



Adaptation de la méthode de travail des médecins généralistes libéraux en désert médical et conséquences sur la santé des patients : l'exemple de la Martinique

Claire Eissautier

► To cite this version:

Claire Eissautier. Adaptation de la méthode de travail des médecins généralistes libéraux en désert médical et conséquences sur la santé des patients : l'exemple de la Martinique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02968920

HAL Id: dumas-02968920

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02968920>

Submitted on 16 Oct 2020

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.

**Adaptation de la méthode de travail des médecins généralistes libéraux en désert
médical et conséquences sur la santé des patients : l'exemple de la Martinique**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 17 Juin 2020

Par Madame Claire EISSAUTIER

Née le 24 février 1990 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CUISSET Thomas Président

Monsieur le Professeur DISDIER Patrick Assesseur

Monsieur le Professeur Associé GUIDA Pierre Assesseur

Monsieur le Docteur SEGHIERI Lionel Directeur

Monsieur le Professeur LAUGIER René Assesseur



FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

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

Asseseurs :

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

Chargés de mission :

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

ÉCOLE DE MEDECINE

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

Chargés de mission

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

ÉCOLE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
 ALDIGHERI René
 ALESSANDRINI Pierre
 ALLIEZ Bernard
 AQUARON Robert
 ARGEME Maxime
 ASSADOURIAN Robert
 AUFRAY Jean-Pierre
 AUTILLO-TOUATI Amapola
 AZORIN Jean-Michel
 BAILLE Yves
 BARDOT Jacques
 BARDOT André
 BERARD Pierre
 BERGOIN Maurice
 BERLAND Yvon
 BERNARD Dominique
 BERNARD Jean-Louis
 BERNARD Pierre-Marie
 BERTRAND Edmond
 BISSET Jean-Pierre
 BLANC Bernard
 BLANC Jean-Louis
 BOLLINI Gérard
 BONGRAND Pierre
 BONNEAU Henri
 BONNOIT Jean
 BORY Michel
 BOTTA Alain
 BOURGEADE Augustin
 BOUVENOT Gilles
 BOUYALA Jean-Marie
 BREMOND Georges
 BRICOT René
 BRUNET Christian
 BUREAU Henri
 CAMBOULIVES Jean
 CANNONI Maurice
 CARTOUZOU Guy
 CAU Pierre
 CHABOT Jean-Michel
 CHAMLIAN Albert
 CHARPIN Denis
 CHARREL Michel
 CHAUVEL Patrick
 CHOUX Maurice
 CIANFARANI François
 CLAVERIE Jean-Michel
 CLEMENT Robert
 COMBALBERT André
 CONTE-DEVOLX Bernard
 CORRIOL Jacques
 COULANGE Christian
 DALMAS Henri
 DE MICO Philippe
 DESSEIN Alain
 DELARQUE Alain
 DEVIN Robert
 DEVRED Philippe
 DJIANE Pierre
 DONNET Vincent
 DUCASSOU Jacques

DRH Campus Timone

MM DUFOUR Michel
 DUMON Henri
 ENJALBERT Alain
 FAVRE Roger
 FIECHI Marius
 FARNARIER Georges
 FIGARELLA Jacques
 FONTES Michel
 FRANCES Yves
 FRANCOIS Georges
 FUENTES Pierre
 GABRIEL Bernard
 GALINIER Louis
 GALLAIS Hervé
 GAMERRE Marc
 GARCIN Michel
 GARNIER Jean-Marc
 GAUTHIER André
 GERARD Raymond
 GEROLAMI-SANTANDREA André
 GIUDICELLI Roger
 GIUDICELLI Sébastien
 GOUDARD Alain
 GOUIN François
 GRILLO Jean-Marie
 GRISOLI François
 GROULIER Pierre
 HADIDA/SAYAG Jacqueline
 HASSOUN Jacques
 HEIM Marc
 HOUEL Jean
 HUGUET Jean-François
 JAQUET Philippe
 JAMMES Yves
 JOUVE Paulette
 JUHAN Claude
 JUIN Pierre
 KAPHAN Gérard
 KASBARIAN Michel
 KLEISBAUER Jean-Pierre
 LACHARD Jean
 LAFFARGUE Pierre
 LAUGIER René
 LE TREUT Yves
 LEVY Samuel
 LOUCHET Edmond
 LOUIS René
 LUCIANI Jean-Marie
 MAGALON Guy
 MAGNAN Jacques
 MALLAN- MANCINI Josette
 MALMEJAC Claude
 MARANINCHI Dominique
 MARTIN Claude
 MATTEI Jean François
 MERCIER Claude
 METGE Paul
 MICHOTÉY Georges
 MIRANDA François
 MONFORT Gérard
 MONGES André
 MONGIN Maurice

MAJ 01.09.2019

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MONTIES Jean-Raoul	VANUXEM Paul
	NAZARIAN Serge	VERVLOET Daniel
	NICOLI René	VIALETES Bernard
	NOIRCLERC Michel	WEILLER Pierre-Jean
	OLMER Michel	
	OREHEK Jean	
	PAPY Jean-Jacques	
	PAULIN Raymond	
	PELOUX Yves	
	PENAUD Antony	
	PENE Pierre	
	PIANA Lucien	
	PICAUD Robert	
	PIGNOL Fernand	
	POGGI Louis	
	POITOUT Dominique	
	PONCET Michel	
	POUGET Jean	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jacques	
	SASTRE Bernard	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SERMENT Gérard	
	SOULAYROL René	
	STAHL André	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THOMASSIN Jean-Marc	
	UNAL Daniel	
	VAGUE Philippe	
	VAGUE/JUHAN Irène	

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

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

EMERITAT

2016

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

2017

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

2018

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

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVIERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUBE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOIR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOTRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 BONNET Pierre-André
 CALVET-MONTREDON Céline
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
 THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

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

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)	ADALIAN Pascal (PR) DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) POUGET Benoît (MCF) VERNA Emeline (MCF)
GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité	
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)	
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)	CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MACAGNO Nicolas (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité	AHERFI Sarah (MCU-PH) ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)
	CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)	BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH)	BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMMONOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
BRANDENBURGER Chantal (PRCE)	ROLL Patrice (PU-PH)
	FRANKEL Diane (MCU-PH) GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH) DRH Campus Timone	

MAJ 01.09.2019

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
 TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
 ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

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

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH) Surnombre
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

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

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

CARDIOLOGIE 5102

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

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

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

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

CHIRURGIE INFANTILE 5402

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

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103 COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH) FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004 CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH) BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)
CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104 ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU-PH)	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201 BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>retraite au 25/11/2019</i> BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) <i>Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH)
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202 LEPIDI Hubert (PU-PH) LEPIDI Hubert (PU-PH) PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)	GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)
DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003 BERBIS Philippe (PU-PH) DELAPORTE Emmanuel (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)	GENETIQUE 4704 BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)
DUSI COLSON Sébastien (MCF) BOURRIQUEN Maryline (MAST) EVANS-VIALLAT Catherine (MAST) LUCAS Guillaume (MAST) MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST) MELLINAS Marie (MAST) ROMAN Christophe (MAST) TRINQUET Laure (MAST)	NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)
ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404 BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU-PH)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403 AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) <i>Surnombre</i> BRETTELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

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

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

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

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

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

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
 EBBO Mike (MCU-PH)
 DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
RANQUE Stéphane (PU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
CASSAGNE Carole (MCU-PH)	MATHIEU Marion (MAST)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)	
TOGA Isabelle (MCU-PH)	
PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
ANDRE Nicolas (PU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)	BREGEON Fabienne (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)	GABORIT Bénédicte (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)	MEYER/DUTOIR Anne (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)	TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)	
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)	BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)	BONINI Francesca (MCU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)	BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
	DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
COZE Carole (MCU-PH)	DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)	
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)	RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
	THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)
PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903	PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101
BAILLY Daniel (PU-PH)	ASTOUL Philippe (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)	BARLESI Fabrice (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)	CHANEZ Pascal (PU-PH)
CERMOLACCE Michel (MCU-PH)	
	GREILLIER Laurent (PU PH)
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16	REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
AGHABABIAN Valérie (PR)	TOMASINI Pascale (MCU-PH)
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302	RHUMATOLOGIE 5001
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)	GUIS Sandrine (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)	LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)	PHAM Thao (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)	ROUDIER Jean (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)	
MOULIN Guy (PU-PH)	
PANUEL Michel (PU-PH)	
PETIT Philippe (PU-PH)	
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)	
VIDAL Vincent (PU-PH)	
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)	
REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802	THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804
GAINNIER Marc (PU-PH)	AMBROSI Pierre (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)	VILLANI Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)	
ROCH Antoine (PU-PH)	
HRAIECH Samir (PU-PH)	DAUMAS Aurélie (MCU-PH)
BRUNO Campy Timone	
	UROLOGIE 5204
	BASTIDE Cyrille (PU-PH)
	KARSENTY Gilles (PU-PH)
	LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
	ROSSI Dominique (PU-PH)

MAJ 01.09.2019

Remerciements

Aux membres de mon jury :

À Monsieur le Professeur Thomas Cuisset : Tu me fais l'honneur de présider ce jury et je t'en remercie profondément. Merci pour ta pédagogie, pour ta sympathie.

À Monsieur le Professeur Disdier et Monsieur le Professeur Guida : Je vous remercie infiniment pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et pour avoir accepté de faire partie de mon jury. Soyez assurés de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Au Docteur Lionel Seghieri, mon directeur de thèse : un grand merci pour avoir dirigé ma thèse, pour avoir pris le temps de me lire et me relire, merci pour m'avoir appris le métier passionnant de médecin généraliste. Merci également à Audrey pour son accueil et sa gentillesse.

À Monsieur le Professeur René Laugier : Je suis très touchée que tu sois membre de mon jury aujourd'hui, et d'avoir pu suivre brièvement de près le déroulement de tes missions en Martinique.

À ma famille :

À mes parents, merci pour votre soutien, sans vous je n'aurais jamais réussi cette première année de médecine inhumaine.

À papa pour ton modèle d'humilité dans ce métier.

À maman pour m'avoir accompagnée à tous mes concours et avoir stressé avec moi.

À mes grands-parents, votre souvenir m'accompagne chaque jour.

À mon Guitou, depuis le temps que tu attendais cette thèse ...

À Marine et Margaux, mes sœurs chéries que j'aime tant.

À Capucine et Juliette, mes nièces, mes trésors les plus précieux .

À Thibaut mon beau-frère.

À mes tantes, mes cousins, mes cousines

À Sam, merci pour ton soutien dans ce travail, merci pour ton amour.

À mes amis :

À Laura, toujours là, j'ai une grande chance de t'avoir.

À Clem, pour avoir vécu avec moi cette aventure mémorable en Martinique.

À Maria, pour ta bonne humeur permanente.

À Simon et Doudou, pour les rigolades, pour m'avoir accompagnée si souvent au Son des Guitares. Les murs en tremblent encore.

À mes plus vieux amis : Ludivine, Alexia, Pauline, Érica, Marmi, Marie-Athéna, Aimery et Simon

À Alice, Estelle et Hélène

À mon confrère et ami Maxime

À mes co-internes : Monia, Aurélia, Virginie, Paola, Lalla, Pauline, Valéria, Claire, Clémence, Mihail, Hila, Aliénor, Vassili, Olivier

À l'équipe d'infirmiers de cardiologie du Pr Bonnet : Margaux, Hanna, Maeva, Julie, Danielle, Vincent, Ludovic, Lionel. Quel plaisir d'avoir travaillé avec vous !

Aux Dr Janand-Delenne, Dr Sejl et Dr Philippon du service d'endocrinologie du CH d'Aix-en-Provence, merci pour la richesse de votre enseignement et pour l'intérêt que vous m'avez fait porter à la diabétologie.

Au personnel médical et paramédical de l'hôpital de Briançon, avec qui j'ai eu le plaisir de travailler en pédiatrie, gynécologie et aux urgences, dans cette région qui m'est chère.

À mes confrères martiniquais qui ont eu la gentillesse de participer à cette étude, qui m'ont accordé leur temps précieux pour répondre à mes questions malgré des salles d'attentes pleines.

À Meredith Grey, pour la motivation.

Sommaire

Introduction 3

A/ Contexte	3
1/ Le terme « désert médical »	3
2/ La situation en France	4
a/ Densité médicale et répartition des médecins	4
b/ L'accès aux soins	6
c/ Le zonage médecins	8
3/ Répercussions sur la santé des patients	9
B/ Dispositifs et plans de lutte contre les déserts médicaux	12
1/ Pacte Territoire Santé 2012-2015	12
2/ Le Plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires-2017	15
3/ Programme « Ma santé 2022 »	17
4/ Les résultats observés	20
C/ La situation en Martinique	22
1/ Accès aux soins, démographie médicale	22
2/ Organisation des permanences de soins ambulatoires (PDSA)	23
3/ Contextes géographique, économique et social en Martinique	25
4/ Zonage médical	27
5/ Dispositifs et plans de lutte contre les déserts médicaux	27
6/ Adaptations régionales complémentaires	29
7/ Morbi-mortalité de la Martinique versus métropole, et versus désert médical en Métropole	31
8/ Problématique pour le médecin généraliste	33

Matériel et méthode 34

A/ Recrutement	34
B/ Type d'étude	34
C/ Déroulement	35
D/ L'analyse	35

Résultats 36

A/ Adaptation des médecins aux conditions de travail en désert médical	36
1/ Caractéristiques des médecins et conditions de travail	31
2/ Des compétences revues à la hausse	38
3/ L'augmentation du temps de travail	39
4/ L'organisation médicale en groupe	40
5/ Gérer le déficit en spécialistes	41
6/ Gérer les distances géographiques et la précarité socio-économique	43
7/ Gérer les urgences en cabinet de ville	43
8/ Gérer le patient à domicile	45
9/ Adaptation pour préserver sa qualité de vie personnelle	46
B/ Conséquences sur la santé des patients	48
1/ L'auto-dangereux du patient en rapport avec le désert médical	48

2/Dangerosité « subie » par le patient	50
a/L'épuisement des médecins	50
b/Le manque de visites à domicile.....	51
c/Les délais de consultations avec les spécialistes	52
d/Les délais de déplacement des transports médicalisés d'urgence	53
e/La distance géographique jusqu'au CHU et aux spécialistes	54
f/L'attente aux urgences	56
3/Les difficultés socio-économiques	56
C/ Dispositifs et plans de lutte contre les déserts médicaux.....	57
1/Connaissances de ces aides chez les médecins généralistes	57
2/Ce qu'en pensent les médecins.....	58
a/Les assistants médicaux.....	59
b/Les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA).....	59
c/Contrat de Solidarité Territoriale Médecins (CSTM)	59
d/Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM)	60
e/Exonération fiscale des PDSA	61
f/Les Maisons Médicales de Gardes (MMG).....	61
3/ Les problèmes politiques selon les médecins.....	62
D/Et les points positifs	63
1/La relation avec le patient.....	63
2/La variété des soins.....	65
3/Le développement du sens clinique.....	65
Discussion.....	67
A/ Validité interne de l'étude	67
B/ Limites de l'étude	67
C/ Forces de l'étude.....	68
D/ Discussion des résultats	69
Conclusion	73
Références bibliographiques	74
Annexes	86
Liste des abréviations.....	106

Introduction

A/ Contexte

1/ Le terme « désert médical »

Le terme de « désert médical » est à employer avec prudence dans la mesure où il n'existe pas de définition exacte et officielle (1). Ce terme est utilisé pour faire référence à un territoire présentant une fragilité en terme de démographie médicale, ainsi qu'au niveau de l'accès aux soins due à des difficultés socio-économiques, géographiques et politiques.

Si les différentes définitions reprennent le terme « difficulté d'accès aux soins », elles ne prennent pas toutes en compte les mêmes acteurs de santé (1)(2)(3)(4). Certaines parlent d'un déficit de médecins au sens large, sans notion de statut hospitalier ou libéral. D'autres énoncent un manque de médecins généralistes sans évoquer les spécialistes. Nous retrouvons aussi la notion plus vague de « professionnels de la santé », qui laisse sous-entendre une implication des professionnels médicaux et para-médicaux. En effet, le terme « médical » sous-entend également dans certaines définitions une difficulté à l'accès au domaine para-médical avec une inégalité de répartition géographique pour les professions libérales de pharmaciens, d'infirmiers, de sages-femmes, de masseurs-kinésithérapeutes etc (5). Toutes ces professions sont soumises à un zonage pour une meilleure répartition de l'offre de soins.(6)

Cependant d'après la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), les cumuls de domaines de fragilité restent rares (2). Par exemple 16% des communes déficitaires en médecins généralistes se situent à plus de 30 minutes d'un service d'urgences, et 22% des communes éloignées d'un service d'urgence souffrent d'un manque de médecins généralistes. Autrement dit 1,3% de la population cumule une difficulté d'accès aux médecins généralistes et aux urgences. Par ailleurs l'éloignement aux pharmacies est fréquemment associé

(plus de 10 minutes de trajet), avec 0,5% de la population qui vit éloignée à la fois d'un médecin généraliste, des urgences, et d'une pharmacie (2).

En France plus d'une commune sur trois est classée en désert médical (7).

2/ La situation en France

a/ Densité médicale et répartition des médecins

En 2010 la France comptait 261 378 médecins inscrits au tableau dont 200 045 en activité régulière pour 64,6 millions d'habitants (Annexe 1) . En 2018 , 296 755 médecins étaient inscrits au tableau dont 198 081 en activité régulière pour 67,2 millions d'habitants (8). Cette augmentation d'effectifs totaux contraste avec la diminution des actifs réguliers. On note en réalité une majoration de +67,6% des retraités actifs (non comptés dans l'activité régulière). La notion d'activité régulière est employée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) pour faire référence à l'activité qualifiée de pleine par les médecins, c'est-à-dire hors activité intermittente ou cumul emploi-retraite.

Sur 8 ans les effectifs de médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercices confondus) ont diminué de 7% (- 6 460 professionnels) alors que les effectifs de médecins spécialistes ont augmenté de 4% (+ 4 515 professionnels). Effectivement de 2010 à 2018 les recensements sont passés respectivement de 94 261 à 87 801 médecins généralistes et de 105 764 à 110 279 médecins spécialistes. Cependant la diminution du nombre de médecins généralistes est plus importante que l'augmentation du nombre des spécialistes, ce qui conduit à une régression des effectifs totaux. De plus, l'augmentation de spécialistes est marquée par l'accroissement de l'inégalité de leurs répartitions avec à l'intérieur d'une même région certains départements qui souffrent d'une baisse de leurs effectifs alors que d'autres connaissent une augmentation (9).

La France n'a donc jamais connu un taux aussi élevé de médecins inscrits à l'Ordre, tous statuts confondus, mais ils feront état de baisse au cours de la pro-

chaîne décennie par les nombreux départs à la retraite de médecins qui ne seront pas remplacés (1). La DREES estimait en 2016 à 15 000 le nombre de départs à la retraite pour les dix années suivantes, avec un nombre d'installations prévu autour de 10 000 (10). Elle prévoit que les effets de l'augmentation du *numerus clausus* qui avait été amoindri dans les années 1990 ne soient perceptibles qu'en 2030 (11).

Ce phénomène de diminution démographique médicale accentue les inégalités de répartition des médecins généralistes libéraux sur le territoire français. Les autres causes identifiées sont notamment les nouvelles aspirations professionnelles des jeunes médecins qui sont attirés par le milieu hospitalier afin d'exercer dans des services de gériatrie, d'urgences, d'infectiologie etc... après obtention d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) (12)(13)(14). Ils portent également de plus en plus d'intérêt à la profession de Médecin à Exercice Particulier (MEP), qui consiste en une activité mixte ou réservée exclusivement à la spécificité choisie (acupuncture, médecine du sport, diététique médicale etc)(15) entraînant une diminution du nombre de praticiens qui exercent exclusivement la médecine générale.

De 2001 à 2015 le taux des médecins généralistes exerçant en libéral a chuté, passant de 69 à 63% (et de 49 à 36% chez les spécialistes), avec une régression particulièrement marquée chez les moins de 55 ans. Chez les moins de 35 ans la proportion de professionnels libéraux ou mixtes est stable mais les remplaçants représentent une part en forte augmentation (la moitié en 2015) (10).

La féminisation de la médecine concourt également à la diminution du temps de travail dans la profession. Les femmes représentent 43% des médecins contre 30% en 1990, 53% des moins de 55 ans, et 44% des médecins généralistes (16). Même si le temps passé à gérer les tâches administratives est sensiblement le même chez les femmes et chez les hommes, les temps de travail hebdomadaire auprès du patient sont estimés respectivement à 41h et 46h30 (17).

De plus, la liberté d'installation des médecins libéraux et les obligations liées à la profession du conjoint participent aux inégalités de répartition des médecins sur le territoire français (18).

b/ L'accès aux soins

Dans la littérature, la nature des soins en question est peu explicitée. Ils sont souvent considérés d'office comme médicaux, et l'accès aux soins des autres professionnels de santé est omis ou du moins non précisé (19). Cette composante rend la réflexion d'autant plus complexe qu'en fonction du type de soin, la difficulté d'accès sera plus ou moins importante: soins de premiers recours, de seconds recours, accès au médecin généraliste, au spécialiste, aux urgences, aux infirmiers libéraux, aux sages-femmes etc (20). De ce fait on peut aussi se poser la question du type d'accès concerné: est-ce un accès spatial avec une difficulté géographique? Un accès social en fonction de la couverture sociale? Un accès financier en fonction du secteur d'activité du praticien? (20)

De manière générale l'accès au soin est étudié dans ses dimensions socio-économiques, géographiques, organisationnelles et politiques. Il n'y a jamais eu autant de professionnels de santé exerçant en France et jamais ils n'ont été aussi inégalement répartis sur le territoire (1). Cette inégalité se creuse avec le temps (21). Par exemple le Conseil national de l'Ordre des médecins a analysé sur dix ans (2007/2017) les variations des effectifs des médecins généralistes en activité totale: Une partie de la France voit sa démographie médicale s'améliorer dans tous les départements de la façade Atlantique, une large majorité des régions Auvergne-Rhône-Alpes, et quelques départements hospitalo-universitaires (Nord, Somme, Haute-Garonne, Doubs, Hérault, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, Vienne). Une autre partie voit le nombre de médecins diminuer sur une diagonale partant du Nord-Est jusqu'au Sud-Ouest (1). Le milieu d'installation des médecins généralistes libéraux voit quant à lui sa tendance s'inverser: ils étaient plus nombreux en secteur rural qu'en secteur urbain jusqu'à 2004, ce qui n'est plus le cas en 2015 avec respectivement pour 100 000 habitants: 86,5 et 85,4 médecins généralistes libéraux, contre 77,7 et 80,7 (21).

Le paramètre géographique est un élément majeur qui conditionne l'offre de soins de chaque territoire. Effectivement pour la majorité des déserts médicaux, ils sont avant tout des déserts géographiques, présentant une faible densité de popula-

tion ce qui explique les inégalités anciennes inter et intra-régionales (19)(21). Par exemple le Limousin et la Bourgogne souffrent de l'éloignement géographique des spécialistes (libéraux et hospitaliers), la Corse et l'Auvergne, elles, cumulent un éloignement au niveau des soins de proximité et de la plupart des soins spécialisés (21). Il s'agit d'un paramètre sur lequel la marge d'actions reste étroite. Malgré les aménagements du territoire avec création de maisons de santé, ou la mise en place de mesures incitatives pour les jeunes médecins, le poids de la situation géographique reste lourd au fil des années. L'augmentation du *numerus clausus* ne saurait rectifier strictement cette problématique dans la mesure où elle n'influe pas sur la répartition géographique des futurs médecins, tout comme la liberté d'installation malgré l'instauration de mesures incitatives (21).

En terme d'inégalités sociales, l'accès à une consultation médicale peut être problématique par la pratique des dépassements d'honoraires ou encore par le frein financier que représentent les transports en commun ou la possession d'un véhicule personnel. Les personnes vivant en situation précaire retardent de plus en plus leurs soins mais la réticence peut aussi venir des professionnels de santé lorsqu'il s'agit de recevoir ces patients sans couverture sociale (22). Or les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) leur venant en aide ne sont pas développées dans toutes les communes. En parallèle, nombreux sont les médecins qui ne souhaitent pas s'installer dans des territoires où ils se sentent en insécurité. Ainsi l'expression de « désert médical » peut s'appliquer également à certaines zones urbaines sensibles et même à des centres-villes (3).

Un indicateur nommé « Accessibilité Potentielle Localisée » (APL) permettant de « calculer » l'accès aux soins a été développé en 2012 par la DREES et l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (23).

Il s'exprime en nombre de consultations accessibles par an, par habitant et recouvre trois dimensions:

- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de consultations ou visites effectuées par le praticien
- le temps d'accès au praticien selon une fonction décroissante entre 0 et 20 minutes
- la consommation de soins par classe d'âge pour tenir compte des besoins différenciés en offre de soins.

Les départs à la retraite éventuels sont pris en compte avec une borne d'âge au delà de laquelle ces professionnels ne rentrent pas dans le calcul de l'APL (24).

Cependant la DREES dénonce certaines failles de cet indicateur qui ne considère pas certains critères comme le tarif de la consultation, l'accès aux professionnels paramédicaux, ou encore le fait de ne pas exercer que de la médecine générale stricto sensu (homéopathie, acupuncture etc) (14).

L'Accessibilité Potentielle Localisée en France est en moyenne de 4,11 consultations par habitant et par an (3). Par exemple dans le département du Cher, environ la moitié des communes possède une APL en dessous de 2,5 C/hab/an, contre plus de 4 C/hab/an dans les Bouches-du-Rhône (50).

Cet indicateur est utilisé par les Agences Régionales de Santé (ARS) pour établir les zonages médicaux.

c/ Le zonage médecins

L'ARS est chargée de repérer régulièrement dans chaque région les territoires fragilisés en terme d'accès aux soins. Pour ce faire elle se fixe notamment sur l'APL et concerta ses partenaires locaux (Union régionale des médecins libéraux, Conseil de l'Ordre des Médecins, élus, Assurance maladie...) (26)(27)(28). Le 15 novembre 2017, le Ministère des solidarités et de la santé prévoit par arrêté une méthodologie visant à encadrer la réalisation de ces zonages (23).

Cependant quatre ARS (Auvergne-Rhône-Alpes, PACA, Hauts de France, Île de France) ont pu appliquer des critères complémentaires à l'APL en raison des spécificités de leurs territoires (zones de montagnes etc) (29).

Ainsi des zones sont prioritaires dans la lutte contre les inégalités d'accès aux soins et une meilleure répartition des médecins et des structures de santé est favorisée.

Des aides financières sont prévues pour les professionnels:

- des aides à l'installation, (Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins ou CAIM)
- des aides pour des projets de maisons de santé pluri-professionnelles
- des exonérations fiscales
- des aides au maintien d'activité
- etc. (29)

Le zonage doit être révisé tous les trois ans au moins, néanmoins selon la rapidité d'évolution de certains territoires ce délai peut être écourté. La Bretagne par exemple voit son zonage réévalué tous les 2 ans (97), et la Bourgogne - Franche - Comté tous les ans (30).

Deux types de zones en tensions sont déterminés : les zones d'intervention prioritaire (ZIP), et les zones d'actions complémentaires (ZAC). Les ZIP sont divisées en zones A et B. Les ZIP A sont automatiquement sélectionnées par l'ARS car elles présentent un APL inférieur ou égal à 2,5 C/an/hab. Les ZIP B sont sélectionnées de manière additionnelle par l'ARS (31) : elles présentent un APL supérieur à 2,5 C/an/hab. mais inférieur ou égal à 4 C/an/hab. et le directeur général de l'ARS peut retenir des indicateurs complémentaires à l'APL. Ces indicateurs peuvent être par exemple la part d'affections de longue durée (ALD), le nombre de médecins exerçant en secteur 1 etc... Les ZAC représentent les zones APL]2,5 ; 4] C/an/hab. où aucun indicateur complémentaire n'est retenu (24). Certaines zones APL]2,5 ; 4] C/an/hab. peuvent n'être considérées ni ZIP B ni ZAC par les agences, on les appelle alors « Zones de vigilance ».

Les ZIP bénéficient d'aides qui seront développées ultérieurement (cf section « B » de l'Introduction et Annexe 3). Il s'agit par exemple d'aides conventionnelles et fiscales: aides conventionnelles de l'Assurance maladie à l'installation, au soutien d'un exercice coordonné, à la préparation de la succession et à l'entraide entre médecins/ Aides fiscales avec exonération d'impôts sur les revenus issus de la permanence des soins ambulatoires etc. Elles sont également éligibles aux aides régionales comme le développement des Praticiens Territoriaux de Médecine Générale (PTMG) ou aux aides des collectivités territoriales à l'exercice des professionnels, bourse d'étude, indemnité de logement, indemnité de déplacement... Les ZAC, elles, ne sont éligibles qu'à ces aides régionales (32).

3/ Répercussion sur la santé des patients

Dans cette partie, les territoires sont cités avec l'ancienne nomenclature régionale par souci de précision et car les cartes et données épidémiologiques ont pour la grande majorité été rédigées avant le changement de 2016.

La comparaison d'états de santé entre les populations est une tâche complexe qui ne saurait être exhaustive de par l'extrême variabilité qualitative et quantitative des pathologies, des différents stades, des estimations en terme de prévalence etc. Cependant si l'on se base sur les pathologies causant le plus de décès en France à savoir les cancers et les maladies cardio-vasculaires, la comparaison des cartes reflète parfois une superposition entre taux de décès élevés et déserts médicaux :

Période 2008-2010:

-Les régions les plus touchées par les déserts médicaux sont: Île de France, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Haute-Normandie, Pays de la Loire, Centre, Bourgogne, Alsace, Lorraine, Auvergne, Poitou-Charente, Corse-du-Nord, DOM sauf Réunion (33)

-Les régions les plus touchées en terme:

- De mortalité due à des maladies cardio-vasculaires: Nord Pas de Calais, Picardie, Haute-Normandie, Champagne-Ardenne, Limousin, Auvergne, Corse, DOM

- De mortalité par cardiopathies ischémiques: Nord Pas de Calais, Picardie, Haute Normandie, Champagne-Ardenne, Lorraine, Franche-Comté, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Corse, Réunion

- De mortalité par insuffisance cardiaque: Nord pas de Calais, Picardie, Haute-Normandie, Champagne-Ardenne, Lorraine, Limousin, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Corse, DOM

- De mortalité par maladies cérébro-vasculaires: Nord pas de Calais, Picardie, Haute-Normandie, Bretagne, Poitou-Charente, Limousin, DOM (34)

Période 2011-2013:

-Les régions les plus touchées par les déserts médicaux sont: Ile de France, Basse-Normandie, Poitou Charente, Picardie, Champagne-Ardenne, Centre, Bourgogne, Auvergne, Rhône-Alpes, Corse, DOM sauf Réunion (35)

-Les régions les plus touchées en terme:

- De mortalité par Cancer de l'utérus: Nord pas de Calais: Iles-de-France, Picardie, Normandie, Bretagne, Champagne-Ardennes, Bourgogne, Poitou-Charente, Centre, Languedoc-Roussillon, PACA, Corse, DOM sauf Martinique

- D'amputations du membre inférieur diabétique: Nord pas de Calais, Basse-Normandie, Picardie, Alsace, Lorraine, Pays de la Loire, Poitou Charente, Aquitaine, Corse, DOM

- D'hospitalisations pour pied diabétique: Nord pas de Calais, Picardie, Normandie, Bretagne, Champagne-Ardennes, Alsace, Bourgogne, Franche-Comté, Auvergne, Poitou-Charente, Aquitaine, Martinique

- De mortalité par AVC: Nord pas de Calais, Picardie, Bretagne, DOM

On observe pour ces pathologies et décès une forte corrélation entre désert médical et impact sur la santé des patients principalement pour les régions Nord Pas de Calais, Picardie, Normandie, Auvergne, Poitou Charente, Corse, et les DOM sauf la Réunion.

Effectivement certaines régions sont très touchées par les déserts médicaux et ne se retrouvent que rarement en tête des territoires affectés en terme de morbi-mortalité: exemple Ile de France, Centre.

À l'inverse certains territoires ne sont pas classés déserts médicaux mais sont souvent présents en tête de liste pour diverses pathologies ou taux de décès: on peut prendre l'exemple du Languedoc-Roussillon qui sur cette répartition régionale fait partie des régions de France les plus favorisées en terme d'accès aux soins avec pourtant un taux de décès par cardiopathie ischémique élevé. Cela s'explique notamment par le mode de vie dans cette zone qui enregistre le taux le plus élevé de consommation alcool-tabagique (36), la facilité d'accès aux soins n'est donc pas un critère qui optimise strictement l'état de santé d'une population.

B/ Dispositifs et plans de lutte contre les déserts médicaux

1/Pacte Territoire Santé 2012-2015

En décembre 2012 la Ministre des Affaires sociales et de la santé Marisol Touraine met en place le Pacte Territoire Santé, qui sera complété en novembre 2015. Il propose des nouvelles mesures pour accompagner les médecins au quotidien et surtout améliorer leur disponibilité. Ces engagements se distinguent en 12 objectifs: (37)

-Un stage en médecine générale pour 100% des étudiants:

L'objectif est de promouvoir et de faire apprécier cette pratique en cabinet de ville aux étudiants sur le terrain. Les étudiants dont le logement est éloigné du lieu de stage se voient attribuer une indemnité de déplacements de 130€ par mois.

-1 500 contrats d'engagement de service public (CESP) d'ici la fin du quinquennat: Pour favoriser l'installation de nouveaux médecins en zones fragiles, les terrains de stages choisis dans ces zones sont accompagnés d'une bourse de 1200€ par mois. L'obligation ensuite d'exercer sur ce terrain une fois installé est égale à la durée de perception de la bourse pendant l'internat.

-200 praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG):

Il s'agit d'augmenter les effectifs médicaux dans les zones sous-dotées en médecins (ZIP A, ZIP B et ZAC), en assurant une aide en début d'installation pendant deux ans. Le PTMG bénéficie d'un complément net de rémunération mensuelle à hauteur de 3640€ moyennant une activité minimum, ainsi qu'une meilleure protection sociale en terme de congé maternité ou maladie.

-Un référent installation dans chaque région:

La mise en place d'un interlocuteur unique dans chaque région permet d'accompagner et de faciliter l'installation du médecin ou le parcours de l'interne notamment dans les démarches administratives.

-Développer le travail en équipe:

Les maisons de santé pluridisciplinaires et centres de santé polyvalents doivent permettre d'allonger les horaires de consultation et permettre une prise en charge plus complète des patients.

-Rapprocher les maisons et centres de santé des universités:

Le but est de développer des terrains de stage et de recherche en médecine générale en créant une attractivité par la promotion d'une forme d'exercice.

-Développer la télémédecine:

Ce procédé permet de s'adapter aux éloignements géographiques, sans toutefois comme les praticiens le rappellent, remplacer le médecin.

-Accélérer les transferts de compétences:

L'idée est de décharger le médecin des tâches qu'il peut déléguer à d'autres professionnels de santé afin de libérer du « temps médical ». Il s'agit par exemple de faire réaliser un bilan visuel par un orthoptiste. Nous pouvons prendre aussi l'exemple du protocole ASALEE (Action de Santé Libérale en Équipe), programme créé en 2004. Il s'agit d'une coopération entre infirmiers et médecins généralistes sur le dépistage des troubles tabagiques, le suivi du diabète et du risque cardiovasculaire. Ce protocole a fait l'objet d'un financement spécifique.

-Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015:

La mise en place de médecins correspondants du SAMU (MCS) doit permettre un accès aux soins urgents plus rapide en amont de l'arrivée des services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR).

-Permettre aux praticiens hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires:

L'objectif de cette mesure est de faciliter l'appui des médecins hospitaliers et salariés aux structures ambulatoires tout en conservant leur statut d'origine.

-Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les CHR:

Le soutien financier et administratif de ces hôpitaux permet de maintenir une coopération avec la médecine de ville.

-Conforter les centres de santé:

La mise en place de ces centres pluridisciplinaires doit attirer les médecins dans le cadre d'une nouvelle forme d'exercice. Une mission de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été lancée pour reconsidérer leur place dans l'offre de soins et leur financement.

En 2015 le Pacte Territoire Santé 2 renforce les points préalablement établis: (38)

Engagement 1 : développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville

Engagement 2 : faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles

Engagement 3 : favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains

Engagement 4 : assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes

Engagement 5 : augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine

Engagement 6 : augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants

Engagement 7 : soutenir la recherche en soins primaires

Engagement 8 : mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien

Engagement 9 : favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents

Engagement 10 : soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient

2/ Le Plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires - 2017

Le vendredi 13 octobre 2017 Edouard Philippe, Premier ministre et Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé ont présenté le Plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires (39). Ils énoncent des solutions aux problématiques du point de vue des patients, mais aussi des élus et des professionnels de santé. Il est construit et mis en œuvre avec les Agences Régionales de Santé et leurs partenaires institutionnels régionaux. Madame la ministre déclare: « Chaque professionnel de santé exerçant dans un territoire ou souhaitant s'y installer peut élaborer son propre projet professionnel et mieux l'articuler avec sa vie privée. Il peut évoluer dans sa carrière professionnelle grâce à la mise en place d'un guichet unique qui l'informer, l'aidera et l'accompagnera dans ses démarches administratives. » (40).

Le plan s'articule autour de 4 axes prioritaires:

-Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients par une présence médicale et soignante accrue:

- Aide de 50 000€ à l'installation, perçue sur trois ans.
- Améliorer l'accès au cumul emploi-retraite. Le plafond de revenu annuel en-deçà duquel les médecins peuvent demander à être dispensés de cotiser au régime Prestation Complémentaire Vieillesse (PCV) des cotisations sera relevé de 11 500 euros à 40 000 euros dans les zones en tension.
- Le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) permet de développer des consultations avancées en zones sous-dotées, dont l'aide perçue est de 10% des honoraires tirés de l'activité conventionnée.
- Créer des postes « d'assistants partagés » entre la ville et l'hôpital
- Généraliser le contrat de médecin adjoint. Son but est de permettre aux jeunes médecins ou internes d'apporter un appui temporaire en zones à fort afflux touristique ou en cas d'épidémie.

- Favoriser les terrains de stage en ambulatoire en revalorisant les indemnités des maîtres de stage et en facilitant les démarches administratives pour le devenir. La mesure concerne aussi les internes en revoyant à la hausse les aides pour les transports et l'hébergement.

- Faciliter les remplacements et l'exercice mixte (salarié/libéral) en améliorant la protection sociale des remplaçants et en simplifiant l'exercice mixte par la diminution des charges relatives à l'exercice libéral et la permission aux médecins de ne souscrire qu'à un seul régime.

- Développer les coopérations entre les professionnels de santé pour libérer du temps médical.

- Organiser la contribution des centres médicaux des armées en permettant aux professionnels de santé militaires d'exercer dans les structures coordonnées ou les établissements de santé.

-Mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances:

- Inscrire la télémédecine dans le droit commun dès 2018

- Accompagner l'équipement des établissements médico-sociaux, des établissements de santé (dont les hôpitaux de proximité), des maisons de santé pluri-professionnelles et des centres de santé dans le déploiement de la télémédecine

- Faire émerger les territoires digitaux en généralisant le dossier médical partagé (DMP) ou en développant des services numériques pour faciliter les échanges d'informations entre professionnels

-Favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue :

- Soutenir le développement des maisons de santé pluri-professionnelles et des centres de santé

- Garantir une réponse aux soins d'urgences en cabinet pour éviter l'encombrement des urgences hospitalières

- Développer le guichet unique d'information et d'orientation pour l'exercice des professionnels de santé

- Simplifier la prise en charge des patients en situation complexe en faisant converger financièrement les dispositifs d'appui aux parcours complexes selon les territoires

-Faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover:

- Co-construire un projet d'animation et d'aménagement du territoire par les professionnels de santé, les usagers, les institutions et les élus des territoires

- Créer un cadre commun permettant aux professionnels de santé d'expérimenter de nouvelles organisations

- Evaluer régulièrement la mise en place des différentes actions territoriales

- Appuyer les agences régionales de santé dans l'accompagnement des projets de territoire

3/Programme « Ma santé 2022 »

Le 18 septembre 2018, le Président de la République et la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn présentent le programme « Ma Santé 2022 » visant une nouvelle transformation du système de santé. À l'issue de cette présentation, un projet de loi est définitivement adopté par le Parlement le 16 juillet 2019, relatif à « l'organisation et à la transformation du système de santé » . La mise en œuvre de la totalité des mesures de la stratégie « Ma santé 2022 » doit s'étaler sur la durée du quinquennat. Un bilan de situation est alors attendu deux fois par an par madame la ministre (41).

Les cinq actions prioritaires sont les suivantes:

-Le développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Il s'agit de la mise en place de collectifs de soins au service des patients.

Les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, paramédicaux...) d'un territoire doivent s'organiser pour favoriser l'accès au médecin traitant, aux soins non

programmés, à la prévention, pour améliorer le maintien à domicile des personnes âgées et la coopération entre tous les spécialistes. L'objectif est d'en déployer au moins 1 000 d'ici 2022.

Leurs buts est par exemple de favoriser la création de maisons pluridisciplinaires de santé, ou de développer l'attractivité du territoire pour les internes ou les professionnels de santé (42).

-Déploiement de 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires
L'originalité de cette mesure réside dans le statut des postes proposés. Le but est de déployer d'une part 200 postes permettant aux praticiens d'être salariés d'un établissement ou centre de santé, ou d'un autre médecin. Ces postes peuvent être créés par des collectivités locales, des associations, des mutuelles, des établissements de santé.

D'autre part 200 postes sont à activité partagée entre l'hôpital ou un établissement privé, et la ville. Le médecin pourrait alors avoir un statut de praticien hospitalier contractuel et de médecin libéral (installé ou salarié d'un autre médecin).

-Libérer du temps médical

Cette mesure déjà présente dans le Pacte Territoire Santé 2012-2015 voit ses composantes évoluer.

- Une nouvelle fonction d'assistant médical est créée. Ses missions seront de réaliser les tâches administratives comme l'enregistrement des résultats, la création d'un dossier, ou encore de recueillir certains paramètres, les poids, la taille, la tension artérielle, le statut vaccinal etc. L'objectif est de déployer 4000 postes d'assistants médicaux d'ici 2022.

- La télémédecine est désormais reconnue comme un acte médical de droit commun. Cinq actes sont définis dans le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 ainsi que leurs conditions de mise en œuvre: la téléconsultation, la télé-expertise, la télé-assistance, la télésurveillance, la régulation par le 15.

- Les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) intègrent le protocole ASALEE. Ce programme se développe au fil des années: En décembre 2013, 337 médecins et 115 infirmiers participaient à l'expérimentation, pour 2800 médecins et 367 infirmiers aujourd'hui (43).

•Le plan de vaccination contre la grippe par les pharmaciens dans 4 régions a permis aux 60% des pharmacies volontaires de vacciner chacune 60 patients en moyenne (44).

-Développer les hôpitaux de proximité

On s'intéresse ici à des structures adaptées aux soins du quotidien (gériatrie, médecine générale, rééducation). Ces structures hospitalières sont destinées à travailler en lien très étroit avec la médecine de ville, pour que les médecins libéraux puissent continuer à y suivre leurs patients. La loi permettra de redonner des investissements à des établissements aujourd'hui en difficulté, souffrant d'un manque d'attractivité (45). L'objectif est de labelliser 500 à 600 hôpitaux d'ici 2022 (41).

-Réforme du 1er et 2ème cycle des études de médecine

La « suppression » du numerus clausus est inscrite dans le projet de loi relatif à Ma Santé 2022. Le terme « suppression » est un abus de langage car la sélection serait toujours présente mais il serait réalisé en plus des QCM des tests de compétences humaines et sociales. En effet, l'un des volets de la réforme est la diversification de la sociologie des étudiants. Le but est que 30 à 40% des étudiants se présentant aux études médicales y aient accès à partir de n'importe quelle licence, avec l'objectif de favoriser des passerelles entre les cursus. D'après le Pr Jean Sibilia, président de la conférence des doyens des facultés de médecine «La notion de suppression du numerus clausus est un abus {...} Il faut dire les choses, ne pas mentir aux jeunes et à leurs familles. On supprime la sémantique numerus clausus mais on va garder le principe de sélectivité et de mesure des besoins sur les terrains. ». Plusieurs arrêtés et décrets sont en préparation pour cadrer la nouvelle méthodologie visant à définir le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études dans les cursus santé. Plutôt qu'un numerus fixe il faudra établir une fourchette modifiable qui tiendra compte des besoins en médecins sur chaque territoire sur les quinze ans à venir avec l'aide des agences régionales de santé (46).

Par ailleurs, le cursus de formation du 2ème cycle sera réformé afin de mieux tenir compte des compétences et aptitudes des étudiants et de leur projet professionnel. Les idées exposées par la ministre de la santé sont l'introduction de stages plus tôt dans le cursus ainsi qu'une personnalisation du parcours de l'étudiant définie par un

certain nombre de paramètres. Les connaissances devront être évaluées à la fin de la 5ème année et les compétences à la fin de la 6^{ème} (47)(48).

4/ Les résultats observés

Concernant les Pactes Territoire Santé et Territoire Santé 2, le bilan est en faveur des CESP, PTMG, maisons de santé et MCS.

Au 24 février 2017, près de 1 800 jeunes ont signé un CESP, dépassant ainsi la cible de 1700 contrats fixée pour fin 2017. S'agissant des PTMG, près de 800 contrats ont été signés depuis 2013. Par ailleurs, près de 900 maisons de santé sont réparties sur le territoire, soit 5 fois plus qu'en 2012. Enfin, 580 médecins généralistes volontaires sont également MCS : depuis sa création, le dispositif a permis à un million de personnes supplémentaires d'accéder à des soins urgents en moins de 30 minutes (49).

Le 16 septembre 2019, dans le cadre de la réunion du deuxième comité de suivi de Ma santé 2022, associant 150 représentants professionnels, institutionnels et associatifs de la santé, Agnès Buzyn, alors ministre des solidarités et de la santé, a présenté les avancées de la première année de mise en œuvre de la stratégie lancée par le président de la République.

Arrivé à date sus-citée, ont été mis en place:

- L'élaboration du plan de réforme des études de santé avec notamment la réforme du numerus clausus et des épreuves classantes nationales pour les étudiants en médecine alors envisagé pour la rentrée 2020
- Depuis mars 2017 le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles a progressé de 40%, le nombre de centres de santé médicaux polyvalents a quant à lui augmenté de 25%
- L'évolution du financement des hôpitaux de proximité a été effective
- L'accélération du déploiement de la télémédecine, en autorisant notamment de nouvelles professions de santé à pratiquer le télésoin
- Le travail des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) avec mise en place à ce jour de 400 projets

-Le recrutement de 60 postes de médecins généralistes sur les 400 pourvus (activité salariée ou partage de poste entre ville et hôpital) ont permis à 38 000 personnes de retrouver un médecin traitant (50).

C/ La situation en Martinique

1/ Accès aux soins, démographie médicale

La Martinique est à la fois la plus petite région de France et une des plus peuplées avec 376 480 habitants au dernier recensement de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2016 (51)(52). Sa densité est trois fois supérieure à celle de l'hexagone.

Elle souffre de la pauvreté de sa densité médicale et de la concentration des structures de soins dans le Centre et le Sud de l'île. À cela se rajoutent les spécificités du territoire en terme de santé publique qui affectent l'accès aux soins (53) : risques infectieux, taux élevé de VIH, de drépanocytose, de diabète, d'obésité (28% de la population concernée contre 17% en métropole) (54) et du vieillissement qui ne cesse de croître, ce qui engendrera dans les années à venir un surplus de maladies chroniques. Selon l'INSEE le nombre de personnes âgées continuera d'augmenter plus vite que l'ensemble de la population et devrait classer la région en deuxième position des plus âgées d'ici 2040. À l'heure actuelle cette population se concentre majoritairement dans le Nord de l'île, creusant d'autant plus la difficulté d'accès aux soins (51).

La Martinique est dotée d'un Centre Hospitalier Universitaire, l'hôpital Pierre Zobda-Quitman (1506 lits d'hospitalisation) à Fort-de-France dans le Centre de l'île. Il est le siège du service principal d'urgences, le second se situant dans le Nord-Atlantique, dans la ville de Trinité.

Concernant les médecins généralistes libéraux, leur densité en Martinique est très inférieure à la moyenne nationale. Elle fait aussi partie des régions françaises les moins bien dotées en spécialistes. En 2017 on comptait en milieu libéral 303 médecins généralistes inscrits à l'Ordre soit une densité de 81,6 pour 100 000 habitants contre 88,9 en France métropolitaine. Les spécialistes libéraux étaient au nombre de 219 soit une densité de 59 pour 100 000 habitants, contre 82,4 pour la métropole (55). D'après l'atlas de la démographie médicale 2016 établi par le CNOM, la Marti-

nique connaît la même variation d'effectifs que la métropole avec une baisse du nombre de médecins généralistes, et une augmentation des spécialistes. Cependant parmi les Départements d'Outre Mer (DOM) son augmentation en spécialistes est la plus faible et elle est la seule à connaître une baisse d'effectifs de médecins généralistes. Par ailleurs elle craint des départs à la retraite trop nombreux et trop proches: premièrement elle fait partie des départements français qui comptent le plus de retraités actifs avec 32% en 2018 (rapporté au nombre de retraités totaux) pour une moyenne nationale d'environ 25% (9). Cette attitude compense la diminution des actifs réguliers mais se rapporte à autant de cessation d'activité dans un futur proche. Deuxièmement on observe une population médicale dont l'âge moyen est de 52 ans contre 50,8 ans au niveau national, pouvant prévoir également des départs à la retraite plus importants (9).

2/ Organisation des permanences de soins ambulatoires (PDSA)

Comme en métropole, les Permanences de Soins Ambulatoires (PDSA) sont organisées avec des médecins régulateurs libéraux et médecins effecteurs sur le terrain. En Martinique, les PDSA étaient obligatoires à partir de 1999 sur 12 secteurs de garde, chaque médecin généraliste libéral recevant dans son propre cabinet ou étant en régulation au Centre 15. En 2002 des grèves ont mené deux ans plus tard à une modification d'organisation notamment en établissant dès lors des tours de gardes ambulatoires sur la base du volontariat, ce qui a eu pour conséquence de réduire le nombre de médecins effecteurs. De ce fait, une nouvelle sectorisation de l'île en 7 secteurs a permis de diminuer le nombre de permanences par médecin et de revaloriser leur rémunération. En 2010 les taux de participations volontaires étaient parmi les plus faibles de France, à hauteur de 19% contre 60% dans la majorité des territoires métropolitains. Devant la persistance de ces problèmes organisationnels avec trop peu de praticiens volontaires, au 1er janvier 2016 la Martinique est finalement découpée en 4 secteurs avec création d'une maison médicale de garde (MMG) sur chaque secteur: Nord-Atlantique, Nord-Caraïbe, Sud, Centre (56)(57). Malheureusement un déficit de médecins dans le Nord-Caraïbe a contraint ce sec-

teur à se regrouper avec le Centre, réunissant ainsi deux MMG à Fort de France (cf carte suivante « *Organisation des PDSA en 4 secteurs* »).

Ce nouveau dispositif a alors pour avantage de simplifier la lecture de la répartition des MMG aux yeux des patients qui doivent consulter. Ceux qui ne peuvent pas se déplacer bénéficient d'une visite à domicile par SOS médecin, c'est-à-dire par le médecin de garde de la MMG qui est alors sollicité par le médecin régulateur du Centre 15.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 ont modifié le cadre réglementaire de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) (51). Depuis, des créneaux dérogatoires spécifiques à la région et au mode vie ont été mis en place en terme d'horaires et ce concernant les médecins effecteurs tout comme les régulateurs libéraux. D'après l'article R.6315-1 du Code de la Santé Publique, les horaires imposés de PDSA s'étendent de 20h à 8h tous les jours, et également de 8h à 20h les dimanches et jours fériés. Cependant les agences régionales de santé peuvent modifier cette organisation en fonction de la demande de soins du territoire (58). Ainsi en Martinique les horaires ont été modifiés de la manière suivante (57) :

-Régulateurs libéraux (Centre de Réception et de Régulation des

Appels ou CRAA au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Fort-de-France) en semaine de 17h à minuit; samedi, dimanche et jours fériés de 7h à minuit (59)

-Effecteurs (Dans les 4 centres de MMG sus-cités): 19h-23h en semaine, 13h-23h les samedis, 7h-23h les dimanches et jours fériés

Malgré cette nouvelle organisation qui semble plus accessible que les anciennes, l'ARS déclare qu'il reste deux points de fragilité dans ce système:

1/La part des médecins de 55 ans - donc peu favorables à la participation aux PDSA-est non négligeable

2/ Les temps de déplacements peuvent être dissuasifs chez les patients non véhiculés (51).

En 2019 le taux de participations volontaires aux PDSA était de 25% contre une moyenne française de 38,1% (60).



Organisation des PDSA en 4 secteurs (61)

3/ Contextes géographique, économique et social en Martinique

La Martinique est une île de l'archipel des Petites Antilles s'étendant sur 1 128km², soit environ 60 km en longueur pour 30 km de largeur. C'est une zone volcanique avec la Montagne Pelée au Nord, volcan de 1 397m d'altitude toujours en activité qui fait partie des plus surveillés au monde. Le reste est représenté par des reliefs moyens, les mornes, une forêt tropicale humide étendue et de nombreuses routes sinueuses surtout dans le Nord rendant de nombreuses zones difficiles d'accès (62)(63). La majorité des communes sont considérées comme des territoires semi-ruraux.

La Martinique est classée au 4ème rang des départements français les plus pauvres derrière Mayotte, la Guyane et la Réunion (64)(65)(66). En 2015 le taux de ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté était de 30,9 % contre 11,2 % à 19,8 % selon les départements métropolitains, et le niveau de vie médian était 19% plus faible en Martinique (64). Elle est également le troisième département le plus

inégalitaire de France (derrière l'Île-de-France et la Réunion) si l'on compare les niveaux de vie des 20% les plus aisés avec les 20% les plus modestes (64)(65).

L'INSEE déclare dans « Les revenus et le patrimoine des ménages - Édition 2018 » (64), que cette situation de précarité fait référence à une population comportant un fort taux de chômeurs, de retraités et moins de cadres que les autres départements français.

En 2018 le chômage touche 18% de la population contre une moyenne hexagonale d'environ 9% (67) et 22,8% des Martiniquais sont couverts par le RSA contre 7,7 % dans l'Hexagone (68). D'autre part 21,2% bénéficient de la CMU-C contre 7,4% en métropole (69). Une forte proportion de la population est également bénéficiaire d'allocations telles que l'allocation parent isolé (API) ou l'allocation solidarité vieillesse (ASV) (70).

En parallèle de nombreux Martiniquais présentent des difficultés d'accès aux droits à cause d'une méconnaissance du système de protection sociale et d'une complexité des démarches administratives, pouvant expliquer une partie des renoncements aux soins (71).

La précarité est aggravée par les importations qui engendrent un surcoût des produits alimentaires et de consommation courante (+17%) (104), et ce surtout au sein des familles monoparentales dont 45% des enfants sont issus (72).

Sur le plan de la consommation, les dépenses des ménages français métropolitains se répartissent à parts quasiment égales entre transports, nourriture et logement, alors que la Martinique présente un taux de consommation en transports bien plus élevée. Ce phénomène s'explique par le fait que les réseaux de transports en commun sont peu développés, et concernent de vastes distances, entraînant un besoin en véhicules particuliers plus important (73). Ce paramètre objective l'importance de l'organisation du territoire au vu de la complexité géographique de l'île. En revanche 34% de la population est représentée par une population qualifiée d'« aînés défavorisés », à revenus modestes qui favorisent nettement les dépenses dans l'alimentation avec une consommation très faible en transports, ce qui pose d'autant plus un problème au niveau des déplacements car la plupart de ces consommateurs sont identifiés comme des personnes seules (73).

4/Zonage médical

En janvier 2018 un nouveau zonage médical est arrêté par le directeur général de l'ARS Martinique en association avec les collectivités territoriales siégeant au sein de l'union régionale des professionnels de santé, et ce après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (24).

Sur 34 communes, 29 sont alors classées en zones d'interventions prioritaires contre 18 auparavant (26) (74) (Annexe 2). Les médecins exerçant dans ces communes ont pu bénéficier de mesures incitatives à l'installation, prévues dans la convention médicale nationale approuvée par l'arrêté du 20 octobre 2016, qui vise à organiser les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

Ce zonage régional est révisé au moins tous les 3 ans (26).

5/Dispositifs et plans de lutte contre les déserts médicaux

La Martinique est concernée par les différents programmes gouvernementaux de santé au même titre que les départements métropolitains.

En 2014 elle fait partie des 9 régions pilotes d'expérimentation de télé-médecine et ce pour 4 ans (75). Pour ce faire l'ARS a signé des conventions avec les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires (76).

Différentes missions étaient évoquées: prise en charge des pathologies chroniques, des personnes âgées dans les EHPAD, et prise en charge des détenus.

Le dépistage de la rétinopathie diabétique par téléconsultation était un des enjeux évoqués et a notamment fait l'objet d'un poster (Protocole de dépistage de la rétinopathie diabétique-URML Martinique - 2013) (77). Le but était pour l'ophtalmologue de lire la rétinographie réalisée par l'orthoptiste en attendant un rendez-vous ultérieur plus complet (77). Cependant aucune donnée n'est disponible quant au bilan de réalisation de ces actes. Le milieu carcéral, lui, a recensé 181 télé-consultations sur les deux premières années d'expérimentation (78). Les spécialités concernées étaient la médecine interne, l'immunologie, les maladies infectieuses et tropicales. Ont égale-

ment été réalisées des téléconsultations d'anesthésie pré-opératoires, de suivis de diabète, des séances de télé-expertise pour avis entre experts, ou encore des recours à la télé-assistance comme par exemple la transmission d'électrocardiogrammes réalisés par des infirmiers (79).

Les services d'EHPAD ont pu bénéficier eux aussi sur ces deux premières années de 67 téléconsultations avec des services de gériatrie, et les télé-expertises dermatologiques sans précision sur la localisation des patients étaient anecdotiques avec 7 actes en deux ans. La médecine générale libérale n'avait pas été concernée par cette expérimentation et à ce jour d'une manière générale la télémédecine n'est pas développée en Martinique en dehors de quelques avis gériatriques donnés dans les EHPAD (57).

En ce qui concerne le recrutement de nouveaux médecins et l'offre de soins, les résultats sont mitigés en Martinique : ont été créées 2 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSPP) , à Sainte-Marie et au Lamentin (en plus de celle de Ducos déjà existante), ainsi que 2 centres de santé, à Saint-Pierre et Basse-Pointe (80). Un seul contrat PTMG a été signé à ce jour, à Case Pilote(3)(80). Onze Contrats d'Aide à l'Installation des Médecins ont été signés avec une aide de 50 000€ répartie sur les deux premières années (81) (82). Sept postes d'assistants partagés entre ville et hôpital ont été pourvus (81).

En novembre 2018 les indemnités mensuelles de transports pour les internes en stage ambulatoire dans des zones médicalement sous-denses ont été augmentées à 200€ (82).

Une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) a été créée en 2017 (83).

Un guichet unique d'accompagnement a vu le jour, en lien étroit avec la Caisse Générale de Sécurité Sociale (80).

L'hôpital du Marin et de Saint-Esprit se sont vus attribuer le statut d'hôpitaux de proximité (84) pour une articulation plus étroite avec la médecine de ville notamment au travers de certaines missions partagées avec des professionnels ambulatoires exerçant en maisons de santé.

6/Adaptations régionales complémentaires

Les conditions de vie et les organisations territoriales propres à la Martinique ont mené les acteurs de santé locaux à adapter et compléter les mesures gouvernementales en relation avec l'ARS Martinique.

Des adaptations régionales sont réalisées autour de la mère et de l'enfant devant un taux de mortalité périnatal élevé. Un nouveau Centre Périnatal de Proximité a été inauguré en 2014 dans le Nord à Basse-Pointe, en lien avec la PMI, venant ainsi compléter celui du Sud pré-existant au Marin (80). L'association Re-Naissance 972 signe en 2015 un contrat avec l'ARS pour développer le réseau de santé Périnatal Matnik (promotion de l'accompagnement des futurs parents, en post-natal, adapter des parcours de soins simples...). Malheureusement le nombre de décès infantiles reste élevé puisqu'en 2013 le taux de mortalité pour 1000 naissances était de 7,6 en Martinique contre 3,3 en métropole(85), et en 2016 de 10,8 en Martinique contre 3,8 en métropole (86). Dix pour cent des nouveaux-nés sont des prématurés et quatre pour cent sont des grands prématurés, soit 4 fois plus que la moyenne nationale (87).

Cette mesure d'action autour de la mère et de l'enfant est reprise par la suite dans le Projet Régional de Santé 2ème génération (PRS2) 2018-2022. Ce plan est une bonne illustration de l'action régionale complémentaire qu'organise la Martinique autour des mesures gouvernementales (88). Ce projet a été élaboré par une centaine d'acteurs de santé en Martinique (professionnels de santé, associations, collectivités etc). Leur objectif est d' « améliorer l'état de santé de la population et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé », tout en restant en cohérence avec la Stratégie Nationale de Santé qui elle-même comprend un volet spécifique aux territoires ultramarins (89)(90). Les principales thématiques sont les suivantes:

- Anticiper les effets du vieillissement et la perte d'autonomie de la population ;
- Améliorer la santé des mères et des enfants et lutter contre la mortalité infantile ;

- Réduire l'impact du surpoids et de l'obésité et leurs incidences sur les maladies chroniques (diabète, insuffisance rénale chronique, maladies cardio-vasculaires, troubles musculo-squelettiques)
- Proposer une prise en charge de qualité des cancers
- Améliorer les prises en charge en matière de santé mentale
- Agir sur les difficultés d'accès aux soins et à la prévention des populations les plus vulnérables

Organiser un maillage territorial garantissant une égalité d'accès à l'offre de santé

Plusieurs actions ont été menées à ce jour pour atteindre ces objectifs: L'ARS en association avec la « Fédération Addictions » a déployé un plan d'actions pour accompagner les personnes atteintes d'addictions, avec notamment la mise en place des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), ou encore la création d'un programme de prévention « Unplugged » dans les milieux scolaires (91). Elle a également établi un schéma régional de prévention dans l'éducation à la vie affective et sexuelle notamment par le renforcement de la formation des intervenants, en suivant les directives du Centre de Ressources d'Éducation et de Promotion de la Santé Sexuelle (CREPSS) (92) (93).

Un programme exhaustif a été rédigé concernant la mise en place des mesures de ce PRS2, afin de remplir ces principales missions dans un délai de 5 ans (Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies - ARS Martinique - 2018-2022) (71).

7/Morbi-mortalité de la Martinique versus métropole, et versus désert médical en métropole

Une comparaison franche de la morbidité totale entre la Martinique et la métropole serait donc imparfaite, de ce fait les données de comparaison dans la littérature sont rares. Cependant en prenant toujours l'exemple des maladies cardiovasculaires, des cancers et d'autres pathologies aiguës ou chroniques à forte prévalence en Martinique nous pouvons établir certains constats.

Pour des âges et sexes comparables, l'ensemble des pathologies chroniques concerne 37 % des Martiniquais pour seulement 34 % des métropolitains (94). Les modes de vies et les spécificités climatiques influent fortement sur cette répartition : le diabète, les insuffisances cardiaques et les accidents vasculaires (hors syndrome coronarien aigu) sont plus courants en Martinique et on y trouve certaines pathologies infectieuses qui n'existent pas en métropole (dengue, chikungunya...). En revanche on relève moins de cancers, en dehors du cancer de la prostate (95).

D'autre part, en 2018 l'étude de la DRESS « En outre-mer, une santé déclarée moins bonne qu'en Métropole, surtout pour les femmes » met en évidence le fait que 69% des Français métropolitains disent se sentir « en bonne santé » contre 56% des Martiniquais. De la même manière 71% des hommes se sentent en bonne santé en métropole contre 61% en Martinique, et 68% des femmes métropolitaines contre 52% des femmes martiniquaises (94). Cependant la représentation de la santé est subjective et ces comparaisons ne permettent pas de tenir compte des structures par âge.

Sur un plan plus objectif, l'étude « L'état de santé des populations des départements d'Outre-Mer en 2012, comparativement à la métropole: une analyse de la base nationale de l'Assurance Maladie » (95) compare l'état de santé entre la métropole et les DOM, dont la Martinique. Elle prenait en compte la consommation de soins à partir des données du Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) sur 56 maladies dans 27 groupes hospitaliers. Les ratios de morbidité standardisés sur l'âge et le sexe étaient utilisés pour cette comparaison. Les soins concernant le diabète étaient plus élevés en Martinique qu'en métropole (ratio 1,7), tout comme les dialyses (ratio 2,4), les AVC (ratio 1,1), les AOMI (ratio 1,7 pour les femmes uniquement), les hospitalisations pour maladies infec-

tieuses (ratio 2,5) ou obstétricales (ratio 1,2), les troubles psychiatriques (ratio 2), et l'infection par VIH (ratio 1,4). Les syndromes coronariens aigus étaient en revanche plus faibles en Martinique (ratio 0,5), tout comme les maladies chroniques de l'intestin (ratio 0,5), la sclérose en plaque (ratio 0,3), la maladie de Parkinson (ratio 0,8) et les cancers tous types confondus (ratio 0,7) en dehors du cancer de la prostate (ratio 2,3). Ce dernier est également un exemple de l'impact des spécificités environnementales sur la santé puisque de nombreuses études évoquent un lien entre l'utilisation du chlordécone, molécule utilisée en Martinique jusqu'en 1993 comme insecticide sur les bananiers, et la forte prévalence du cancer de la prostate (99)(100)(101).

Si les comparaisons sont difficiles à établir en terme de morbidité entre la Martinique et la métropole, l'analyse de la mortalité est plus objective. Elle n'est pas plus élevée en Martinique, et ne l'est pas non plus par rapport à ses homologues déserts médicaux métropolitains. Par exemple, le taux de mortalité toutes causes confondues est plus important dans l'Indre, le Cher, l'Allier, le Cantal, la Creuse, la Corrèze...qui comportent le plus de communes classées ZIP (96). Ce taux de mortalité en Martinique est sensiblement proche de celui des départements les mieux peuplés en médecins, comme la Gironde, le Gard, l'Hérault ou les Bouches-du-Rhône. Ces quatre départements font partie avec la Martinique d'une fourchette de taux de mortalité comprise entre 7,6 à 10,6 ‰. Ce chiffre se situe entre 10,6 et 12,8‰ pour le Var et les Alpes-Maritimes qui ne souffrent pourtant pas d'un déficit médical pour la majorité des communes (96). Par ailleurs en 2018 l'espérance de vie des martiniquais à la naissance est proche de la moyenne métropolitaine soit respectivement 78,6 ans et 79,5 ans pour les hommes, 84,7 ans et 85,4 ans pour les femmes (70).

Malgré une prévalence accrue de certaines pathologies en Martinique on peut penser que certains facteurs préservent également l'état de santé de la population. La moindre consommation de tabac par rapport à l'hexagone pourrait par exemple expliquer la moindre prévalence de cancers et de syndromes coronariens aigus: le taux de fumeurs quotidiens y est de 14,7% contre 23 à 31% en fonction des départements métropolitains (70).

8/ Problématique pour le médecin généraliste

Outre les organisations mises en place à grande échelle pour s'adapter à la difficulté d'accès aux soins, à la croissance des pathologies chroniques et aux autres spécificités sanitaires propres à la Martinique, on peut penser que les médecins généralistes eux aussi compensent au quotidien la précarité de l'offre de soins du territoire. De ce fait il serait intéressant de se pencher sur l'adaptation de leur méthode de travail en désert médical et sur la conséquence sur la santé des patients.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude qualitative établie à partir d'entretiens semi-dirigés visant à répondre à la question « Quelles sont les adaptations de la méthode de travail des médecins généralistes libéraux en désert médical et quelles sont les conséquences pour les patients? »

A/ Recrutement

15 médecins généralistes libéraux ont été recrutés par annuaire téléphonique de manière aléatoire, 14 d'entre eux exerçaient en déserts médicaux identifiés selon le nouveau zonage médecins de 2018 par l'ARS et 1 d'entre eux travaillait en zone de vigilance, mais déclare « *Ma ville devait être placée en désert médical par l'ARS et ça a changé 4 mois avant alors que tout était prêt. (...) Elle relevait pourtant des critères du désert médical et après ça a été une question de politique. Mais de toutes façons je pense que toute la Martinique devrait être en désert médical.* ». Devant une densité médicale faible dans cette commune et une organisation territoriale semblable aux communes classées ZIP, l'interrogatoire de ce médecin a quand même été pris en compte dans l'étude.

Les médecins interrogés étaient installés en libéral depuis au moins un an et travaillaient en Martinique depuis au moins 4 ans (anciennement remplaçant, urgentiste reconverti...). Le critère d'inclusion était d'être médecin généraliste libéral en Martinique depuis au moins un an et d'exercer dans une zone fragile en terme d'accès aux soins.

B/ Type d'étude

Ce type d'étude a été retenu car l'objectif était d'explorer l'adaptation de la méthode de travail des médecins généralistes libéraux martiniquais en désert médical et leur point de vue sur la répercussion vis-à-vis de la santé des patients. Il fallait

donc recueillir leurs remarques, leurs craintes, leurs visions de la réalité sur le terrain.

C/ Déroulement

Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés dans leurs cabinets respectifs et enregistrés par un dictaphone. L'entretien était précédé d'une brève explication sur le sujet de recherche en insistant sur le caractère anonyme de la conversation, la neutralité et l'absence de jugement des réponses.

Pour respecter l'anonymat de chacun, un numéro d'entretien leur a été attribué selon les ordres d'enregistrement et les seuls paramètres qui ont été conservés ont été l'âge, le sexe et l'ancienneté d'exercice libéral en Martinique. Un accord oral et écrit de leurs parts ont été obtenus.

S'agissant d'une étude qualitative le calcul du nombre de sujets nécessaires n'a pas sa place et les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données. La retranscription des entretiens a été faite intégralement manuellement dans les 24 heures suivant l'entretien.

D/ L'analyse

Il s'agit d'une analyse thématique par thématisation continue:

Cette analyse a été faite à partir des retranscriptions des données recueillies, ce texte s'appelle le verbatim.

Lors de la lecture des retranscriptions, le verbatim a été segmenté en mots-clés, ou phrases qui paraissaient importantes pour répondre à la question de recherche.

Chaque mot-clé a permis l'élaboration de thèmes ou sous-thèmes permettant de structurer le travail en plusieurs parties. Chaque verbatim a été analysé indépendamment puis certaines questions clés ont été analysées de manière horizontale. Aucun logiciel n'a été utilisé pour l'analyse des données.

Résultats

A/ Adaptation des médecins aux conditions de travail en désert médical

1/Caractéristiques des médecins et conditions de travail

Les 15 médecins interrogés étaient des médecins thésés et installés pour 14 d'entre eux en désert médical, et 1 en zone de vigilance, depuis au moins un an. Ils étaient répartis en 8 femmes et 7 hommes. Onze d'entre eux avaient un secrétariat médical (téléphonique et présence « physique » confondus), douze travaillaient sans rendez-vous le matin et avec rendez-vous l'après-midi. Les trois autres travaillaient uniquement sur rendez-vous. Cinq médecins avaient des créneaux dédiés et réservés aux urgences. Enfin, 5 d'entre eux travaillaient à temps partiel (3 femmes et 2 hommes), 9 travaillaient 5 jours par semaine, et un médecin travaillait 6 jours par semaine.

Caractéristiques des médecins interrogés:

SEXE	ÂGE	NOMBRE ANNÉES EN LIBÉRAL MARTINIQUE	SECRÉTAIRIAT	CONSULTATIONS	CRÉNEAUX SPÉCIAUX URGENCES	NOMBRE DE JOURNÉES TRAVAILLÉES
M	61	10	oui	Sans RDV M Avec RDV AM	non	2,5
M	45	20	oui	Sur rendez-vous	oui	5
F	40	8	oui	Sans RDV M Avec RDV AM	oui	2,5
M	63	27	oui	Sur rendez-vous	non	5
M	47	8	non	Sans RDV M Avec RDV AM	non	5
M	40	1	non	Sans RDV M Avec RDV AM	non	5
F	47	15	oui	Sans RDV M Avec RDV AM	oui	6
M	64	33	non	Sans rendez-vous	non	5
F	58	29	non	Sans RDV M Avec RDV AM	non	5
F	39	5	oui	Sans RDV M Avec RDV AM	non	3
M	32	2	oui	Sans RDV M Avec RDV AM	non	2
F	33	4	oui	Sans RDV M Avec RDV AM	non	5
F	48	20	oui	Sans RDV M Avec RDV AM	non	4
F	33	1,5	oui	Sans rendez-vous	oui	5
F	47	20	oui	Sans rendez-vous	oui	5

2/Des compétences revues à la hausse

Afin de pallier aux difficultés d'accès aux spécialistes ou aux examens complémentaires, certains médecins généralistes se sont imposés des compétences complémentaires. Ces compétences sont majoritairement des actes comme les frottis, échographies de débrouillage, spirométrie ou encore petits actes chirurgicaux. Il s'agit également de formations complémentaires avec une redondance pour le DU de diabétologie qui prend tout son sens sur ce territoire où la prévalence de diabète est élevée. Il leur a été demandé « Quelles compétences ou connaissances vous êtes vous imposés du fait de travailler en désert médical ? »

E1: L'échographie et la spirométrie.

E2: ...j'ai fait de l'échographie, je fais des ECG, il faut faire des frottis, il faut faire les spirométries.. Il faut faire tout ce qui se passe dans d'autres pays du monde mais qui n'a pas été enseigné en formation initiale ici correctement.

E4: Je me suis imposé de faire pas mal d'actes techniques, d'obstétrique, de gynécologie et de dermatologie pour éviter d'envoyer chez le spécialiste dans la mesure du possible.

E7: Eh bien ...On est en souffrance démographique, avec moins 25% de généralistes et moins 33% de spécialistes. Donc il faut savoir se débrouiller, il faut savoir faire beaucoup de choses, faire des gestes techniques et avoir un équipement qui soit suffisant.

E8: ...des actes techniques, des petites chirurgies etc.

E9: Alors je suis très orientée gynéco. (...) Donc je fais même les IVG avec un accord avec l'hôpital.

E12: Moi pour la Martinique comme il y a une forte prévalence de diabète, j'avais fait au préalable un DU diabétologie.

E13: ...il y a beaucoup de maladies métaboliques j'ai du passer un DU de diabétologie.

3/L'augmentation du temps de travail

Pour pallier au manque d'effectifs de médecins généralistes, l'ARS Martinique a mis en place un roulement d'astreintes en maisons médicales. Il s'agit d'astreintes de soirs, week-ends et jours fériés : les Permanences de Soins Ambulatoires. Devant le manque de médecins volontaires, ces derniers peuvent être réquisitionnés. On observe une majorité de praticiens qui ressentent un impact sur leur exercice: la plupart rapporte une obligation de quitter le cabinet encore plein en fin de journée pour se rendre sur le lieu d'astreinte; d'autres accusent la fatigue du lendemain. Ces contraintes sont ressenties, que le médecin prenne des astreintes volontairement ou non, ce qui illustre le sentiment d'obligation de devoir du médecin face à la demande. Chez les médecins qui ressentent un impact négatif seulement la moitié dit adapter son emploi du temps le lendemain en conséquence.

E3: ...donc je passe 12 heures le dimanche à la maison médicale pour arriver fatiguée le lundi dans mon cabinet médical qui est blindé.

E4: C'était fatigant parce qu'au tout départ c'était la nuit, et ensuite ça a été jusqu'à minuit, et donc quand tu consultes à 7h c'est fatigant !

E10: Euh...Ça n'a pas d'impact parce que j'ai choisi de faire le dimanche soir. Comme le lundi c'est mon jour de repos ça me permet de me reposer.

E11: Ça a un impact sur l'exercice au cabinet parce que ça ne permet pas de re bosser le lendemain ou le lundi quand on a bossé le week-end.

E12: ...au début les médecins ne voulaient pas faire de gardes et ils ont été obligés par l'ARS et les autorités et tout ça (...) ça peut avoir un impact parce que ça nous

oblige à fermer plus tôt alors que le cabinet est souvent rempli et avec des gardes de nuits éloignées du cabinet avec le lendemain des journées à ré enchaîner.

E13: Ce qu'on ne comprenait pas aussi c'est que quand on a commencé à faire des gardes il n'y avait pas grand monde, et qu'on était aussi parfois obligés de laisser un cabinet plein pour aller faire une garde. Ça a été difficile à faire comprendre à l'ARS.

E14: ...c'est un peu pénible mais ça fait partie du job quoi. Je me sens pas vraiment obligée, mais je sens que ça fait partie des obligations. (...) Moi par exemple je prends des gardes le mardi soir, et le mercredi je dois travailler que le matin en cabinet donc si je suis fatiguée ça va, je m'organise après.

E15: ...c'est volontaire. En fait on a eu...c'est pas la bonne question pour moi. J'ai toujours fait tout ça et en fait avec l'ARS en 2013 je faisais partie du groupe qui a créé une maison médicale de garde. Donc du coup moi on me l'a jamais imposé je trouve que ça fait partie de mon boulot. Des fois j'ai pas envie d'y aller.

4/L'organisation médicale en groupe

Dix des quinze médecins interrogés travaillaient avec un ou plusieurs associés, en même temps mais aussi sur un mode de roulement. Ils rapportent que fonctionner ainsi leur permet de libérer du temps personnel, à condition que celui-ci ne soit pas impacté par la nécessité de rattraper un temps de travail par dessus.

E7: (...) on s'est installés à 4 du coup ça a été une bouffée d'oxygène !

E11: On s'est mis en désert mais on a fait un gros cabinet pour tenir, donc je suis pas trop impacté je dirais.

E12: Quand je suis au cabinet d'après-midi par exemple et bien le matin souvent je suis là avec mes dossiers à rappeler des confrères pour gérer des choses pour les patients.

E14: Je pense que ma vie elle est pas impactée parce que l'organisation là en groupe fait que c'est possible.

5/Gérer le déficit en spécialistes

Pour pallier au manque de spécialistes et aux délais d'attente de consultations spécialisées, avoir un excellent réseau téléphonique personnel de spécialistes libéraux est inévitable. Effectivement, chaque médecin généraliste possède un répertoire regroupant les numéros de téléphones personnels de leurs confrères spécialistes. Ce procédé permet d'obtenir un premier avis rapidement sans surcharger davantage les consultations spécialisées, et permet également d'avancer facilement un rendez-vous. Cependant les médecins rapportent le caractère chronophage de cette habitude devenue nécessaire au quotidien.

E1 : Eh bien j'ai essayé de me faire un petit réseau perso, c'est à dire faire la connaissance des spécialistes. Je prends leurs numéro de portables comme ça je fais des rendez-vous en urgence par WhatsApp ou j'appelle directement sur le portable de mon collègue pour expliquer le cas d'urgence et pour avoir le rendez-vous en urgence.

E3: C'est à nous de juger si c'est urgent ou pas et de prendre le temps de rappeler le spécialiste si jamais c'est nécessaire. Et du coup pour nous c'est hyper chronophage.

E6: C'est dommage de dire ça tu vois mais il faut que le médecin généraliste ait des relations amicales pour avancer des rendez-vous. (...) J'ai une amie qui est endocrinologue au CHU et qui voit environ 100 patients par jour. Des fois elle me dit fais ci fais ça...

E7: J'ai pas trop de problème parce que j'ai un bon réseau de téléphone.

E9: Il faut un carnet d'adresses et un carnet de correspondants efficaces, sur qui on peut compter. Et c'est pas évident ! C'est pas évident parce y en a pas beaucoup,

que ceux qu'on connaît depuis longtemps ben forcément ils partent à la retraite aussi. Ils sont pas toujours remplacés. Se faire connaître, rencontrer les jeunes médecins qui s'installent ben d'abord ils sont pas nombreux, ensuite il faut recréer les carnets d'adresses. C'est pas simple.

E10: En général quand tu appelles c'est assez facile. Moi j'ai mon petit réseau.

E12: Et donc souvent on est obligés de passer par le libéral, d'avoir un bon réseau de confrères en libéral, et qu'on peut toucher souvent plus facilement et qui arrivent à nous prendre nos patients parfois dans des délais plus acceptables. (...) Et puis moi je trouve qu'il y a beaucoup de travail à côté puisqu'on est obligés de rappeler des confrères...

E15: La cardio c'est pas évident. Quand c'est à l'hôpital on a du mal, avec le cardio de ville, par Whatt'sapp on lui envoie un électro il nous répond aussitôt.

En revanche, la réalité de la saturation des consultations prend parfois le dessus, et l'attente d'un rendez-vous spécialisé est inévitable. L'ophtalmologie est la spécialité le plus souvent incriminée.

E1: L'attente pour par exemple voir un ophtalmologue est de trois mois ou plus. Les autres spécialistes pareil, c'est vraiment parfois insupportable. Surtout sur des patients en ALD, il faut faire des contrôles par les spécialistes on n'a pas les disponibilités, c'est dommage.

E6: Il n'y a pas assez de spécialistes. Si on prend l'ORL, l'ophtalmo, les rendez-vous sont supérieurs ou égaux à trois mois.

E7: Et puis il y a un manque cruel de spécialistes en Martinique surtout dans certaines spécialités et c'est toujours pareil, on attend.

E9: On a besoin des fonds d'yeux. Tous les trois/quatre ans on en a parce que les patients n'arrivent pas à trouver des rendez-vous.

6/ Gérer les distances géographiques et la précarité socio-économique

Certains rapportent des dimensions géographiques et socio-économiques à gérer. Les patients sont souvent bloqués par l'éloignement spatial des consultations, aggravé par des difficultés économiques ou un isolement social précaire. Cela les empêche de se rendre sur les lieux de rendez-vous car ils ne sont pas véhiculés. Les médecins sont donc contraints de rédiger plus de bons de transports, et de se rapprocher automatiquement des spécialistes ou centres d'examens complémentaires les plus facilement accessibles géographiquement.

E10: Parfois ce qui est compliqué aussi c'est la gestion du transport pour aller chez les spécialistes. Des fois il faut essayer de voir est-ce-que tu peux pas choisir un endroit pas trop loin...

E11: Le problème majeur c'est le transport. C'est à dire que souvent les patients n'ont pas de voiture. Et donc on fait des bons de transport quand les patients sont en ALD.

7/Gérer les urgences en cabinet de ville

Les patients ont l'habitude de consulter leur médecin en premier recours même pour des degrés d'urgences élevés et ce phénomène est aggravé par l'éloignement du service d'urgences localisé au CHU. Cela participe à un engorgement des consultations de médecine générale d'autant plus important. Pour essayer de contrer une attente dangereuse injustifiée, certains s'organisent par créneaux dédiés aux urgences. La plupart du temps les patients en sont satisfaits mais d'autres ne comprennent pas pourquoi ils ne peuvent pas être reçus dans l'immédiat . D'autres médecins reçoivent les patients en « temps-réel » entre deux consultations programmées, ce qui engendre un retard dans les rendez-vous et une plainte des patients en salle d'attente.

E4: Ils arrivent en urgence donc on est obligés de les prendre donc ça décale toute la consultation. Je m'adapte et je prends du retard.

E6: Ben par exemple la dernière fois j'ai du faire une suture de quelqu'un qui s'est coupé au couteau, il pissait le sang partout, il a fallu le suturer avant qu'il parte aux urgences. Donc les patients sont dans la salle d'attente, ils sont un peu énervés. Puis j'ai eu deux embolies, trois ou quatre infarctus, c'est chronophage. Tu perfuses, tu attends le SAMU qui n'arrive pas tout de suite.

E10: ...quand il y a une urgence il faut la gérer tout de suite. Et tu n'as personne qui prend le relais pour les patients qui attendent. Donc du coup ça fait des délais d'attente plus longs pour être vus. Je prends du retard un peu.

E14: Alors nous on est bien organisées à ce niveau là parce qu'en fait on a notre secrétaire sur place, et on a à peu près six créneaux qu'on remplit pas et qui sont pour les urgences du jour. Donc ce qui est compliqué c'est les patients qui n'adhèrent pas à ce système là et qui préfèrent se pointer sans avoir appelé avant. (...) Si j'estime que ça peut attendre, même des fois j'ai un peu de temps tout de suite mais ça va me mettre en retard, je préfère les obliger à revenir plus tard pour qu'ils s'habituent et que la fois suivante ils refassent pas le même système et qu'ils se forcent à appeler.

E15: Donc on a nos rendez-vous d'urgence. Mais c'est l'urgence ressentie en fait, quand ils veulent passer tout de suite maintenant « J'ai des engourdissements juste au-dessus de l'oreille je pense que je fais un AVC! » ...en fait je pense que si la tresse était moins serrée il aurait pas mal.

D'autres médecins ne peuvent laisser de place aux urgences de ville, par manque d'accès aux examens complémentaires qui s'en suivent ou par manque de temps.

E8: J'estime que je ne suis pas spécialement urgentiste, vu l'afflux des patients, je n'ai pas à gérer l'urgence.

E12: Comme on est en désert médical il n'y a pas beaucoup de médecins et nos cabinets sont toujours remplis. Et donc bon ça ne laisse pas la part aux urgences.

E13: Au niveau des biologies ça peut aller, mais au niveau radio/écho non. Donc souvent on les envoie aux urgences alors qu'on pourrait régler ça.

8/Gérer le patient à domicile

Le maintien à domicile des personnes qui devraient être hospitalisées est souvent rapporté. Il ne s'agit pas (tant) de la conséquence d'un manque de places d'hospitalisation mais surtout du refus des patients de passer par les urgences car ils ne veulent pas attendre « des heures » pour être examinés. Les médecins rapportent alors un suivi à domicile rapproché avec des examens biologiques répétés, des perfusions à domicile etc, des actes qu'ils reconnaissent comme parfois dangereux pour le patient, et chronophages pour leur activité. Les médecins comparent malheureusement cela à une médecine de sauvetage dangereuse mais se présentant comme la seule alternative.

E3: On garde des patients à domicile qui devraient être hospitalisés parce que les gens ne veulent pas aller aux urgences. Et en plus ce sont souvent des patients âgés, fragiles.

E7: L'adaptation est effectivement en fonction du patient qui souvent n'a pas envie d'aller au CHU. Honnêtement parfois je module en fonction de mon domaine de compétences, en fonction de la bonne compréhension du patient, de la famille, et de l'infirmière qui va suivre le patient. La dernière fois j'ai eu une pneumopathie, j'ai eu une pyélo... donc on a fait des perf à domicile en fait.

E9: C'est tous les jours qu'on joue avec la vie des gens. De prendre quelques fois une décision, de retarder une hospitalisation...de ne pas pouvoir vérifier que ce n'est pas que de la bobologie.

9/Adaptation pour préserver sa qualité de vie personnelle

Sur 15 médecins interrogés, 8 déclarent ressentir un impact sur leur vie personnelle secondaire à ces adaptations organisationnelles mises en place pour conserver la qualité de soin des patients.

E1: C'est plus difficile que dans les zones sans pénurie car il faut être plus présent, plus souvent. Cela réduit le temps de repos.

E9: ..c'est vrai aussi que s'absenter au niveau des vacances on a toujours quelques scrupules.

E10: Ben...je dirais que des fois je suis obligée de rentrer tard pour faire des visites à domicile que euh...que je ne ferais pas si j'étais dans un secteur où il y avait plus de médecins.

E12: Il y a trop de travail. On finit tard, on commence tôt. On a des journées où on est débordés !

E13: L'épuisement personnel, psychologique. On n'a pas le temps de s'occuper de soit, on a énormément de paperasse à faire en sortant. Et... oui on fait du 12 heures non-stop sans compter la paperasse qu'on a à faire.

L'autre moitié déclare s'organiser suffisamment pour éviter l'épuisement. Les médecins rapportent souvent l'importance de ne pas laisser son numéro de téléphone personnel aux patients, habitude que l'on retrouve souvent aux Antilles. Aussi, l'importance de l'exercice en groupe est souvent soulignée dans le déroulement favorable de l'emploi du temps.

E8: Moi elle est pas impactée parce que j'ai pris le choix particulier de ne pas me faire impacter par la pression des patients. Dans le sens que, pour développer je ne suis pas accessible en dehors de mes horaires médicaux. Les patients n'ont pas accès à mon téléphone.

E11: On s'est mis en désert mais on a fait un gros cabinet pour tenir, donc je ne suis pas trop impacté je dirais.

E14: Je pense que ma vie elle est pas impactée parce que l'organisation là en groupe fait que c'est possible. Et puis c'est aussi en posant ses propres limites quoi. Moi j'ai décidé que les patients ils auraient pas mon numéro de portable et que j'allais pas être corvéable le soir et le samedi à partir de 13h et bon je m'y tiens. Alors des fois c'est vrai c'est dur, je culpabilise, mais c'est l'économie que j'ai trouvée.

Dans tous les cas, la majorité des médecins parlent d'un impact financier positif à travailler en désert médical. Cela ne conditionne pas pour autant leur organisation en terme de temps de travail devant l'importance de la demande de soins.

E1: Je dirais que financièrement travailler en désert médical c'est plutôt positif car on a plus de travail. Après ça ne change rien sur mon organisation de travail.

E3: On gagne mieux notre vie en désert médical. Mais le problème ce n'est plus de bien gagner notre vie mais c'est notre qualité de vie...mais c'est difficile de travailler moins car on est sans arrêt débordés.

E9: J'ai cru comprendre qu'au niveau des astreintes et des gardes, le fait d'être en désert médical on paye moins d'impôts, il y a une partie qui est déductible. Mais dans l'exercice quotidien ben non ça change rien. On a notre temps de travail qu'on a choisi avec notre nombre de patients qu'on reçoit qu'on limite ou qu'on limite pas finalement selon notre pratique.

E12: Alors clairement il y a un impact positif au niveau financier parce que comme j'expliquais dès l'installation on se retrouve avec une patientèle déjà assez consé-

quente. Donc il n'y a pas vraiment de temps mort sur le début de l'activité. Il y a quelques incitations. (...) En ce qui concerne les gardes finalement ça peut être assez lucratif même si c'est contraignant parce qu'on bénéficie d'un tarif de régulation et qu'il y a une partie de ces honoraires qui peuvent être déductibles au niveau des impôts, donc ça peut être intéressant. (...) On n'adapte pas notre travail par rapport à ça parce qu'on ne peut pas. Il y a trop de monde !

B/Conséquences sur la santé des patients

1/L'auto-dangérosité du patient en rapport avec le désert médical

Le problème majeur rapporté par les interrogés réside dans la renonciation aux soins, ou le retard de consultations. La quasi-totalité des cabinets de médecine générale est organisée de la manière suivante: consultations sans rendez-vous le matin, nécessitant une inscription sur liste d'attente pour la matinée, avec des patients qui viennent parfois s'inscrire dans la nuit dès 4h; et consultations programmées l'après-midi, mais cela est peu ancré dans les mœurs et trop souvent les patients ne se présentent pas aux rendez-vous fixés. La consultation médicale semble difficile pour certains devant le refus d'attendre longtemps en salle d'attente, mais en même temps une absence de réflexe « consultation programmée », et elle pose aussi le problème de l'éloignement géographique, l'isolement social, des difficultés financières dans le cas de dépassements d'honoraires ou pour les personnes qui ne possèdent pas de véhicule. Les médecins sont peu disponibles pour réaliser des visites à domicile et cela concourt également à un retard de consultation. Les délais de rendez-vous chez les spécialistes et l'attente aux urgences parfois supérieure à 10h rajoutent un frein à la participation active du patient dans sa prise en charge médicale.

E2: Ils ont beaucoup moins d'accès aux avis spécialisés, ils ont un recours aux urgences beaucoup plus tardif et ils ont une prise en charge en cas d'urgence réelle qui est complètement inégalitaire par rapport à quelqu'un qui vit près d'un lieu où il y a soit des urgences soit un SAMU.

E9: Ils renoncent à chercher un rendez-vous cardio, ils renoncent à chercher un rendez-vous ophtalmo. Ils se mettent en danger.

E12: Il y en a qui consultent moins je dirais. Moi j'ai des patients âgés avec des pathologies graves, qui ne consultent pas, qui ne renouvellent pas leurs traitements en temps et en heure parce qu'ils disent que c'est compliqué de se déplacer pour venir chez le médecin.

E13: ...des fois il y a des patients qui ont un traitement à renouveler et qui en ont marre de faire la queue. Ils trouvent ça hyper contraignant.

Certains retardent le plus possible la consultation aux urgences et favorisent dans un premier temps la consultation de leur médecin généraliste car ils savent que dans la majorité des cas le médecin se rend disponible malgré lui et les reçoit. Ceci entraîne un retard diagnostique et de prise en charge, et une perte de chances pour le patient dans des situations d'urgences.

E4: Des fois ils devraient appeler le 15 mais ils ne le font pas. Ils ont l'habitude de venir chez le médecin généraliste. Sauf que quand par exemple ils sont en train de faire un infarctus et qu'ils viennent d'abord ici, on appelle ensuite le 15 et le fait d'être passés par ici ben ils perdent une demi-heure/une heure.

E8: T'as la personne qui attend tout un week-end et qui vient me voir le lundi matin sous prétexte que je suis le médecin traitant et qui vient entre guillemets en urgence, ça j'accepte pas.

E12: Elle a accouché sur le parking juste avant de monter dans l'hélico. (...) Moi j'étais là « mais c'est de la médecine générale que je fais! ». Et en fait ça s'est terminé avec le SAMU, l'hélico.

E15: L'autre coup j'étais à la maison médicale, il y avait un gamin. Il avait une suspicion de torsion du testicule, il avait vu son médecin traitant qui avait dit à sa mère d'appeler le 15 mais non ils sont venus à la maison médicale ! Les gens ils comprennent pas l'intérêt du 15. Je lui dis « vous avez rien à faire dans un cabinet où il y a un médecin généraliste, là c'est l'hôpital ! »

Par ailleurs le patient prend parfois des initiatives dangereuses pour compenser la difficulté d'accès aux soins: auto-médication, consultations en métropole...

E1: Le pire des cas, ce sont les patients qui ont des relations en métropole qui font prendre par leur famille là-bas des rendez-vous pour que ce soit plus rapide qu'ici. Dans tous les cas le temps d'attente est trop long et peut faire prendre des risques supplémentaires.

E10: Souvent ils viennent pas. Ils vont faire leur petite cuisine interne à la maison.

E12: Ils font de l'auto-médication.

2/Dangerosité « subie » par le patient

a/L'épuisement des médecins

Outre la dimension médicale, la charge de travail social et administratif confronte le médecin à la réalisation de tâches supplémentaires. Se rajoutent le temps de travail personnel pour rappeler les confrères spécialistes, ainsi que les astreintes de soirs et week-ends, pouvant engendrer une fatigue intense et donc une moindre efficacité des soins.

E2: On augmente de jour en jour la charge administrative des médecins, qui sont obligés pour pouvoir faire leur boulot d'avoir des charges supplémentaires avec des secrétaires temps plein pour pouvoir nous aider. (...)

Et les gens de notre État ne veulent pas comprendre que si on veut éviter le burn out de tous mes collègues qui font cette médecine il faut au moins les laisser dormir la nuit.

E3: Donc je passe 12 heures le dimanche à la maison médicale pour arriver fatiguée le lundi dans mon cabinet médical qui est blindé. (...) Je rentre à 21h chez moi en semaine.

E4: Je fais plus d'astreintes depuis 3 ans. C'était fatigant parce qu'au tout départ c'était la nuit, et ensuite ça a été jusqu'à minuit, et donc quand tu consultes à 7h c'est fatigant.

E10: Ça reste les mêmes problématiques de distances, de devoir sacrifier un petit peu sa vie, de faire des visites à domicile alors que t'es fatigué, t'as pas envie de le faire et que ça te rallonge ta journée.

E12: Le surplus de travail... Il y a trop de travail... On finit tard, on commence tôt. On a des journées où on est débordés. Et puis moi je trouve qu'il y a beaucoup de travail à côté puisqu'on est obligés de rappeler des confrères, on est tout le temps dans la négociation finalement d'examens, d'avis complémentaires et tout.

b/Le manque de visites à domicile

Devant des journées intenses de consultations en cabinet pour pallier au manque de médecins, ces derniers se voient parfois dans l'incapacité de réaliser des visites à domiciles ou n'en réalisent que peu, dans la pénibilité de la fin de journée, devant des patients très demandeurs et souvent isolés.

E10: Et puis je dirais aussi le fait que le médecin a plus de mal à se déplacer à domicile. Parce que si tu vois beaucoup de monde au cabinet c'est compliqué d'aller à domicile.

E12: Donc beaucoup de patients se plaignent que je ne fasse pas assez de visites à domicile, et pourtant je suis une des rares à en faire. Je suis obligée de les limiter

parce que j'ai déjà tellement de travail au cabinet. Donc je les réserve vraiment aux cas des patients grabataires qui ne peuvent pas se déplacer.

E15: Le problème du désert médical je pense que c'est aussi le problème des visites à domicile et des médecins qui font pas de visite.

c/Les délais de consultations avec les spécialistes

Comme mentionné précédemment, le manque de spécialistes rend l'accès aux soins difficile, parfois impossible malgré la négociation permanente du médecin traitant, entraînant des retards de diagnostics et des prises en charge inadéquates.

E3: Là j'ai une patiente qui m'a attrapée dans la rue ce matin, qui est insuffisante cardiaque et elle a pris rendez-vous chez le cardiologue ce matin et le rendez-vous est dans neuf mois.

E6: Par exemple tu as des patients qui ont des insuffisances cardiaques chroniques ou des insuffisances rénales qu'on doit dialyser, avec le néphrologue qui n'est pas là. Il était là puis il est parti, ça change... C'est gérable mais c'est un peu difficile.

E12: Pour les spécialistes c'est une catastrophe ! Les ophtalmo moi j'ai des patients diabétiques qui n'ont pas de fond d'œil parce qu'ils ne trouvent pas de spécialistes.

E13: Ben par exemple le problème de l'ophtalmo tu vois. Des fois en attendant le rendez-vous chez l'ophtalmo on reconduit le traitement anti-glaucomeux alors qu'il n'y a pas eu de contrôle.

d/Les délais de déplacement des transports médicalisés d'urgence

Malheureusement devant une sollicitation importante du SMUR, un nombre d'effectifs de professionnels médicaux moindre et des grandes distances géographiques, les transports d'urgence médicalisés sont saturés. Selon un travail de thèse (Collin A. Déploiement du dispositif « Médecins Correspondants du SAMU » en Martinique : Diagnostic, étude de terrain et mise en place - 2016), la Martinique souffre de l'absence de Médecins Correspondants du SAMU (MCS). Ces médecins sont un relai de l'aide médicale urgente et interviennent en amont de l'intervention du SAMU sur demande de la régulation médicale, dans les zones où le délai d'accès à des soins d'urgence est > 30 minutes. Mais ce dispositif n'est pas mis en place en Martinique. D'autre part, des communes reculées ont un accès relativement rapide aux soins d'urgences par le déclenchement systématique du secours hélicoptéré selon les recommandations locales de ce type d'intervention, en revanche ces recommandations semblent ne pas être suivies dans d'autres communes éloignées (62). Ceci conduit à des délais d'attente déraisonnables pour des situations d'urgences, parfois vitales, au cours desquelles les médecins en cabinet disent faire du « secourisme » plus que de la médecine. Parfois les médecins reconnaissent avoir des attitudes dangereuses car partagés entre attendre les secours ou adresser le patient directement aux urgences par ses propres moyens.

E1: On ne peut rien faire pour s'adapter franchement. On appelle le 15 et on attend les ambulances.

E11: Il m'est bien arrivé d'attendre le SAMU 1h30-2h pour des OAP.

E8: Je me rappelle avoir attendu le SAMU il y a quelques années, à l'autre extrémité de la rue pour une dame qui était en arrêt cardiaque, donc d'avoir fait un massage cardiaque pendant pratiquement 20 minutes en attendant l'accès au SAMU.

E9: Le SAMU est à trois quart d'heures. Trois quart d'heures pour venir dans le meilleur des cas. Du coup système D, il faut faire plus du secourisme que de la médecine

quelques fois. On a les pompiers qui sont un peu plus proches donc quand ils arrivent ils nous donnent un coup de main. Faut dire qu'un massage cardiaque trois quart d'heures à attendre c'est un peu long...

E10: Ca m'est arrivé il y a quelques mois, où j'avais appelé pour un petit qui avait l'air de faire une crise d'asthme, qui avait peut-être 14 mois donc il était vraiment petit. Et en fait quand j'ai appelé le SAMU ils m'ont dit « Oui oui on vous envoie les pompiers. » Sauf qu'ils sont arrivés une heure après, parce qu'en fait eux partaient du CHU. (...) Sinon une dame avait mal au ventre depuis quelques jours mais elle avait déjà pris ce qu'il fallait, spasfon, débridat etc... Et quand je l'ai vue se lever dans la salle d'attente je me suis dit « Il y a un problème » (...) Je lui ai dit « Là il faut aller à l'hôpital », et j'avais tellement peur que les pompiers n'arrivent pas à temps que je lui ai demandé d'appeler son père pour qu'il l'y emmène et finalement c'était une embolie pulmonaire .

E12: Des fois il y a des délais... moi j'ai attendu trois-quarts d'heures que le SAMU arrive pour une détresse respiratoire.

e/La distance géographique jusqu'au CHU et aux spécialistes

Les médecins déclarent que l'accès au CHU est géographiquement compliqué car éloigné et que les spécialistes sont concentrés à Fort-de-France. Cependant le médecin généraliste se trouve parfois dans une impasse devant l'impossibilité de réaliser des bons de transport chez des personnes qui ne sont pas en ALD, et qui sont isolées socialement ou économiquement sans véhicule.

E2: L'hôpital qui ferme, et tous les gens du sud qui allaient sur l'hôpital du Lamentin se retrouvent sans hôpital, et ils se retrouvent avec des heures et des heures d'attente au CHU, ce qui les décourage encore plus d'y aller et ce qui fait un retard de prise en charge encore plus important.

E9: Ici on n'a qu'un seul recours principal. On n'a qu'un seul CHU, on n'a qu'un seul service d'urgences, on n'a qu'un seul endroit. Donc si ça bouchonne, ben on est coincé.

E10: En fait moi j'ai souvent eu peur par rapport à la distance parcourue au CHU. (...) Et puis l'autre inconvénient je trouve c'est que ici on est assez loin du CHU du coup des fois ça peut être un peu stressant parce qu'en fonction de ce que c'est (...) Quand tu prescris un examen chez le spécialiste la première chose qu'ils te demandent c'est « Et il y en a dans le Sud? » Tu dis « Non non vous êtes obligés d'aller à Fort-de-France! ».

E11: Ici c'est vrai qu'on est loin du CHU. On a le CHU qui est quand même à 45-50 minutes.

Les médecins soulignent cependant que la distance au CHU est moindre par rapport à la plupart des déserts médicaux métropolitains.

E5: Ici on est toujours plus proche du CHU. Ceux qui habitent en pleine Creuse par exemple il y en a qui doivent faire des centaines de kilomètres pour arriver au CHU.

E8: Il y a des déserts médicaux en métropole, comme les déserts médicaux de haute montagne, de très reculés par rapport à ici. À l'échelle d'un département je pense qu'on est relativement bien ici.

E11: Eh bien je sais qu'il y a beaucoup de déserts médicaux en métropole où on est beaucoup plus loin du CHU que nous on ne l'est ici.

E14: Mais je pense quand même qu'en Martinique comme c'est tout petit, les distances elles sont quand même moindres par rapport à la métropole.

f/L'attente aux urgences

Un grand nombre de Martiniquais se présente néanmoins chaque jours au service d'urgences du CHU malgré les habitudes du rapprochement premier auprès du médecin traitant. Des études rapportent un manque d'éducation thérapeutique avec une faille dans l'auto-évaluation du degrés d'urgence encombrant donc le service. De nombreux patients déclarent aussi y consulter pour pouvoir bénéficier des examens complémentaires plus simplement (57). Les médecins généralistes interrogés constatent :

E6: Le fait qu'on ait qu'un seul CHU fait que tout le monde converge vers les urgences médicales et chirurgicales. Du coup les temps d'attente sont plus longs qu'en métropole.

E8: Le CHU n'a pas nécessairement une bonne réputation, pour la rapidité de l'accès aux soins...

E9: Ils ont douze heures d'attente aux urgences voire plus, donc on essaye de se débrouiller et je pense que de temps en temps on doit jouer un petit peu avec le feu. Tant mieux si ça tourne bien, et tant mieux si c'est rattrapé par le 15 un peu plus tard. On n'a pas le choix.

3/Les difficultés socio-économiques

La dimension socio-économique est un paramètre pris en compte dans la conceptualisation du désert médical. Les médecins généralistes à leur échelle sont désarmés face à ce problème qui est très présent en Martinique, tout comme l'isolement social.

E2: Si on avait une structure qui permettait à toute personne quel que soit son niveau social d'accéder à une consultation médicale au moment où ça commence à déraiper plutôt qu'attendre le dernier moment je pense qu'on éviterait énormément de soins d'urgences et beaucoup de passages dans notre hôpital public.

E10: Souvent il y a des rhumato qui proposent au CHU des rendez-vous privés. Mais le rendez-vous privé il faut payer.

E11: ...souvent les patients n'ont pas de voiture.

C/Dispositifs et plans de lutte contre les déserts médicaux

1/ Connaissances de ces aides chez les médecins généralistes

À la question « Quelles sont les aides mises en place par le gouvernement pour améliorer votre travail au quotidien? », les deux-tiers des interrogés ont répondu « Rien ». Concernant le tiers restant, les réponses balayent les mesures évoquées par le plan santé 2022. Même s'ils n'emploient pas les termes exacts pour nommer ces mesures certains en connaissent les principes, ils évoquent notamment le Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM) (E2) , Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM) (E7, E10 et E14), exonération d'impôts sur les revenus issus de la PDSA et mise en place d'assistants médicaux (E9 et E12) , Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) (E12 et E15) , et organisation des Maisons Médicales de Garde (MMG) (E14).

E3: Il y a une histoire d'assistant formé avec une mise en aide de la sécu qui doit arriver.

E6: Il y avait une histoire comme quoi on devait aller faire une consultation par mois dans de vrais déserts médicaux là...et qu'il y aurait 7000€ d'aide à l'année.

E7: Quand on s'installe en désert médical on a l'aide de 50 000 euros, soit 25 000 euros la première année et 25 000 euros la deuxième année, à condition de participer à la permanence de soins.

E9: ...au niveau des astreintes et des gardes, le fait d'être en désert médical on paye moins d'impôts, il y a une partie qui est déductible.

E10: Les aides c'est surtout des aides financières pour l'installation en désert médical.

E12: ...pour l'installation il y a des aides de l'ARS. En ce qui concerne les gardes finalement ça peut être assez lucratif même si c'est contraignant parce qu'on bénéficie d'un tarif de régulation et qu'il y a une partie de ces honoraires qui peuvent être déductibles au niveau des impôts. (...) Ils essayent de mettre en place les assistantes médicales et tout ça.. (...) Ce qu'on expérimente, alors c'est pas le gouvernement c'est des associations avec des infirmières un peu plus spécialisées. Moi je travaille avec l'association ASALEE. C'est une association avec des infirmières, des médecins qui font de l'éducation thérapeutique.

E14: Ce qui s'est passé c'est que j'ai quand même passé un contrat avec l'ARS, un contrat d'aide à l'installation, donc ils m'ont donné pas mal de sous en fait parce qu'eux l'idée c'est de favoriser l'aide à l'installation. (...) Après il y a la maison médicale de garde qui est sensée éponger.

E15: Y a des propositions là avec les infirmières. (...) Alors maintenant ils font une aide un peu comme l'infirmière c'est l'assistant médical.

2/ Ce qu'en pensent les médecins

Malgré les dispositifs d'aides et les plans mis en place par le gouvernement, les médecins ne ressentent pas d'amélioration dans leur méthode de travail au quotidien pour la quasi-totalité des interrogés.

a/Les assistants médicaux

Les avis sont mitigés mais leur mise en place n'a pas encore été instaurée.

E3: On a demandé je sais pas combien de fois à la sécu ils sont pas au courant.

E15: Alors maintenant ils font une aide un peu comme l'infirmière c'est l'assistant médical. Mais pareil, il faut augmenter sa patientèle et tout ça, fin ...je veux dire oui et non... j'ai l'impression que eux l'humain ils s'en fichent comme de l'an 40.

b/Les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA)

Un médecin est favorable à cette mesure, l'autre n'envisage pas de déléguer des tâches.

E12: Ça c'est pas mal. Ça ça nous libère du temps, ça nous sécurise un peu pour nos patients parce qu'on sait qu'il y a une deuxième personne qui passe derrière quand on n'a pas toujours eu le temps de prendre le temps en consultation.

E15: Moi ça m'intéresse pas. Faire six patients dans l'heure et comme ça elle prend la tension, le machin... Le monsieur qui renouvelle sa tension elle le voit et pas moi... Je veux dire moi renouvellement de tension je discute, moi c'est relationnel et tout ça. (...)

c/ Contrat de Solidarité Territoriale Médecins (CSTM)

Aucun CSTM n'a été signé en Martinique à ce jour.

E6: Mais bon je crois que ça n'a pas trop fonctionné.

d/ Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM)

La mise en place de cette aide dans la convention médicale de 2016 en fait un dispositif récent. Trois médecins interrogés s'étaient installés en libéral depuis sa création. Sur les 3, un a pu en bénéficier mais déclare que ce n'est pas cette mesure qui l'a incité à s'installer dans ce secteur. Un n'a pas fait les démarches pour en bénéficier pour cause de lourdeur administrative. Et le troisième qui devait en bénéficier a finalement vu sa commune changer de statut et être classée en zone de vigilance ne pouvant donc pas en profiter.

E7: Normalement (...) quand on s'installe en désert médical on a l'aide de 50 000 euros, soit 25 000 euros la première année et 25 000 euros la deuxième année, à condition de participer à la permanence de soins. Et moi je l'ai pas eue parce que l'ARS a finalement décidé de ne pas mettre ma commune en désert médical. (...) Ma ville devait être placée en désert médical par l'ARS et ça a changé 4 mois avant alors que tout était prêt. (...) Elle relevait pourtant des critères du désert médical et après ça a été une question de politique. Mais de toutes façons je pense que toute la Martinique devrait être en désert médical.

E10: Mais bon le problème c'est que pour pouvoir les avoir c'est compliqué. Il y a une lourdeur administrative pour avoir ces aides, il faut remplir des papiers. Bon de toutes façons dès que c'est l'argent de l'État on te donne pas l'argent comme ça. Donc ça ça peut te décourager du coup.

E14: C'est sympa mais sincèrement je pense que c'est un tout petit sparadrap sur une grosse plaie. (...) Je me suis pas installée parce que j'allais avoir ces sous là. Je me suis installée et j'ai accepté ces sous là parce que de toutes façons les conditions pour accéder au contrat elles étaient déjà remplies d'emblée.

E15: Puis ils essayent de nous augmenter aussi, de nous apâter avec des sous. Par exemple les gardes, le machin... Fin voilà ils nous apâtent avec des sous. Je vous donne des sous et des machins, après on est liés. Enfin je veux dire voilà, y a pas que les sous.

e/ Exonération fiscale des PDSA

Un médecin s'est prononcé sur l'exonération fiscale concernant les permanences de soins:

E12: ...ça peut être intéressant.

f/ Les Maisons Médicales de Gardes (MMG)

Un des médecins déplore non le principe de MMG en lui-même mais sa localisation inadéquate. Un deuxième considère que cela rajoute de la demande et un besoin de consommation de soins. Enfin un troisième est favorable à ce mode de travail.

E3: On m'impose des permanences de soins, des gardes en maison médicale. Ça a un aspect négatif parce qu'à la maison médical du Marin on voit strictement personne car elle est mal située.

E7: Il y a 12 ans la première maison médicale de garde a été créée à Saint-Paul à Fort-de-France. Donc l'idée c'était d'ouvrir des postes de maison médicale en Martinique, ensuite on en a ouvert une au Marin, une à la Trinité et une au CHU. (...) Moi ça me va très bien avec mon éthique de se dire qu'on a fait une prescription et que si le soir il y a un problème il faut quand même assurer la continuité des soins.

E14: Ça aussi c'est un problème parce que ça crée une demande au lieu de répondre à la demande qui existe ben voilà... A mon avis ça rajoute du travail et des exigences qui ne sont pas nécessaires. Par contre ce qui manque c'est de l'éducation auprès des populations en fait. Je pense qu'en fait on crée du recours

médical, et on crée de la consommation de soins alors qu'il faudrait à mon avis raisonner la consommation de soins.

E15: ... avec l'ARS en 2013 je faisais partie du groupe qui a créé une maison médicale de garde. Donc du coup moi on me l'a jamais imposé je trouve que ça fait partie de mon boulot.

3/ Les problèmes politiques selon les médecins

Spontanément certains médecins ont soulevé certains problèmes politiques qui pour eux concourent à aggraver la situation délétère des déserts médicaux en Martinique.

E2: On nous a fait spécialement pour la Martinique deux erreurs politiques monstrueuses: c'est de créer Mangot Vulcin à 7 km d'un CHU et oublier qu'il fallait un hôpital dans le Sud de la Martinique. Mais c'est très politique, à l'époque c'est Mr X qui décide de garder l'hôpital du Lamentin et qui dit on s'en fout du SROS donc on va payer et on aura notre hôpital. L'hôpital qui ferme, et tous les gens du sud qui allaient sur l'hôpital du Lamentin se retrouvent sans hôpital. (...) La deuxième honte de notre système de santé c'est d'avoir créé une zone franche urbaine à Dillon, un quartier de Fort-de-France, où les médecins ont été défiscalisés où les gens de Fort-de-France ont derrière eux la grande clinique Saint Paul où il y a tout, la clinique Sainte Marie, le CHU, et en plus tous les spécialistes à leurs pieds alors que le reste de la Martinique eux n'auront jamais rien puisque le système est très très très favorable à une défiscalisation en zone franche urbaine. Et aujourd'hui tous les spécialistes s'installent en zone franche urbaine. (...)

Et on a de plus en plus de responsabilités lourdes notamment lorsqu'on fait du palliatif, et derrière on est obligé forcément d'embaucher des gens qui vont nous aider comme une secrétaire à temps plein pour un seul médecin. Et la grande honte de notre État c'est que les médecins qui ont mis ça en place sont les premiers punis puisque ils n'auront pas droit aux aides de l'Etat...parce qu'on a déjà embauché et qu'il faudrait licencier ou encore augmenter nos charges en employant quelqu'un d'autre en pouvant passer notre secrétaire en assistante médicale.

E7: Pour moi le problème est politique. Pourquoi ils ont mis un cursus aussi serré en réduisant le nombre des internes, le cursus médical avec le numerus clausus a réduit le nombre de médecins. (...) Je trouve que le problème est à la répartition. (...) Et j'en veux aux politiques d'avoir « étranglé » les médecins d'une politique de coercion depuis des années et de ne pas avoir anticipé.

E9: Je ne sais pas s'ils se rendent compte de la réalité sur le terrain. Eux qui vivent dans les grandes villes et qui connaissent certainement par piston interposé l'accessibilité aux spécialistes je ne suis pas sûre qu'ils connaissent les mêmes difficultés. Quand ils sont des politiciens des campagnes je pense qu'ils sont un peu plus avertis mais je ne suis pas sûre qu'ils se rendent compte de leur quotidien. Et du quotidien des patients.

E11: Il n'y a pas grand chose qui est fait. De toute façon je ne sais pas ce qu'on peut attendre d'eux. Ce qu'il faut c'est augmenter le nombre de médecins et peut-être nous enlever des tâches administratives. Qui servent à rien. On n'a pas beaucoup d'aides.

D/Et les points positifs ...

1/La relation avec le patient

Les médecins soulignent cependant que leurs efforts sont ressentis par les patients et que la proximité avec ceux-ci concourt à une atmosphère plus légère que s'ils étaient en milieu mieux peuplé en médecins.

E1: En principe on est plus proches des patients que dans des grandes villes.

E2: Oh on est dans une relation beaucoup plus forte avec nos malades. Le lien médecin-malade est beaucoup plus fort parce qu'on est les seuls à pouvoir répondre à

leurs questions et on est les seuls à pouvoir amener une coordination qui va leur permettre d'être soignés presque correctement.

E8: On a l'impression de faire de la médecine plus de terrain, de la médecine plus familiale. On fait partie de la famille par exemple comme un petit chef de quartier, je ressens ça comme ça. Plus de proximité.

E9: On est je pense beaucoup plus dans la relation avec nos patients, leurs familles etc, insérés dans leur milieu. C'est plus facile la relation avec le patient que dans une zone où il y aurait plus de médecins.

E10: Alors bon évidemment tout le monde n'était pas pareil mais en arrivant ici j'ai senti que les gens étaient beaucoup plus proches de leur médecin. (...) Souvent les gens dès qu'ils ont des trucs dans leur jardin ils te le ramènent, et ça j'avais pas trop vu ça à Fort-de-France.

E11: Mmmm...je pense que les patients sont un peu plus attentifs au fait qu'ils aient un médecin traitant et que c'est précieux.

E12: Ils nous disent qu'on est précieux, de ne pas partir, voilà on a souvent ces retours là. Ils nous remercient, ils nous demandent surtout de ne pas partir. Après oui peut-être qu'ils auraient été moins sympas ailleurs.(...) Moi je trouve que les patients globalement ils sont accueillants, ils sont sympathiques, ils nous font plutôt un bon accueil et tout. Ça c'est agréable. J'ai eu plein de cadeaux...

E13:... on les suit depuis longtemps, on suit la famille. Et puis on est des généralistes un peu spécialisés en tout, on est urgentistes, on est gynéco. Donc on les suit de façon pluridisciplinaire.

E14: Je me dis que par exemple dans un milieu où il y a énormément de médecins, les patients ils ont peut-être des exigences un peu plus de consommateurs tu sais. (...) Et que là le fait d'avoir peut-être moins le choix, ben c'est dit négativement mais peut-être que ça oblige les gens à plus rentrer dans notre démarche parce qu'ils

peuvent pas nous tourner le dos trop facilement. Mais je pense que quand même d'un autre côté ça permet des relations quand même plus privilégiées.

2/La variété des soins

La majorité des interrogés rapporte une polyvalence dans l'exercice de leur médecine, qu'ils estiment un peu plus développée que s'ils travaillaient dans une zone non fragile, notamment de par la difficulté d'accès aux spécialistes.

E9: C'est hyper varié. On fait pas que de la toute petite bobologie, on est vraiment le médecin de premier recours donc les gens viennent avec tout et n'importe quoi. Et ils savent qu'ils peuvent pas aller chez le spécialiste donc ils viennent chez nous. Donc on a de la pathologie hyper variée. Moi j'aime mon métier. Et j'aime beaucoup changer et je sais jamais d'un jour à l'autre ce que j'aurai. C'est pas monotone, c'est hyper riche.

E10: Ce qui m'a attiré c'est le côté semi-rural avec une patientèle un peu mélangée où tu voyais aussi bien des personnes âgées , des jeunes, des nourrissons. Et puis ce sentiment d'être utile.

E11: Il faut être beaucoup plus polyvalent.

3/Le développement du sens clinique

La difficulté d'accès aux examens complémentaires ou aux soins de second recours amène le médecin à donner un sens d'autant plus important à l'analyse clinique.

E2: Il faut une connaissance parfaite de la médecine, notamment de la médecine clinique et il faut une grande capacité de relations humaines et voir un choix de la

médecine comme un vrai métier de soins où on passe beaucoup de temps et on est des passionnés.

E9: On essaye de ne pas passer son temps à envoyer aux spécialistes pour des riens, il faut essayer de fouiller un peu soi-même quand il y a des problèmes pour le patient.

E11: Il faut être capable de se passer des examens complémentaires.

Discussion

A/ Validité interne de l'étude

L'étude et les interrogatoires anonymes ont été menés sur un territoire large comprenant donc des patientèles et des modes d'exercices diversifiés. Les caractéristiques des médecins interrogés étaient relativement variées en terme d'âge et d'ancienneté dans la profession. Sur les 15 interrogés la répartition en terme de sexe était quasiment équitable avec 7 hommes et 8 femmes. La médiane d'âge était de 47 ans.

La saturation des données a été atteinte rapidement, environ au 8ème interrogatoire, mais les entretiens ont été poursuivis car déjà planifiés. La poursuite du recueil de ces données au delà de la saturation a permis une richesse supplémentaire des informations obtenues, et a confirmé les réponses déjà apportées.

En grande majorité le guide d'entretien comportait des questions qui concernaient le quotidien des médecins donc on peut imaginer qu'il y a eu peu de biais de mémorisation. Les interrogatoires ont duré en moyenne 16 minutes.

B/ Limites de l'étude

Sur les 20 médecins sollicités pour participer aux entretiens, 5 n'ont pas répondu. Sur ces 5 médecins, un était dans le Sud, et quatre exerçaient dans le Nord-Caraïbes. L'étude a donc été réalisée auprès de médecins exerçant en déserts médicaux dans le Nord-Atlantique, le Centre et dans le Sud de l'île. On peut imaginer que les réponses des médecins du Nord-Caraïbes auraient été différentes de celles qui ont été obtenues chez ces médecins dépendant des trois autres secteurs, car il existe un vrai isolement géographique à ce niveau-là. Les non-réponses sont peut-

être dues à une surcharge de travail qui les empêchait de prendre ce temps pour participer aux interrogatoires.

Un médecin était installé en zone de vigilance et non en désert médical au sens strict classé par l'ARS. Cependant comme il nous l'explique, il se serait volontairement installé dans cette commune car elle devait être classée Zone d'Intervention Prioritaire pour finalement avoir été inscrite comme une zone de vigilance, d'après ce médecin pour une « raison politique ». Cependant l'exploitation de cet interrogatoire a été conservée dans l'étude de par la corrélation du contexte de cette commune avec les autres qui sont véritablement classées déserts médicaux.

Comme évoqué précédemment, la Martinique est une région insulaire qui de ce fait présente des particularités d'aménagement du territoire, sociales, épidémiologiques... On peut donc penser que les résultats sont moyennement extrapolables aux déserts médicaux métropolitains, et même moyennement extrapolables aux autres départements d'outre-mer car ils présentent également des spécificités entre eux.

Les questions étaient en majorité subjectives, donc les médecins répondaient peut-être en omettant certaines réponses qui ne leurs semblaient pas adaptées à la question. Par exemple concernant les questions sur la dangerosité de certains actes, en prenant l'habitude d'en pratiquer certains, il peut être oublié que cet acte est potentiellement dangereux. Concernant les pires expériences liées au désert médical, là aussi un médecin peut minimiser certaines situations graves qu'il « banalise » à force de redondance comme le déclare E13 : « *Moi je pense que j'ai une faculté d'adaptation et que j'oublie les mauvais trucs.* »

C/ Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude originale car outre les données quantitatives sur le temps de travail il n'a pas été étudié dans la littérature l'organisation des médecins en désert médical au quotidien face aux spécificités de la population qu'ils rencontrent.

De plus l'étude porte sur une thématique actuelle, la pénurie médicale face à une demande accrue des consommateurs de soins et à une augmentation des pathologies chroniques notamment par l'augmentation de l'espérance de vie.

Les médecins étaient en majorité installés en libéral en Martinique depuis plus de 5 ans rendant les réponses d'autant plus authentiques. Cependant celles des jeunes médecins nouvellement installés allaient dans le même sens, signe de concordance dans le vécu des praticiens et l'analyse du terrain. Cette diversité d'ancienneté a permis de brasser différentes réponses notamment sur les mesures gouvernementales en fonction de l'avancement de la carrière. Cela a permis aussi de mettre en avant l'évolution du désert médical à travers la vision des médecins exerçant en libéral depuis plus longtemps. Les 4 médecins de plus de 50 ans affirment que leur cabinet ne se trouvait pas en zone médicalement fragile au moment de leur installation.

Les médecins m'ont fait confiance et je n'ai pas ressenti qu'ils puissent avoir craint d'être jugés, ils se sont livrés même sur des faits pour lesquels ils ressentaient de la culpabilité, les réponses ont été très développées. Ils étaient intéressés et impliqués pour répondre à mes questions, ils ont été très volontaires et m'ont reçue malgré des salles d'attente pleines, ils ont pris le temps de participer.

D/ Discussion des résultats

Pour la quasi-totalité des médecins interrogés, l'intensité du travail et la difficulté d'adaptation liées au désert médical résidaient dans la quantité de travail et surtout dans la qualité. Les interrogatoires mettent en avant une adaptation permanente du médecin au patient de par son contexte socio-culturel, aux confrères spécialistes de par leurs faibles effectifs, aux conditions géographiques de par les difficultés d'organisation du territoire rendant certaines zones complexes d'accès, le tout aggravé par les conditions sanitaires comme les épidémies de dengue, la forte prévalence de diabète, de VIH, de personnes âgées porteuses de maladies chroniques etc...

Trois médecins interrogés ne ressentaient pas l'effet « désert médical » et disaient avoir une organisation de travail adéquate sans souffrir du manque d'effectifs de spécialistes ni de l'isolement géographique. Cependant au cours de l'entretien ces mêmes médecins évoquaient des conditions de pénibilité qu'ils relaient comme des faits habituels, presque « normaux ». Ainsi les interrogatoires étaient parfois semblables malgré les différents vécus des interrogés, comme si le praticien s'adaptait sans s'en rendre compte.

Lorsque les interrogés évoquent les distances au CHU, il faut entendre éloignement d'un centre hospitalier comprenant des urgences, une maternité et des lits d'hospitalisation médicaux/chirurgicaux. Il existe effectivement plusieurs centres hospitaliers en Martinique mais de faible capacité d'accueil et qui représentent des hôpitaux de proximité ou de réadaptation. Le terme « hôpital » au sens martiniquais sous-entend le « CHU ».

On note que l'adaptation de la méthode de travail des médecins est rythmée entre-autres par les habitudes des patients martiniquais sans que la notion de désert médical n'y joue un rôle. Effectivement l'encombrement des consultations le matin, avec inscription sur liste d'attente dès 4 ou 5h, contraste avec le planning moins intense (mais intense quand même) des consultations programmées de l'après-midi. Pourtant dans les deux cas les patients sont reçus concernant des pathologies chroniques ou aiguës. Il serait intéressant de se pencher sur l'effet qu'aurait une répartition imposée de consultations pour « pathologies aiguës sans rendez-vous » le matin et « renouvellement de traitement dans le cadre de pathologies chroniques » l'après-midi. On pourrait penser que cette réorganisation permettrait un déroulement plus lisse et régulier des consultations. Cependant cela aurait peut-être un effet encore plus délétère dans la mesure où les patients qui se présentaient auparavant le matin pour un suivi chronique et renouvellement d'ordonnance pourraient ne plus du tout se présenter en consultation car non habitués aux rendez-vous programmés. Effectivement les médecins rapportent un grand nombre d'absences aux rendez-vous, car les patients n'ont pas l'habitude de procéder ainsi.

L'adaptation des médecins a cependant des limites. Devant un cabinet « surchargé » comme ils l'expriment, il est difficile de rajouter dans la journée des créneaux de visites à domicile. Ainsi les dimensions principales qui caractérisent le désert médical prennent leur importance dans la mesure où ces personnes qui auront une plus grande difficulté d'accès au cabinet sont des personnes en situation de précarité, sociale ou économique, des personnes âgées, isolées d'autant plus par la difficulté géographique de leur logement.

Les praticiens trouvent malgré tout un avantage aux longues distances géographiques, devant un accès moins aisé aux soins de seconds recours, aux examens complémentaires, ils énoncent une nécessité de l'approfondissement des compétences et du sens clinique. Nombreux sont les médecins généralistes qui présentent des diplômes universitaires, ou qui pratiquent des actes complémentaires comme des échographies, des réalisations de frottis, d'ECG, d'IVG médicamenteuses...

La difficulté d'accessibilité au spécialiste pourrait être un argument pour développer la télémédecine en cabinet de médecine générale. Effectivement c'est un moyen de communication qui n'est pas développé en Martinique en dehors de quelques actes entre EHPAD et service de gériatrie. Cette méthode de travail prendrait tout son sens en cabinet de ville notamment pour avoir accès à un premier avis spécialisé en attendant une consultation ultérieure. Si son cadre juridique a été défini par la loi HPST du 21 juillet 2009 (Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires), sa pratique n'est pourtant pas encore inscrite dans les mœurs.

S'agissant d'une étude qualitative, l'analyse quantitative du temps de travail n'a pas sa place. Cependant il serait intéressant en complément de cette étude, d'évaluer le temps passé par chaque médecin dans les déplacements, au téléphone avec les spécialistes, auprès du patient, le temps de traitement des tâches administratives, le temps personnel finalement amputé par le temps professionnel etc... et de le comparer à des zones non classées désert médical, ou à des déserts médicaux métropolitains.

Cependant la plupart des médecins rapportent qu'ils ont décidé de travailler en groupe afin de libérer du temps personnel grâce à des moyens de roulement. Cela permet une plus grande flexibilité des heures d'ouverture du cabinet tout en octroyant au médecin une souplesse dans les heures de travail hebdomadaires. Ce procédé entraîne aussi un emploi plus aisé d'un secrétariat sur place permettant de traiter des tâches administratives, et qui d'après les interrogés représente un gain de temps précieux. En effet, sur les 10 médecins installés en groupe, 7 avaient une secrétaire présente physiquement au cabinet, contre 1 sur les 5 médecins exerçant seuls.

En ce qui concerne la répercussion sur la santé des patients, les médecins interrogés déclarent s'adapter au maximum dans leur pratique pour limiter l'impact du désert médical sur leur prise en charge. Cependant ils reconnaissent certains « ratés » incontournables dus à des défauts de suivi de pathologies chroniques secondaires à la difficulté d'accès aux soins primaires ou secondaires. Les médecins s'adaptent aussi dans l'urgence en offrant une large disponibilité d'accueil des patients, mais celle-ci n'est malheureusement pas compensée par les facteurs liés aux déserts médicaux, qui leurs sont extrinsèques, et qui empêchent certains patients de bénéficier d'une prise en charge dans les délais requis.

Conclusion

Les médecins généralistes libéraux martiniquais exerçant en déserts médicaux adaptent leur méthode de travail au quotidien pour lutter contre la pénurie de médecins spécialistes, les grandes distances géographiques, la fréquentation importante du service d'urgences et parfois la précarité socio-économique de leurs patients. Ils se rendent polyvalents et disponibles en permanence pour assurer des soins non programmés notamment urgents auprès de ceux pour qui l'acheminement au CHU est difficile, ou pour gérer les suivis de pathologies chroniques qui demandent un avis spécialisé ou des examens complémentaires dans un contexte d'accessibilité limitée . Ainsi ils déclarent essayer de neutraliser au mieux les conséquences défavorables du désert médical sur la santé des patients, avouant cependant des adaptations parfois dangereuses inévitables sur des soins d'urgences, des pathologies chroniques ou sur des conditions nécessitant des hospitalisations auxquelles les patients renoncent souvent.

Références bibliographiques

1. Frélaut M. Les déserts médicaux. CAIRN.INFO. 2018;53:108-109.
2. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux: comment les définir? Comment les mesurer?. Les dossiers de la DREES. 2017;17: 50-51.
3. Castaigne S, Lasnier Y. Les déserts médicaux. CESE. 2017;27: 13.
4. Estevez R. Comment améliorer l'accès aux soins dans un désert médical? Etude basée sur l'investigation menée par l'ARS dans le bassin du Comminges (Midi Pyrénées). Thèse de médecine. Université de Toulouse III: Paul Sabatier;2017.
5. Barlet M, Cavillon M. La profession infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles. DREES Études et recherches. 2010;101: 16-17
6. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Les zonages de professionnels de santé libéraux. [En ligne] <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/les-zonages-des-professionnels-de-sante-liberaux-2>. Consulté le 18 avril 2020.
7. Le quotidien du médecin.fr. La France transformée en « vaste désert médical » : Buzyn sermonnée à la fois par les élus... et le patron de l'Ordre. [En ligne] <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/la-france-transformee-en-vaste-desert-medical-buzyn-sermonnee-la-fois-par-les-elus-et-le-patron-de>. Consulté le 10 janvier 2020.
8. Conseil national de l'Ordre des médecins. La démographie médicale. [En ligne] <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>. Consulté le 6 novembre 2019.
9. Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2018. [En ligne] Consulté le 2 décembre 2019.

10. Bachelet M, Mikol F, Mothe J, Pereira E, Pla A, Vergier N et al. Portrait des professionnels de santé. Panoramas de la DREES. 2016.
11. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. DREES Études et résultats. 2009;679: 1-3
12. Haehnel P. Lieux et modes d'exercice. adsp. 2000;32: 1
13. Leroux M-E. Modes d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale
Enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle. Thèse de médecine. Université de Nancy;2009.
14. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ?. DREES Études et recherches. 2011;104: 53.
15. URPS médecins libéraux PACA. Les exercices particuliers en médecine. [En ligne] <http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2016/06/Guide-MEP-1.pdf>. Consulté le 20 avril 2020.
16. Pla A, Mikol F. Les revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés: évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés. Emploi et revenus des indépendants, édition 2015 - Insee Références. p 52
17. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. DREES Études et résultats. 2019;1113: 1-2.
18. Conseil National de l'Ordre des médecins. Étude sur l'installation des jeunes médecins. [En ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf. Consulté le 20 avril 2020.

19. Lucas-Gabrielli V, Chevillard G. « Déserts médicaux » et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ? . Médecine/Sciences. 2018;34: 602.
20. Henry J. 2 bonnes raisons de bannir le terme « désert médical » de notre langage politique. [En ligne] <http://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/69911/713832/>. Consulté le 18/4/2020.
21. Tonnellier F, Lucas V. Evolution départementale de l'offre et des soins médicaux : indicateurs économiques et indicateurs de santé. Espace, populations, sociétés. 1995;1: 67-69.
22. Deseur A, Allermoz E, Drault C. Accès aux soins et précarité: La situation se dégrade. Médecins: le bulletin de l'Ordre national des médecins. 2014;35: 17.
23. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L 'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Questions d'économie de la santé. 2012;174: 1
24. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Annexe I.
25. Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population. DREES Études et résultats. 2020;1144: 1-6.
26. ARS Martinique. Nouveau zonage médecin pour la Martinique. [En ligne] <https://www.martinique.ars.sante.fr/nouveau-zonage-medecin-pour-la-martinique>. Consulté le 6 novembre 2019.
27. Agence Régionale de Santé Grand-Est. L'ARS Grand Est arrête le nouveau zonage médecins. [En ligne] <https://www.grand-est.ars.sante.fr/lars-grand-est-arrete-le-nouveau-zonage-medecins>. Consulté le 22 avril 2020.

28. Agence Régionale de Santé Normandie. Nouveau zonage médecin : l'ARS Normandie aide les médecins généralistes libéraux à s'installer et à exercer dans les zones qui en ont le plus besoin. [En ligne]

<https://www.normandie.ars.sante.fr/nouveau-zonage-medecin-lars-normandie-aide-les-medecins-generalistes-liberaux-sinstaller-et-exercer>. Consulté le 22 avril 2020.

29. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Zonages des professionnels de santé libéraux. [En ligne] <https://www.paca.ars.sante.fr/zonages-des-professionnels-de-sante-liberaux-0>. Consulté le 7 janvier 2020.

30. Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté. Actualisation des zones éligibles aux aides à l'installation de médecins en Bourgogne-Franche-Comté. [En ligne] <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/actualisation-des-zones-eligibles-aux-aides-linstallation-de-medecins-en-bourgogne-franche-comte>. Consulté le 22 avril 2020.

31. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 Un engagement collectif- Groupe contact avec les associations d'élus. 14 mai 2019.

32. Agence Régionale de Santé Bretagne. Le zonage médecin - Mode d'emploi. 2018.

33. Sénat Un site au service des citoyens. Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. [En ligne] <https://www.senat.fr/rap/a18-515/a18-5151.html>. Consulté le 14 février 2020.

34. Gabet A, Chin F, Lamarche-Vadel A, Olié V. Disparités régionales de la mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire en France (2008-2010) et évolutions depuis 2000-2002. Revue d'épidémiologie et de santé publique. Septembre 2014.

35. Commissariat général à l'égalité des territoires. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux. [En ligne] <https://cartotheque.cget.gouv.fr/media/record/>. Consulté le 14 février 2020.

36. Beck F, Guignard R, J-B Richard. Usages de drogues et pratiques addictives en France , analyses du Baromètre santé 2010. INPES. Page 22.
37. Ministère des affaires sociales et de la santé. Pacte territoire santé, lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014.
38. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 : Pacte territoire santé 2015-2017. [En ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2015-2017>. Consulté le 14 février 2020.
39. Ministère des solidarités et de la santé. Renforcer l'accès territorial aux soins. Dossier de presse du 13 octobre 2017.
40. Ministère des solidarités et de la santé. Présentation du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires. 13/10/2017
41. Conseil des ministres. Compte rendu du conseil des ministres du 13 février 2019. Organisation et transformation du système de santé.
42. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 un engagement collectif. Dossier de presse du 18/09/2018.
43. Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales. Oise: L'incitation contre la désertification. [En ligne] <http://www.andep.fr/tag/deserts-medicaux/>. Consulté le 14 février 2020.
44. Ministère des Solidarités et de la Santé. Où en sommes nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires?. [En ligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf. Consulté le 17 février 2020.

45. Gouvernement. Stratégie de transformation du système de santé. [En ligne] <https://www.gouvernement.fr/action/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>. Le 1er février 2020.
46. Le quotidien du médecin.fr. Fin du numerus clausus : pas une « suppression » mais une « révision », recadre le patron des doyens de médecine. [En ligne] <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/fin-du-numerus-clausus-pas-une-suppression-mais-une-revision-recadre-le-patron-des-doyens-de>. Consulté le 1er février 2020.
47. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 un engagement collectif. [En ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>. Consulté le 1er février 2020.
48. Le quotidien du médecin.fr. Agnès Buzyn et Frédérique Vidal enterrent les ECN une fois pour toutes. [En ligne] <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/agnes-buzyn-et-frederique-vidal-enterrent-les-ecn-une-fois-pour-toutes>. Consulté le 27 avril 2020.
49. Agence Régionale de Santé Grand-Est. Pacte Territoire Santé : les résultats concrets de la lutte contre les déserts médicaux. Communiqué de presse du 24 février 2020.
50. Ministère des solidarités et de la santé. Ma Santé 2022 : une première année de mise en œuvre dont les résultats sont perceptibles dans les territoires, une feuille de route ambitieuse pour l'année à venir. Communiqué de presse du 16 septembre 2019.
51. Agence Régionale de Santé Martinique. Organisation de la PDSA en Martinique. Diagnostic régional et cahier des charges de la PDSA 2014-2016, Fort de France.
52. INSEE. Recensement de la population en Martinique : 376 480 habitants au 1er janvier 2016. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3679316>. Consulté le 3 mars 2020.

53. Ministère des affaires sociales et de la santé. Pacte territoire santé. [En ligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_territoire_sante_-_lutter_contre_les_deserts_medicaux.pdf. Consulté le 13 janvier 2020.
54. Comité interministériel pour la santé. Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Dossier de presse. Mars 2019.
55. L'Assurance Maladie. Données statistiques sur la démographie des professionnels de santé (PS) libéraux [En ligne] <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/effectifs-et-densite.php>. Consulté le 17 février 2020.
56. Permanence des Soins Ambulatoire (PDSA) en Martinique. Info Premier Recours Martinique. 2016;1: 1-2.
57. Assouvie S. Pourquoi les patients, en Martinique, privilégient-ils l'appel au centre 15 en journée pour les soins non programmés?. Thèse de médecine. Université des Antilles: Hyacinthe Bastaraud;2019.
58. Code de la santé publique - Article R6315-1 [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/>. Consulté le 3 février 2020.
59. Agence Régionale de Santé Martinique. Les Urgences. [En ligne] <https://www.martinique.ars.sante.fr/les-urgences>. Consulté le 27 avril 2020.
60. Ordre National des Médecins. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2019.[En ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/txkhe1/cnom_rapport_pdsa_2019.pdf. Consulté le 30 avril 2020.

61. URML Martinique. PDSA. [En ligne] <https://urml-m.org/en-action/pdsa/>. Consulté le 27 avril 2020.
62. Collin A. Déploiement du dispositif « Médecins Correspondants du SAMU » en Martinique : Diagnostic, étude de terrain et mise en place. Thèse de médecine. Université des Antilles: Hyacinthe Bastaraud;2016.
63. Ministère des Outre-Mer. Martinique - géographie. [En ligne] <http://www.outre-mer.gouv.fr/martinique-geographie>. Consulté le 29 avril 2020.
64. Argouarc'h J, Boiron A. Les niveaux de vie 2014. INSEE Première. 2016;1614: 1.
65. Observatoire des inégalités. Des départements d'Outre-mer marqués par les difficultés sociales et les inégalités. [En ligne] https://www.inegalites.fr/spip.php?page=article&id_article=1847&id_groupe=18&id_. Consulté le 26 avril 2020.
66. INSEE. Statistiques locales. [En ligne] <https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-798184,6661347,2088489,1619645&c=indicator&i=filosofi.tp60&s=2016&view=map2>. Consulté le 26 avril 2020.
67. INSEE. Stabilité du chômage en Martinique. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3975408>. Consulté le 27 avril 2020.
68. Ursulet S. Panorama de la médecine libérale en Martinique en 2017. Thèse de médecine. Université des Antilles: Hyacinthe Bastaraud;2017.
69. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelles du risque maladie. Rapport d'activité 2017. [En ligne] <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017>. Consulté le 27 avril 2020.
70. Creignou A. Bilan démographique 2018 - Le départ des jeunes à l'origine du déclin démographique. INSEE Flash. 2020;132: 2.

71. ARS Martinique. Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. 2018-2022.
72. Défenseur des droits République Française. Les outre-mer face aux défis de l'accès aux droits. Septembre 2019.
73. Kempf N, Demougeot L, Raimbaud B. Les comportements de consommation en 2017 - Le transport devient le premier poste de dépenses des ménages. INSEE Analyses. 2019;36: 1-4.
74. Agence Régionale de Santé Martinique. Un plan pour « renforcer l'accès territorial aux soins ». [En ligne] <https://www.martinique.ars.sante.fr/un-plan-pour-renforcer-lacces-territorial-aux-soins-3>. Consulté le 27 avril 2020.
75. Haute Autorité de Santé. Expérimentations relatives à la prise en charge par télé-médecine. La Seine Saint Denis;2016.
76. Vie publique.fr. La télémédecine: une pratique en voie de généralisation. [En ligne] <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-telemedecine-pratique-en-voie-generalisation>. Consulté le 16 février 2020.
77. Protocole de dépistage de la rétinopathie diabétique-URML Martinique - 2013
78. L'Agence Française de la Santé Numérique. Etude pour l'accompagnement du déploiement de la télémédecine. [En ligne] https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ASIP_Rapport_Etat_des_lieux_offre_de_service_et_plateformes_regionales_telemedecine_vF2.pdf. Consulté le 16 février 2020.
79. Chollet M, Hedreville M, Le Guen T, Pircher M. Télémédecine : spécificités territoriales des Antilles- Guyane et retours d'expériences Guadeloupe, Martinique, Guyane;2017.

80. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES Études et résultats. 2012;797: 1-8.
81. Agence Régionale de Santé Martinique. Accès aux soins : Agnès Buzyn salue les premières avancées significatives dans les territoires. [En ligne] <https://www.martinique.ars.sante.fr/acces-aux-soins-agnes-buzyn-salue-les-premieres-avancees-significatives-dans-les-territoires>. Consulté le 28 avril 2020.
82. Ameli pour les médecins. Aide à l'installation ou à la pratique du médecin dans les zones sous-dotées. [En ligne] <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>. Consulté le 29 avril 2020.
83. CPTS Madinina. Ansanm Martinique, la santé pour tous !. [En ligne] <https://www.cpts-madinina.org/nous-connaître/>. Consulté le 29 avril 2020.
84. Code de la santé publique - Arrêté du 27 mai 2019 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R. 6111-25 du code de la santé publique [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do>. Consulté le 3 février 2020.
85. STATISS Antilles-Guyane. Statistiques et indicateurs de la santé et du social. [En ligne] https://www.martinique.ars.sante.fr/system/files/2017-06/ars2015statiss-ag_web_1.pdf. Consulté le 7 janvier 2020
86. Cratère F. La population martiniquaise à son niveau le plus bas depuis 1997. Insee flash. 2018;82: 1-2.
87. Agence Régionale de Santé Martinique. La lutte contre la mortalité infantile et périnatale. [En ligne] <https://www.martinique.ars.sante.fr/la-lutte-contre-la-mortalite-infantile-et-perinatale>. Consulté le 15 février 2020.
88. Agence Régionale de Santé Martinique. Projet Régional de Santé de Martinique. [En ligne] <https://www.martinique.ars.sante.fr/system/files/2018-02/Synthèse%20PRS2.pdf>. Consulté le 3 mars 2020.

89. Agence Régionale de Santé Martinique. Le Projet Régional de Santé 2ème génération (PRS2) pour une amélioration de l'état de santé et la réduction des inégalités en Martinique. [En ligne] <https://www.martinique.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2eme-generation-prs2-pour-une-amelioration-de-letat-de-sante-et-la-0>. Consulté le 3 mars 2020.
90. Stratégie Nationale de Santé. La stratégie de santé pour les Outre-Mer. [En ligne] https://peidd.fr/IMG/pdf/2016-05-23_strategie_sante__769__outre-mer.pdf. Consulté le 3 mars 2020.
91. Fédération addictions. L'ARS Martinique et la Fédération Addiction accompagnent les acteurs de l'addictologie sur le territoire. [En ligne] <https://www.federationaddiction.fr/lars-martinique-et-la-federation-addiction-accompagne-les-acteurs-de-laddictologie-sur-le-territoire/>. Consulté le 29 avril 2020.
92. ARS Martinique. Education à la vie affective et sexuelle. [En ligne] <https://www.martinique.ars.sante.fr/education-la-vie-affective-et-sexuelle>. Consulté le 29 avril 2020.
93. Éducation affective et sexuelle-Guide d'accompagnement pour la Martinique. Groupe de travail Education Affective et Sexuelle du CREPSS. Avril 2018.
94. Dubost C-L. En outre-mer, une santé déclarée moins bonne qu'en Métropole, surtout pour les femmes. DREES Études et résultats. 2018;1057: 1-6.
95. Filipovic-Pierucci A, Rigault A, Fagot-Campagna A, Tuppin P. L'état de santé des populations des départements d'outre-mer en 2012, comparativement à la métropole : une analyse de la base nationale de l'Assurance maladie. RESP. 2016;64: 175-183.
96. INSEE. Taux de mortalité. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012741>. Consulté le 7 février.

97. Agence Régionale de Santé Bretagne. Révision du zonage médecin. [En ligne] https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-04/2018.03_Doc_concertation_Revision%20zonage%20medecin_VDEF.pdf. Consulté le 10 avril 2020.
98. Multigner L et al. Chlordecone exposure and risk of prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2010;28: 3457.
99. Inserm. Exposition aux pesticides et au chlordécone - Risque de survenue de cancer de la prostate. [En ligne] https://www.inserm.fr/sites/default/files/2019-06/Inserm_RapportExpositionAuxPesticidesEtAuChlordécone_2019.pdf. Consulté le 29 avril 2020.
100. Dieye M, Banydeen R, Macni J, et al. Geographic variations and temporal trends in prostate cancer in Martinique over a 25-year period. *BMC Res Notes* 2014;7: 262.
101. Maudouit M et al. Systematic review of the impact of chlordecone on human health in the French West Indies. *Thérapie*. 2019;74: 611-625.

Annexes

Annexe 1 - Effectifs des médecins en activité régulière - de l'observé à l'attendu (8)



Annexe 2- Zonage médecins 2018 établi par l'ARS Martinique (74)

ANNEXE 1

Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin en Martinique.

Territoire de vie-santé	Nom de la Commune	Code commune INSEE	Population de la commune	Type de Zone
Bellefontaine	Bellefontaine	97234	1 568	ZONE A
Case-Pilote	Case-Pilote	97205	4 464	ZONE A
Ducos	Ducos	97207	17 051	Zone de vigilance
Fonds-Saint-Denis	Fonds-Saint-Denis	97208	813	ZONE A
Fort-de-France	Fort-de-France	97209	84 174	Zone de vigilance
Gros-Morne	Gros-Morne	97212	10 012	ZONE A
Le Carbet	Le Carbet	97204	3 742	ZONE A
Le Diamant	Le Diamant	97206	6 063	ZONE A
Le François	Le François	97210	18 225	ZONE A
Le Lamentin	Le Lamentin	97213	40 040	Zone de vigilance
Le Marin	Le Marin	97217	8 543	ZONE B
Le Morne-Rouge	Le Morne-Rouge	97218	5 021	ZONE A
Le Morne-Vert	Le Morne-Vert	97233	1 877	ZONE A
Le Prêcheur	Le Prêcheur	97219	1 632	ZONE A
Le Robert	Le Robert	97222	23 296	Zone de vigilance
Le Vauclin	Le Vauclin	97232	9 097	ZONE A
Les Anses-d'Arlet	Les Anses-d'Arlet	97202	3 929	ZONE A
Les Trois-Îlets	Les Trois-Îlets	97231	7 698	ZONE A
Rivière-Pilote	Rivière-Pilote	97220	12 359	ZONE B
Rivière-Salée	Rivière-Salée	97221	12 737	Zone de vigilance
Sainte-Anne	Sainte-Anne	97226	4 436	ZONE A
Sainte-Luce	Sainte-Luce	97227	9 991	ZONE A
Sainte-Marie	L'Ajoupa-Bouillon	97201	1 830	ZONE A
Sainte-Marie	Basse-Pointe	97203	3 565	ZONE A
Sainte-Marie	Grand Rivière	97211	583	ZONE A
Sainte-Marie	Le Lorrain	97214	7 177	ZONE A
Sainte-Marie	Macouba	97215	1 090	ZONE A
Sainte-Marie	Le Marigot	97216	3 481	ZONE A
Sainte-Marie	Sainte-Marie	97228	17 188	ZONE A
Sainte-Marie	La Trinité	97230	13 253	ZONE A
Saint-Esprit	Saint-Esprit	97223	9 524	ZONE B
Saint-Joseph	Saint-Joseph	97224	16 885	ZONE A
Saint-Pierre	Saint-Pierre	97225	4 285	ZONE B
Schoelcher	Schoelcher	97229	19 922	ZONE A

Annexe 3- Différentes aides en fonction du territoire (32)

 Quelles aides et pour quels territoires ?				
	DISPOSITIFS	ZONES D'INTERVENTION PRIORITAIRE	ZONES D'ACTION COMPLÉMENTAIRE	ZONES DE VIGILANCE
AIDES INDIVIDUELLES	Aides conventionnelles de l'Assurance maladie : à l'installation, au soutien d'un exercice coordonné, à la préparation de la succession et à l'entraide entre médecins. <i>L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale</i>	✓		
	Aides de l'ARS : allocation pendant les études médicales, rémunération forfaitaire et couverture sociale pour les remplacements, revenu minimum garanti et couverture sociale pour les installations de médecins <i>L. 632-6 du code de l'éducation, L. 1435-4-2, L. 1435-4-3 et L. 1435-4-5 du code de la santé publique</i>	✓	✓	
	Aides des collectivités territoriales : aide à l'exercice des professionnels, bourse d'étude, indemnité de logement, indemnité de déplacement etc. <i>L. 1511-B du code général des collectivités territoriales</i>	✓	✓	
	Aides fiscales : exonération d'impôts sur les revenus issus de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) <i>151 ter du code général des impôts</i>	✓		
	Indemnisation des certificats de décès en dehors des horaires couverts par la PDSA <i>b du 2° du I de l'article D. 162-30 du code de la sécurité sociale</i>	✓	✓	
AIDES COLLECTIVES	Aides de l'ARS : accompagnement à la structuration et au fonctionnement des maisons de santé, équipes de soins primaires, centres de santé ou communautés professionnelles territoriales de santé <i>L.1435-B du Code de la santé publique relatif au fonds d'intervention régional (FIR).</i>	✓	✓	✓
	Aides des préfetures et collectivités territoriales : soutien aux investissements immobiliers <i>loi n° 95-115 du 4 février 1995, circulaire du 9 novembre 2000 relative aux interventions du FNADT ; circulaire préfectorale annuelle DETR et L. 1511-B du code général des collectivités territoriales</i>	✓	✓	
	Aides conventionnelles de l'Assurance maladie : rémunération du temps de coordination et du travail en équipe au sein d'une maison de santé ou centre de santé <i>Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles</i>	✓	✓	✓
AUTRES	Mise à disposition d'un praticien par un établissement public de santé/ établissement de santé privé d'intérêt collectif/ centre de santé/organisme de mutualité <i>L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du code de la santé publique</i>	✓	✓	

NB : les contrats en cours conclus avant la date de parution du nouveau zonage iront jusqu'à leur terme.

Annexe 4- Guide d'entretien

- 1/ Qu'est ce qui vous a attiré dans l'idée de vous installer dans un désert médical?
- 2/ Quelles compétences ou connaissances vous êtes vous imposé du fait de travailler en désert médical?
- 3/ Vous a-t-on imposé des permanences de soins ou gardes de nuits? Cela a-t-il un impact positif ou négatif sur le reste de votre exercice en cabinet? Pourquoi?
- 4/ En cabinet quels sont les points négatifs récurrents en terme organisationnel pour les soins d'urgences et en lien avec le désert médical? Comment vous adaptez-vous?
- 5/ En cabinet quels sont les points négatifs pour les patients au niveau des soins d'urgence en rapport avec le désert médical?
- 6/ En quoi devez-vous adapter les parcours de soins avec les spécialistes par rapport à un milieu mieux peuplé en médecins?
- 7/ Y a-t-il un impact financier positif ou négatif dans le fait de travailler dans un désert médical? Que cela change-t-il sur votre organisation de travail?
- 8/ Quelles sont les principales plaintes des patients par rapport au désert médical?
- 9/ Pensez-vous que votre relation avec le patient est différente que dans un milieu mieux peuplé en médecins? Pourquoi?
- 10/ En quoi les patients s'adaptent-ils dans les déserts médicaux? En quoi cela est dangereux pour leur santé ?
- 11/ Quelles sont les aides mises en place par le gouvernement pour améliorer votre travail au quotidien et qu'en pensez-vous?

12/ Dans votre carrière quelle a été votre pire expérience liée au désert médical?

13/ D'après vous en quoi votre qualité de vie personnelle est-elle impactée par le fait de travailler en désert médical?

14/ Quels points positifs y trouvez-vous en plus de ce que vous aviez envisagé au départ ?

15/ Selon vous quelles adaptations organisationnelles « dangereuses » ou « inappropriées » êtes vous contraints de réaliser? À quelle fréquence ?

16/ Selon vous quelle(s) est (sont) les différences organisationnelles pour un médecin généraliste libéral entre le désert médical des Antilles versus un désert médical en métropole?

Annexe 5- Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

ACCORD ECRIT DE PARTICIPATION A UNE OBSERVATION DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Je, soussigné(e)..... exerçant/domicilié(e)

à....., Docteur en

médecine accepte de participer à la thèse d'exercice de docteur en médecine de Mademoiselle
Claire EISSAUTIER, interne de médecine générale ayant pour thème « Adaptation de la méthode
de travail des médecins généralistes libéraux en désert médical et conséquences sur la santé
des patients: l'exemple de la Martinique » lors d'un entretien enregistré le

Je déclare avoir été informé(e) de façon loyale et claire que cet entretien est confidentiel.

J'accepte que l'intégralité de cet entretien anonymisé soit retranscrite et que les données soient
utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse et d'une publication scientifique.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment.

Etabli en deux exemplaires, un pour moi et un pour l'enquêteur.

FAIT A :

LE :

SIGNATURE :

Annexe 6- Echantillon d'entretiens

Les **entretiens n°3 (E3) et n°9 (E9)** reflètent la sensation de solitude de certains médecins généralistes et l'adaptation qui en découle en terme de soins et de polyvalence :

E3 :

1/ Qu'est ce qui vous a attiré dans l'idée de vous installer dans un désert médical?

J'aurais préféré que ce ne soit pas un désert médical.

2/ Quelles compétences ou connaissances vous êtes vous imposé du fait de travailler en désert médical?

Je pense qu'on a besoin d'avoir des connaissances beaucoup plus étendues, beaucoup plus larges pour certaines spécialités. Car il y a certaines spécialités pour lesquelles on arrive à avoir des avis, mais il y en a certaines autres pour lesquelles c'est très compliqué d'en avoir, et du coup on se débrouille beaucoup tout seul.

3/ Vous a-t-on imposé des permanences de soins ou gardes de nuits? Cela a-t-il un impact positif ou négatif sur le reste de votre exercice en cabinet? Pourquoi?

Oui on m'impose des permanences de soins, des gardes en maison médicale. Oui ça a un aspect négatif parce qu'à la maison médicale du Marin on voit strictement personne car elle est mal située. Donc je passe 12 heures le dimanche à la maison médicale pour arriver fatiguée le lundi dans mon cabinet médical qui est blindé.

4/ En cabinet quels sont les points négatifs récurrents en terme organisationnel pour les soins d'urgences et en lien avec le désert médical? Comment vous adaptez-vous?

Il n'y en a pas vraiment. Si on a une urgence on appelle le 15.

5/ En cabinet quels sont les points négatifs pour les patients au niveau des soins d'urgence en rapport avec le désert médical?

Les urgences sont tellement débordées qu'ils ne veulent pas y aller. Et du coup il y a une perte de chance.

6/ En quoi devez-vous adapter les parcours de soins avec les spécialistes par rapport à un milieu mieux peuplé en médecins?

Et bien typiquement j'ai une patiente qui m'a attrapée dans la rue ce matin, qui est insuffisante cardiaque et elle a pris rendez-vous chez le cardiologue ce matin et le rendez-vous est dans neuf mois. Donc nous on est obligés de revoir si vraiment c'est urgent, ou pas. C'est à nous de juger si c'est urgent ou pas et de prendre le temps de rappeler le spécialiste si jamais c'est nécessaire. Et du coup pour nous c'est hyper chronophage.

7/ Y a-t-il un impact financier positif ou négatif dans le fait de travailler dans un désert médical? Que cela change-t-il sur votre organisation de travail?

On gagne mieux notre vie en désert médical. Mais le problème ce n'est plus de bien gagner notre vie mais c'est notre qualité de vie. Mais c'est difficile de travailler moins car on est sans arrêt débordés.

8/ Quelles sont les principales plaintes des patients par rapport au désert médical?

Le temps d'attente.

9/ Pensez-vous que votre relation avec le patient est différente que dans un milieu mieux peuplé en médecins? Pourquoi?

Je ne pense pas.

10/ En quoi les patients s'adaptent-ils dans les déserts médicaux? En quoi cela est dangereux pour leur santé ?

Ils consultent moins.

11/ Quelles sont les aides mises en place par le gouvernement pour améliorer votre travail au quotidien et qu'en pensez-vous?

Il y a une histoire d'assistant formé avec une mise en aide de la sécu qui doit arriver. Sauf qu'on a demandé je sais pas combien de fois à la sécu ils sont pas au courant.

12/ Dans votre carrière quelle a été votre pire expérience liée au désert médical?

J'avais une patiente démente psychotique que j'ai jamais réussi à faire hospitaliser alors qu'elle était vraiment en train de décompenser et elle ne s'alimentait plus depuis trois semaines. Elle avait un délire paranoïaque bien cogné. J'ai réussi ni à la faire voir par un psychiatre pour introduire des neuroleptiques, ni la faire hospitaliser malgré l'aide du médecin du SAMU qui me cherchait une place d'hospit' aussi. Donc je lui ai fait une injection d'Haldol et ouf elle n'est pas tombée dans le coma...

13/ D'après vous en quoi votre qualité de vie personnelle est-elle impactée par le fait de travailler en désert médical?

Eh bien parce que je rentre à 21h chez moi en semaine.

14/ Quels points positifs y trouvez-vous en plus de ce que vous aviez envisagé au départ ?

Il n'y en a pas.

15/ Selon vous quelles adaptations organisationnelles « dangereuses » ou « inappropriées » êtes vous contraints de réaliser? À quelle fréquence ?

On garde des patients à domicile qui devraient être hospitalisés parce que les gens ne veulent pas aller aux urgences. Et en plus ce sont souvent des patients âgés, fragiles. Dernièrement avec les grosses chaleurs j'ai eu plein de patients déshydratés. A la fréquence d'environ une fois par mois.

16/ Selon vous quelle(s) est (sont) les différences organisationnelles pour un médecin généraliste libéral entre le désert médical des Antilles versus un désert médical en métropole?

Les gens sont super gentils et du coup ça nous met moins la pression. Et puis on travaille beaucoup sans rendez-vous car ils sont habitués comme ça, et ça se voit car ils ne viennent pas aux rendez-vous quand ils en ont. Mais du coup on a la pression de la salle d'attente.

E9 :

1/ Qu'est ce qui vous a attiré dans l'idée de vous installer dans un désert médical?

J'ai choisi la commune parce qu'il semblait y avoir une opportunité, une place pour qu'un médecin généraliste s'installe à l'époque. Il y avait de quoi faire une clientèle.

2/ Quelles compétences ou connaissances vous êtes vous imposé du fait de travailler en désert médical?

D'être le plus polyvalente possible. De ne pas passer son temps à envoyer aux spécialistes pour des riens, pour essayer de fouiller un peu soi-même quand il y avait des problèmes pour le patient. Alors je suis très orientée gynéco. Il y a un vrai déficit actuellement. Peut-être pas au moment de mon installation mais maintenant. Donc je fais même les IVG avec un accord avec l'hôpital. Alors ça l'IVG c'est parce que c'est un désert et il faut éviter au patient de monter à chaque fois jusqu'à Fort-de-France, ce qui est vraiment compliqué. Ça c'est un vrai objectif par rapport au désert.

3/ Vous a-t-on imposé des permanences de soins ou gardes de nuits? Cela a-t-il un impact positif ou négatif sur le reste de votre exercice en cabinet? Pourquoi?

Bien sûr. On est sensés participer à la permanence de soins de la maison médicale de garde du Marin. Après les gardes sont volontaires. On en fait ou on en fait pas. Ce sont des présences à la maison médicale de garde. On a un statut particulier dans le Sud parce qu'on a fait un long combat pendant des années avec l'ARS. Il a été validé qu'on fasse les week-ends, les jours fériés, et les dimanches soirs, les autres soirées étant assurées par l'hôpital lui-même. Donc on fait ça dans le cadre de l'hôpital du Marin. Donc jours fériés c'est 7h-23h. Samedi après-midi c'est 13h-

23h. Et les soirées c'est 19h-23h. Ca a été acté depuis peu, depuis le dernier CO-DAMUPS. En ce qui me concerne ça n'a pas d'impact sur la pratique au cabinet parce qu'il faut être volontaire.

4/ En cabinet quels sont les points négatifs récurrents en terme organisationnel pour les soins d'urgences et en lien avec le désert médical? Comment vous adaptez-vous?

Le SAMU est à trois-quarts d'heures. Trois-quarts d'heures pour venir dans le meilleur des cas. Du coup système D, il faut faire plus du secourisme que de la médecine quelques fois. On a les pompiers qui sont un peu plus proches donc quand ils arrivent ils nous donnent un coup de main. Faut dire que un massage cardiaque trois-quarts d'heures à attendre c'est un peu long. Donc heureusement on a les pompiers pas trop loin. C'est sûr qu'on est loin de l'hôpital.

5/ En cabinet quels sont les points négatifs pour les patients au niveau des soins d'urgence en rapport avec le désert médical?

Déjà il faut qu'ils aient conscience qu'il y a une urgence. Il faut leur apprendre à gérer le 15 aussi, parce que quelques fois ils perdent du temps en venant chez nous. Je sais pas si le patient a conscience pleinement du désert médical.

6/ En quoi devez-vous adapter les parcours de soins avec les spécialistes par rapport à un milieu mieux peuplé en médecins?

Vu le nombre « énorme » (*ironie*) de spécialistes à notre disposition, quand les soins sont urgents ou semi-urgents il faut les personnaliser. C'est un appel au confrère. Moi j'ai pas d'autre solution. Et il faut un carnet d'adresses et un carnet de correspondants efficace, sur qui on peut compter. Et c'est pas évident. C'est pas évident parce qu'il n'y en a pas beaucoup, que ceux qu'on connaît depuis longtemps ben forcément ils partent à la retraite aussi. Ils sont pas toujours remplacés. Se faire connaître, rencontrer les jeunes médecins qui s'installent ben d'abord ils sont pas nombreux, ensuite il faut recréer les carnets d'adresses. C'est pas simple.

7/ Y a-t-il un impact financier positif ou négatif dans le fait de travailler dans un désert médical? Que cela change-t-il sur votre organisation de travail?

J'ai cru comprendre qu'au niveau des astreintes et des gardes, le fait d'être en désert médical on paye moins d'impôts, il y a une partie qui est déductible. Mais dans l'exercice quotidien ben non ça change rien. On a notre temps de travail qu'on a choisi avec notre nombre de patients qu'on reçoit, qu'on limite ou qu'on limite pas finalement selon notre pratique. Non, ça ça change pas grand chose. Ce qui gêne c'est quand il y a une urgence on peut pas dire au patient « Allez voir ailleurs ».

8/ Quelles sont les principales plaintes des patients par rapport au désert médical?

C'est toujours l'accès aux spécialistes, beaucoup plus que l'attente chez nous. Parce que nous on est sans rendez-vous le matin donc les gens peuvent venir. Enfin moi ce qui me concerne c'est sans rendez-vous le matin, il n'y a pas de délai d'attente. Le problème c'est quand j'ai besoin d'un spécialiste. Et là ils sont comme nous, ils constatent qu'il y a un vrai déficit.

9/ Pensez-vous que votre relation avec le patient est différente que dans un milieu mieux peuplé en médecins? Pourquoi?

C'est la question de l'exercice semi-rural aussi. On pourrait tourner ça un petit peu comme ça. On est je pense beaucoup plus dans la relation avec nos patients, leurs familles etc, insérés dans leur milieu. C'est plus facile la relation avec le patient que dans une zone où il y aurait plus de médecins. C'est à dire on connaît mieux nos patients par la force des choses. Mais désert médical ou pas je crois que c'est l'exercice semi-rural qui est certainement plus proche des patients.

10/ En quoi les patients s'adaptent-ils dans les déserts médicaux? En quoi cela est dangereux pour leur santé ?

Je vais rajouter les dentistes. Un abcès dentaire c'est tellement commun et courant, ils vont pas forcément au bon endroit pour le soigner. Ils tardent. Ils retardent beaucoup leurs rendez-vous parce qu'ils savent que l'ophtalmo par exemple c'est une catastrophe. On a besoin des fonds d'yeux. Tous les trois/quatre ans on en a parce que les patients n'arrivent pas à trouver des rendez-vous. Et du coup ils renoncent à chercher un rendez-vous. Ils renoncent à chercher un rendez-vous cardio, ils renoncent à chercher un rendez-vous ophtalmo. Ils se mettent en danger.

11/ Quelles sont les aides mises en place par le gouvernement pour améliorer votre travail au quotidien et qu'en pensez-vous?

Bonne question. Là ça ne me vient pas à l'esprit. Je ne sais pas s'ils se rendent compte de la réalité sur le terrain. Eux qui vivent dans les grandes villes et qui connaissent certainement par piston interposé l'accessibilité aux spécialistes je ne suis pas sûre qu'ils connaissent les mêmes difficultés. Quand ils sont des politiciens des campagnes je pense qu'ils sont un peu plus avertis mais je ne suis pas sûre qu'ils se rendent compte de leur quotidien. Et du quotidien des patients.

12/ Dans votre carrière quelle a été votre pire expérience liée au désert médical?

Un accouchement dans mon cabinet. Un jour de pluie et sans pompiers.

13/ D'après vous en quoi votre qualité de vie personnelle est-elle impactée par le fait de travailler en désert médical?

Je pense qu'on est assez en libéral libres de faire les horaires qu'on accepte de faire. Donc disons qu'il faut mettre des limites et disons que je ne manque pas trop de caractère pour le faire.

Par contre c'est vrai aussi que s'absenter au niveau des vacances on a toujours quelques scrupules. Même au niveau des formations on doit fermer le cabinet pour y aller. On a toujours des scrupules. Sincèrement on va limiter les absences. On vient au travail même si on est malade alors bon... On a plus de scrupules à s'absenter, je pense que c'est ça qui gêne pour moi. Les horaires ben j'ai plus d'enfants à la maison. Alors pendant ma vie avec les enfants c'est sûr que quand il y avait des urgences des trucs au dernier moment je pouvais pas dire d'aller chez le voisin. Donc oui ça a un retentissement mais je pense que le métier si on l'aime ça a forcément un impact sur notre vie privée. Après en ce moment ça s'aggrave par rapport aux scrupules d'être absent.

14/ Quels points positifs y trouvez-vous en plus de ce que vous aviez envisagé au départ ?

C'est hyper varié. On fait pas que de la toute petite bobologie, on est vraiment le médecin de premier recours donc les gens viennent avec tout et n'importe quoi. Et ils savent qu'ils peuvent pas aller chez le spécialiste donc ils viennent chez nous. Donc

on a de la pathologie hyper variée. Moi j'aime mon métier. Et j'aime beaucoup changer et je sais jamais d'un jour à l'autre ce que j'aurai. C'est pas monotone, c'est hyper riche. Et puis le fait qu'on soit obligé de les mater de temps en temps pour les obliger à trouver des rendez-vous et tout, je dirait plutôt que ça améliore la qualité de la relation avec le patient. Parce qu'on est plus proches d'eux. Ils comptent sur nous et on essaye de leur rendre.

15/ Selon vous quelles adaptations organisationnelles « dangereuses » ou « inappropriées » êtes vous contraints de réaliser? À quelle fréquence ?

C'est tous les jours qu'on joue avec la vie des gens. De prendre quelques fois une décision, de retarder une hospitalisation. De ne pas pouvoir vérifier que ce n'est pas que de la bobologie. Ils ont douze heures d'attente aux urgences voire plus, donc on essaye de se débrouiller et je pense que de temps en temps on doit jouer un petit peu avec le feu. Tant mieux si ça tourne bien, et tant mieux si c'est rattrapé par le 15 un peu plus tard. On n'a pas le choix.

16/ Selon vous quelle(s) est (sont) les différences organisationnelles pour un médecin généraliste libéral entre le désert médical des Antilles versus un désert médical en métropole?

Ici on n'a qu'un seul recours principal. On n'a qu'un seul CHU, on n'a qu'un seul service d'urgences, on n'a qu'un seul endroit. Donc si ça bouchonne, ben on est coincé. Donc c'est ça ou rien et on n'a vraiment aucune possibilité d'aller allonger le bras un peu plus loin. On est coincé. C'est ce qu'il y a, ou rien. Donc je suis sûre qu'en métropole si on a des appuis un peu à droite ou à gauche on peut aller chercher un peu plus loin, on a plus de choix dans les situations où ça semble bloqué, on a plus de recours. Même s'ils sont aussi difficiles d'accès j'ai le sentiment que j'étoufferais moins en cas d'urgence.

L'**entretien n°14 (E14)** est intéressant dans la mesure où le médecin ne ressent pas l' « effet désert médical ». D'après lui la localisation du cabinet proche d'un service d'urgences, et une organisation en groupe permettent une adaptation adéquate de leur exercice dans cette zone pourtant médicalement fragile. Cet interrogatoire reflète tout de même une lourde charge de travail mais le médecin déclare s'en accommoder et ne pas s'en rendre compte du fait d'y avoir toujours été habitué.

1/ Qu'est ce qui vous a attiré dans l'idée de vous installer dans un désert médical?

J'ai pas réfléchi en terme de désert médical. Je me suis pas dit « Chouette je vais m'installer dans un désert médical! » Je me suis installée là parce que j'ai grandi là, c'était chez moi et puis j'ai fait mon internat ici. Par la force des choses j'ai remplacé ici. J'ai rencontré mes associées actuelles, j'ai travaillé avec elles, je les ai remplacées. Et puis après il y avait de la place pour s'installer à plusieurs donc je me suis installée avec elles parce que ça partait bien, et c'était pratique. Ça s'est fait naturellement.

2/ Quelles compétences ou connaissances vous êtes vous imposé du fait de travailler en désert médical?

Alors je ne sais pas parce que je n'ai jamais travaillé ailleurs en fait. Je me suis vraiment formée ici donc je ne peux pas vraiment comparer à ce que j'aurais fait si j'avais été ailleurs, je ne me rends pas compte. J'ai pas le sentiment de faire des choses particulières. Après ce qui compte vraiment c'est le réseau, c'est-à-dire de vraiment savoir qui appeler et comment. En fait j'ai pas un ressenti de désert parce que je suis habituée comme ça.

3/ Vous a-t-on imposé des permanences de soins ou gardes de nuits? Cela a-t-il un impact positif ou négatif sur le reste de votre exercice en cabinet? Pourquoi?

On ne me les a pas imposées. Ce qui s'est passé c'est que j'ai quand même passé un contrat avec l'ARS, un contrat d'aide à l'installation, donc ils m'ont donné pas mal de sous en fait parce qu'eux l'idée c'est de favoriser l'aide à l'installation. Je me suis pas installée parce que j'allais avoir ces sous là. Je me suis installée et j'ai accepté ces sous là parce que de toutes façons les conditions pour accéder au contrat elles

étaient déjà remplies d'emblée. De toute façon mes collègues elles font des gardes en maison médicale, donc moi en m'installant avec elles je savais que j'allais en faire, et c'est un peu pénible mais ça fait partie du job quoi. Je me sens pas vraiment obligée, mais je sens que ça fait partie des obligations. Ça n'a pas d'impact sur mon exercice au cabinet. Je trouve que c'est vraiment deux pratiques différentes. Quand la responsable du planning de garde fait l'emploi du temps elle nous demande nos préférences. Moi par exemple je prends des gardes le mardi soir, et le mercredi je dois travailler que le matin en cabinet donc si je suis fatiguée ça va, je m'organise après. Si, c'est fatigant mais pas au point où je ne voudrais pas en faire.

4/ En cabinet quels sont les points négatifs récurrents en terme organisationnel pour les soins d'urgences et en lien avec le désert médical? Comment vous adaptez-vous?

Alors nous on est bien organisées à ce niveau là parce qu'en fait on a notre secrétaire sur place, et on a à peu près six créneaux qu'on remplit pas et qui sont pour les urgences du jour. Donc ce qui est compliqué c'est les patients qui n'adhèrent pas à ce système là et qui préfèrent se pointer sans avoir appelé avant. Alors qu'on leur explique systématiquement que si un jour il y a une urgence, d'appeler, que de toute façon on les verra mais on fait tout pour voir d'abord nos patients suivis au cabinet. On fait tout pour les voir pour pas qu'ils aient à aller à la maison médicale ou aux urgences. Ce qui est compliqué c'est les patients des autres qui viennent parce qu'ils savent qu'on réagit bien, et les patients qui n'adhèrent pas au système et qui arrivent au moment où on ne les attend pas. C'est très rare que je prenne quelqu'un alors que j'ai pas le temps. Faut vraiment que ce soit une douleur thoracique, du mal à respirer...si la secrétaire me dit il a une « sale tête » tu viens le voir rapidement, OK. Mais ça c'est vraiment rare parce qu'en général ben j'ai du temps dans la matinée, dans la demi-journée et je leur dis de revenir plus tard. Et si j'estime que ça peut attendre, même des fois j'ai un peu de temps tout de suite mais ça va me mettre en retard, je préfère les obliger à revenir plus tard pour qu'ils s'habituent et que la fois suivante ils refassent pas le même système et qu'ils se forcent à appeler.

5/ En cabinet quels sont les points négatifs pour les patients au niveau des soins d'urgence en rapport avec le désert médical?

Ben je sais pas. Moi je parle pour nos patients avec notre organisation, sincèrement je pense que pour avoir accès à nous y a pas d'obstacle. Sauf qu'ils n'ont pas nos numéros de portable pour nous appeler le soir ou le samedi après-midi. Mais le cabinet il est ouvert du lundi 8h au samedi 13h. Jusqu'au soir 18h j'estime qu'ils sont pas perdus. Après ce qui est plus dur c'est l'accès aux spécialistes.

6/ En quoi devez-vous adapter les parcours de soins avec les spécialistes par rapport à un milieu mieux peuplé en médecins?

Ben on les appelle. Faut qu'on balise le terrain et puis après y a des horaires auxquels ben on va plus facilement envoyer les patients aux urgences, même si on fait partie des médecins qui bottent pas facilement en touche. On appelle quoi.

7/ Y a-t-il un impact financier positif ou négatif dans le fait de travailler dans un désert médical? Que cela change-t-il sur votre organisation de travail?

Eh bien je ne sais pas. Moi ce que je vois c'est que mon planning ça fait un an et demi que je suis installée et que j'ai rarement un planning qui déborde. Alors que j'ai 25 créneaux par jour. Donc je me demande dans quelle mesure cette histoire de désert médical n'est pas une légende. Je me demande dans quelle mesure c'est pas rentré dans la tête des gens en fait; je sais pas en fait soit ils acceptent n'importe quelles conditions de soins, et ils cherchent pas de plan B ou alors c'est les habitudes de recours aux soins qui sont délirantes quoi. Les gens veulent absolument pas se contraindre du coup ils considèrent que c'est un désert médical parce qu'ils peuvent pas avoir un médecin après 19h ou un dimanche après midi, je sais pas. Moi mon planning n'est pas débordé donc on peut pas dire que je gagne un tas de sous parce que je suis la seule à travailler.

8/ Quelles sont les principales plaintes des patients par rapport au désert médical?

Ils disent que c'est tellement dur de trouver un médecin mais je comprends pas. Je trouve qu'on est faciles d'accès, et sinon c'est plutôt le recours aux spécialistes, notamment aux ophtalmo. Les plus dur c'est les ophtalmo. Je pense qu'eux même ils le diraient.

9/ Pensez-vous que votre relation avec le patient est différente que dans un milieu mieux peuplé en médecins? Pourquoi?

Je sais pas. Je pense que j'ai peut-être un préjugé là-dessus. Je me dis que par exemple dans un milieu où il y a énormément de médecins les patients ils ont peut-être des exigences un peu plus de consommateurs tu sais en disant ben « Si j'ai pas ci, si j'ai pas ça ben de toutes façons j'irai voir ailleurs. » Et que là le fait d'avoir peut-être moins le choix, ben c'est dit négativement mais peut-être que ça oblige les gens à plus rentrer dans notre démarche parce qu'ils peuvent pas nous tourner le dos trop facilement. Mais je pense que quand même d'un autre côté ça permet des relations quand même plus privilégiées.

10/ En quoi les patients s'adaptent-ils dans les déserts médicaux? En quoi cela est dangereux pour leur santé ?

Je sais pas. Faudrait avoir vraiment comparé en fait en ayant travaillé dans un endroit qui n'est pas vraiment considéré comme désert médical pour pouvoir le dire. Après, moi, ce que je trouve le plus dangereux dans l'attitude de mes patients c'est le nomadisme. Donc c'est un peu paradoxal parce qu'en fait on pourrait s'attendre à ce que vu soi-disant qu'on est un désert médical il n'y a pas de médecins, qu'ils se retrouvent à pas arriver à voir d'autres médecins. Et en fait si, des fois je perds des patients de vue pendant 6 mois, ils sont allés voir un autre médecin sans dire ce qu'ils prenaient comme médicaments parce qu'ils savent pas. Donc je sais pas. Peut-être que des fois il y a des retards de recours mais pas tant que ça finalement.

11/ Quelles sont les aides mises en place par le gouvernement pour améliorer votre travail au quotidien et qu'en pensez-vous?

Ben il y a les incitations financières, les contrats d'aide à l'installation. C'est sympa mais sincèrement je pense que c'est un tout petit sparadrap sur une grosse plaie. Après il y a la maison médicale de garde qui est sensée éponger je pense une part de ... mais bon. Ça aussi c'est un problème parce que ça crée une demande au lieu de répondre à la demande qui existe ben voilà... A mon avis ça rajoute du travail et des exigences qui ne sont pas nécessaires. Par contre ce qui manque c'est de l'éducation auprès des populations en fait. Je pense qu'en fait on crée du recours médical, et on crée de la consommation de soins alors qu'il faudrait à mon avis raisonner la consommation de soins.

12/ Dans votre carrière quelle a été votre pire expérience liée au désert médical?

Dans ma courte carrière... En fait je dirais que c'était plus dur quand j'étais interne à l'hôpital et que je savais que je renvoyais les gens à domicile mais dans des conditions pas optimales. Parce que moi sincèrement mes patients, des fois j'estime que je me mets un peu à sec pour que ça se passe bien. Je pense que je mets beaucoup d'énergie pour que ça se passe bien. Des fois par exemple je suis des patients à domicile. J'en suis pas beaucoup, je fais exprès de pas en suivre beaucoup parce que tant que c'est pas cadré je veux pas me perdre. Mais je sais que quand j'étais interne des fois on renvoyait des gens dans des mauvaises conditions en leur disant ben « Revoyez votre médecin à 48h » sachant très bien qu'ils n'avaient pas de médecin traitant, ou qu'il fallait se lever à 4h pour aller faire la queue alors que c'était pas envisageable de le faire et que du coup c'était pas satisfaisant.

13/ D'après vous en quoi votre qualité de vie personnelle est-elle impactée par le fait de travailler en désert médical?

Je pense que ma vie elle est pas impactée parce que l'organisation là en groupe fait que c'est possible. Et puis c'est aussi en posant ses propres limites quoi. Moi j'ai décidé que les patients ils auraient pas mon numéro de portable et que j'allais pas être corvéable le soir et le samedi à partir de 13h et bon je m'y tiens. Alors des fois c'est vrai c'est dur, je culpabilise, mais c'est l'économie que j'ai trouvée.

14/ Quels points positifs y trouvez-vous en plus de ce que vous aviez envisagé au départ ?

Peut-être que je le vis pas comme ça en fait. Après je pense qu'ici c'est pas comme Basse Pointe quoi, c'est pas la même chose. C'est pas du tout le même vécu quoi. Par exemple je sais que j'aurais très bien pu aller m'installer à Basse Pointe ou à Grand Rivière et que je l'ai pas fait parce que je craignais trop pour ma qualité de vie, et j'avais peur de faire des soins merdiques, et que c'était pas ça le... Donc voilà quand je me suis installée ici c'était aussi en connaissant d'emblée les limites et les avantages et donc non je suis pas surprise, je savais à quoi m'attendre. Mais j'ai aussi su m'imaginer à quoi m'attendre dans d'autres endroits et j'ai pas voulu y aller.

15/ Selon vous quelles adaptations organisationnelles « dangereuses » ou « inappropriées » êtes vous contraints de réaliser? À quelle fréquence ?

J'essaye de pas être dangereuse en fait, j'essaye de vraiment prendre toutes les décisions en mon âme et conscience pour pouvoir dormir le soir. Et quand je sens que j'ai pas les moyens et ben je botte en touche en envoyant aux urgences. Mais c'est assez rare, ça me pèse pas trop sur la conscience.

16/ Selon vous quelle(s) est (sont) les différences organisationnelles pour un médecin généraliste libéral entre le désert médical des Antilles versus un désert médical en métropole?

Je n'en ai pas la moindre idée. Mais je pense quand même qu'en Martinique comme c'est tout petit, les distances elles sont quand même moindres. Je pense que c'est ça qui fait moins effet « désert ». Là c'est sûr qu'ici c'est plus proche du centre hospitalier. Fin on a des urgences elles sont à , je sais pas, 4 minutes en bagnole.

Liste des abréviations

ALD: Affection de Longue Durée

AOMI: Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

ASALEE : Action de Santé Libérale en Équipe

ASSUM: Association des Services de Santé et d'Urgence Médicale de Martinique

APL: Accessibilité Potentielle Localisée

ARS: Agence Régionale de Santé

AVC: Accident Vasculaire Cérébral

CGSS: Caisse générale de Sécurité Sociale

CJC : Consultation Jeunes Consommateurs

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAMUPS Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins

CPTS: Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRAA: Centre de Réception et de Régulation des Appels

CSTM: Contrat de Solidarité Territoriale Médecin

DESC: Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DMP : Dossier Médical Partagé

DOM: Départements d'Outre Mer

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

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

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

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MCS: Médecins Correspondants du SAMU

MMG: Maison Médicale de Garde

MSPPP: Maison de Santé Pluri-Professionnelle

PCV : Prestation Complémentaire Vieillesse

PDSA: Permanence Des Soins Ambulatoires

PRS2: Le Projet Régional de Santé 2ème génération

PTMG: Praticien Territorial de Médecine Générale

SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR: Services Médicaux d'Urgence et de Réanimation

SNIIRAM: Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie

SROS: Schéma Régional d'Organisation des Soins

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZAC: Zone d'Action Complémentaire

ZIP: Zone d'Intervention Prioritaire

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

