explication au manque d'attrait de cet exercice pour les nouvelles générations.

La deuxième partie du travail concerne l'enquête proprement dite. Le parti pris délibéré a été celui de l'enquête auprès d'experts en choisissant des représentants des professionnels de santé, exerçant soit en milieu rural, soit au contact du milieu rural (médecins, pharmaciens, représentants des ordres des médecins et des pharmaciens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, chirurgiens dentistes), des étudiants du 3^{ème}

cycle de médecine générale, des élus (députés, sénateurs, maires, conseillers généraux, conseillers régionaux) et d'autres représentants des usagers (conseil économique et social, association des familles rurales), des personnes responsables d'organismes de tutelle et financeurs (ARH, URCAM, ORSAS, MSA, Société Audit et Stratégie). Ces personnes ont participé à l'expérience en répondant à un questionnaire et en participant à une réunion - débat au cours de laquelle a été présentée une synthèse des résultats du questionnaire. Celui-ci comportait une première partie abordant le métier du médecin rural. Les commentaires qui ont été faits lors de la réunion ont complété l'avis des experts et sont présentés dans la thèse.

Une vingtaine de questions traitaient les aspects suivants de l'exercice de la médecine rurale : les qualités requises, le choix du lieu d'installation, la polyvalence du médecin et ses compétences, la formation initiale et continue, la responsabilité spécifique, la permanence des soins et les modalités d'exercice. Les résultats marquants de ce travail sont : le manque d'attrait pour la médecine rurale en raison des difficultés d'exercice liées notamment à la complexité et à la permanence des soins en exercice isolé, un confort et une qualité de vie (familiale...) jugés insuffisants par rapport à l'exercice en milieu urbain et non compensés par la beauté et l'agrément de l'environnement, le risque de voir le problème démographique s'aggraver en raison de la diminution du nombre de médecins et de leur répartition hétérogène sur le territoire. Des propositions ont été faites pour améliorer l'attractivité et garantir l'accès aux soins des populations rurales : l'exercice en groupe alliant non seulement la pratique médicale mais également la formation médicale, les aides financières et non financières avec la participation des collectivités locales, l'ouverture à l'exercice de la médecine rurale dès les études médicales par la réalisation de stages d'initiation en milieu rural. La formation initiale devrait rester commune à l'ensemble des médecins, des stages pratiques au cours du 3^{ème} cycle pouvant être réalisés en milieu rural pour les futurs praticiens. Il a été suggéré d'acquérir le cas échéant des compétences supplémentaires : petite chirurgie, gestes d'urgence, prise en charge des problèmes sociaux spécifiques... La participation du personnel paramédical a été vivement souhaitée avec la possibilité de délégation de tâches, à préciser sur un plan légal et déontologique.

La troisième partie est une synthèse des résultats afin de dégager le profil idéal du futur médecin de campagne depuis sa formation initiale à la faculté jusqu'à son installation puis sa formation médicale continue.

En raison du peu de références bibliographiques scientifiques, ce travail a été enrichi par la lecture d'ouvrages historiques et également de romans d'époque ayant trait à la médecine rurale, à sa pratique et à ses relations avec la société.

Au total, il s'agit d'un travail très original sur un sujet d'actualité, celui de la baisse de la démographie médicale en milieu rural et des remèdes à y apporter pour garantir une couverture sanitaire correcte de l'ensemble du territoire. Un certain nombre de propositions pratiques sont avancées à la suite du débat d'experts, dont la mise en œuvre devrait servir à corriger l'évolution actuelle.

Pour toutes ces raisons, ce travail mérite tout à fait l'imprimatur en vue de la soutenance de thèse pour l'obtention du Doctorat en Médecine, option Médecine Générale.



Rapport de thèse établi à Nancy,
le 15 Novembre 2005

Professeur J.D. de KORWIN
Président du Jury

VU

NANCY, le **15 novembre 2005**

Le Président de Thèse

Professeur J.D. DE KORWIN

NANCY, le **17 novembre 2005**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **23 novembre 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE