

A N N A L E S
BRETAGNE
PAYS DE L'OUEST

Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest

Anjou. Maine. Poitou-Charente. Touraine

116-2 | 2009

Varia

Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin XIX^e siècle-2001)

Karine Louvel et Thierry Fillaut



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/abpo/120>

DOI : 10.4000/abpo.120

ISBN : 978-2-7535-1514-7

ISSN : 2108-6443

Éditeur

Presses universitaires de Rennes

Édition imprimée

Date de publication : 30 juin 2009

Pagination : 217-229

ISBN : 978-2-7535-0941-2

ISSN : 0399-0826

Référence électronique

Karine Louvel et Thierry Fillaut, « Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin XIX^e siècle-2001) », *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest* [En ligne], 116-2 | 2009, mis en ligne le 30 juin 2011, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/abpo/120> ; DOI : 10.4000/abpo.120

Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin XIX^e siècle-2001)

Karine LOUVEL

Médecin généraliste, Rennes

Thierry FILLAUT

Professeur d'histoire contemporaine,
CERHIO, UMR 6258, Université de Bretagne Sud (Lorient)

Si les mouvements de grèves des généralistes de l'automne 2001 ont eu pour mot d'ordre principal la revalorisation des honoraires, celle-ci n'était pas, loin s'en faut, l'unique raison de leur mobilisation. En refusant d'assurer les gardes de nuit et de week-end et en prenant le risque de ternir l'image idéalisée du médecin de famille prêt à rendre service 24 heures sur 24 afin d'obtenir la réévaluation de leurs émoluments, ces praticiens libéraux exprimaient également « leur lassitude » de voir se dégrader leurs conditions d'exercice et peut-être plus encore de n'être pas suffisamment reconnus « ni par leurs confrères spécialistes ni par le grand public, alors qu'ils sont le pivot de la coordination du système de distribution des soins¹ ». En arrière-plan des problèmes organisationnels et financiers qu'engendrait la mise en œuvre de la permanence des soins, percevait le malaise d'une profession, qui n'hésitait plus à rejeter le « devoir » posé par l'article 77 du code de déontologie, « pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit² », afin de faire entendre sa voix.

Couvrant ce mouvement, les médias faisaient la part belle aux médecins des villes moyennes et des campagnes. Les uns suivaient tel ou tel praticien sur les routes de la Bretagne intérieure ou d'Auvergne; les autres rapportaient les propos de tel ou tel médecin d'une ville moyenne de Normandie

1. BUNGNER, Martine, « Médecins : les raisons d'une colère », Propos recueillis par Jean-Yves Nau, *Le Monde*, 6 janvier 2002.

2. « Un devoir déontologique », Encadré, *Le Monde*, 17 mars 2002.

ou du Centre. Chacun, à sa façon, donnait à voir ces médecins qui, « même s'ils n'en sont "pas fiers" [...] poursuivent cette grève des gardes "contre nature" pour montrer à quel point ils sont "exaspérés et usés"³ ». De fait, dans les campagnes, sans doute plus que dans les villes, le refus des gardes symbolisait le mal-être d'une profession en prise avec des contraintes qu'elle ne considère plus comme légitimes. Pourquoi? Peut-être, au moins pour partie, parce que la permanence des soins, initiée à l'origine dans les villes et pour leurs besoins propres, s'est développée dans les campagnes tant que le corps médical y trouvait au moins autant d'avantages que d'inconvénients. Ensuite, quand la contrainte s'est fait plus prégnante, la question des gardes ne pouvait que devenir le symbole d'une exaspération croissante.

Les origines de la permanence des soins : des réponses urbaines à des préoccupations urbaines

Au premier abord, l'organisation des systèmes de garde peut sembler une idée récente. Comme le montrait l'enquête réalisée au début des années 1990 par l'Inserm auprès de médecins ayant exercé des années 1930 aux années 1980⁴, plus de la moitié d'entre eux situaient l'organisation des tours de gardes dans les années 1950. Bien peu la considéraient, voire l'imaginaient, plus ancienne, alors que les premiers services de garde remontent aux débuts de Troisième République, c'est-à-dire quelque 80 ans plus tôt. Paris avait été la première ville à en disposer en 1876, bientôt suivie par bien d'autres comme Rouen, Le Havre ou encore Lyon et Marseille. Dans les vingt années suivantes, des villes de taille plus modeste se doteront à leur tour d'un tel service : un projet voit ainsi le jour à Nevers (26 000 habitants) en 1889.

L'initiative de la mise en place de ces premiers services revient aux municipalités alertées bien souvent par la presse sur des faits divers dramatiques mettant en cause le refus d'un médecin d'assister de nuit un blessé ou une femme en couches. C'est une telle situation dénoncée par le Dr Passant, lequel regrettait que « l'on parle de médecins qui ont refusé de se déranger la nuit pour des patients qu'ils ne connaissaient pas⁵ », qui conduisit le Conseil de la Ville de Paris à débloquer les moyens financiers nécessaires pour « assurer les secours médicaux aux personnes atteintes

3. « Les médecins de famille reprennent la grève et expriment leur lassitude », *Le Monde*, 6 janvier 2002.

4. HERZLICH, Claudine et BUNGENER, Martine, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France, Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*. Paris, INSERM, 1993, 274 p.

5. Lettre du Dr Passant adressée en décembre 1874 au directeur de l'Assistance Publique, citée par LE QUELLEC-BARON, Stéphanie, *Histoire des urgences à Paris de 1770 à nos jours*, Thèse de médecine, Paris 7, 2000, p. 59.

pendant la nuit d'accidents subits⁶ ». Les refus semblaient parfois motivés par de simples considérations financières. Et c'est le plus souvent d'abord en faveur des plus démunis que ces services ont été créés. Les motifs qui conduisent la ville de Rennes à instaurer un service médical de nuit en 1889 sont, de ce point de vue, on ne peut plus explicites : « Les secours et les soins médicaux et pharmaceutiques n'étant pas toujours à la portée des humbles et des déshérités, il importe dans la limite du possible, de mettre ces secours à leur portée⁷. »

Les raisons qui conduisaient les pouvoirs publics à intervenir étaient, on le constate à partir des deux exemples précédents, de deux ordres, même si, dans les faits, les deux étaient le plus souvent associés : répondre, au titre du maintien de l'ordre public, à des urgences qui ne sont pas régulées de manière collective parce qu'intervenant au domicile des patients ; permettre, au titre de l'assistance, la prise en charge à domicile d'urgences concernant des personnes démunies à un moment où, ne l'oublions pas, l'hospitalisation n'était pas la norme mais l'exception. Il n'est donc pas étonnant que ces services, organisés par les municipalités, compétentes en matière de police et de sûreté publiques mais aussi d'assistance, aient vu en général le jour en amont des grandes lois sociales de la fin du XIX^e siècle, la loi sur l'assistance médicale gratuite du 15 juillet 1893 et les lois d'avril 1898 sur les accidents du travail et sur les sociétés de secours mutuel, en particulier cette dernière qui va favoriser le développement des œuvres sanitaires gérées par ces sociétés.

En règle générale, les services de nuit, destinés à assurer aux malades, qu'ils soient pauvres ou riches, les secours immédiats d'un médecin, étaient organisés sur le même modèle dans les différentes villes et fonctionnaient à l'aide de la police municipale. Pour les professionnels de santé, la participation au système de garde était volontaire, comme c'était le cas à Paris où, « dans chaque quartier, les médecins qui veulent bien faire partie de ce service se font inscrire au commissariat de police⁸ ». Si nécessaire, les patients ou leurs proches pouvaient s'adresser au poste de police puis ils étaient accompagnés par le gardien de la paix au domicile du praticien de garde.

Pour les municipalités, la mise en place de ces services avait évidemment un coût puisque les règlements prévoyaient une rémunération forfaitaire pour le médecin de garde lorsque le patient ne pouvait payer lui-même les frais de visite. Ce sera là l'une des raisons des difficultés des premiers systèmes de garde, les villes n'ayant pas toujours les budgets suffisants pour rémunérer les médecins. En outre, les services monopolisaient les agents de police, les détournant ainsi de leur mission première de main-

6. LAYET, A., « Nuit (hygiène) », *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1889, 2-13, p. 767.

7. Archives municipales de Rennes, 192 ; Service médical de nuit.

8. NAPIAS, Henri et MARTIN, André-Justin, *L'Étude et les progrès de l'hygiène en France de 1878 à 1882*, Masson, 1882, p. 328.

tien de l'ordre. Quant aux médecins, ils se plaignaient déjà d'être dérangés inutilement : selon eux, les policiers leur amenaient trop souvent des « ivrognes » ou des « faux malades⁹ ».

Non sans difficultés, ces tours de garde vont se développer dans les villes durant la Troisième République pour faire face à une augmentation croissante de la demande de soins. Dans certaines grandes villes, l'organisation reste sous la responsabilité des autorités municipales comme à Lyon, avec la mise en place d'un service de garde dans les années 1940. Dans d'autres situations, la gestion du service de garde est laissée aux médecins eux-mêmes qui s'organisent par l'intermédiaire de leurs syndicats comme à Rennes, où le premier tour de garde organisé entre tous les médecins rennais et géré par la fédération syndicale des médecins d'Ille-et-Vilaine voit le jour en 1936.

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, alors que le paysage de la santé se transforme profondément du fait d'un meilleur accès aux soins de la population (densité médicale et hospitalière), des progrès techniques et thérapeutiques et de la généralisation progressive de l'Assurance maladie, les systèmes de garde vont se généraliser dans les villes. Mais ils vont aussi changer peu à peu de nature et se différencier avec d'une part, la création et l'essor des services hospitaliers d'urgences, et d'autre part, l'apparition de « professionnels » de la garde de nuit et de week-end qui, malgré les accusations de concurrence déloyale qui leur sont faites, n'en facilitent pas moins la gestion des temps de repos des autres médecins libéraux.

À partir des années 1950, les pouvoirs publics prennent ainsi conscience de l'importance d'organiser différemment les soins urgents afin de prendre en charge notamment les accidents de la route qui deviennent une des premières causes de mortalité en France. Ainsi, se met en place l'Aide Médicale Urgente avec les premières structures d'urgences pré-hospitalières. Le premier SMUR est créé en 1956 tandis que le premier SAMU est officialisé en 1968. Quelques années plus tard, se mettent en place des Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA), les centres 15.

Dans le même temps, les hôpitaux s'équipent de services des urgences et de réanimation. Et, « c'est paradoxalement le progrès », comme l'explique le Professeur Lareng, initiateur du premier SAMU, « qui a amené une évolution dans le concept d'urgence ». De fait, « le développement spectaculaire des techniques médicales repousse chaque jour les limites de "l'impossible" ; un secours rapide et qualifié permet maintenant l'espoir, là où il ne restait place qu'à la fatalité¹⁰. »

Parallèlement, de nouvelles associations se mettent en place dans les grandes villes pour faire face à une demande croissante des patients de soins d'urgence, avérés ou ressentis, en dehors des heures habituelles de

9. LE QUELLEC-BARON, Stéphanie, *Histoire des urgences...*, *op. cit.*, p. 59 *sqq.*

10. Professeur LARENG, *Dossier urgences médicales*, Ministère de la santé, 9 avril 1976, p. 10.

consultations et de visites, une demande à laquelle les médecins généralistes n'arrivent plus aussi aisément à répondre malgré la croissance de leurs effectifs. C'est ainsi qu'est créé SOS médecins à Paris en juin 1966 par le Dr Marcel Lascar, « sans appui des syndicats, sans appui des pouvoirs publics, sans beaucoup d'appui de l'Ordre, et dans des conditions difficiles » et sur la base d'une « formule originale qui n'avait pas le droit de cité à cette époque¹¹ ». Et c'est ainsi que prenant le relais de « confrères fatigués, après une journée de travail », ces organismes dits de soins d'urgence « se sont substitués aux médecins¹² » d'autant plus facilement que « les médecins de quartier n'ont pas vu arriver d'un mauvais œil ces jeunes confrères qui les soulageaient des appels à quatre heures du matin ou durant les week-ends¹³ ».

La médecine rurale et le problème des gardes, une réalité différente

En milieu rural, la situation est bien différente puisque les premiers tours de garde ne vont s'y développer qu'à partir des années 1950, voire 1960, et dans des conditions distinctes de celles des villes. Était-ce parce que « la clientèle des campagnes [était...] moins douillette que celle des villes¹⁴ » et que, plus dure au mal, elle n'appelait le médecin que pour de véritables urgences ? Sans doute est-ce plutôt la très inégale répartition des médecins entre villes et campagnes qu'il faudrait invoquer pour comprendre ce relatif décalage.

Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, les médecins sont peu nombreux en milieu rural. Ils s'installent en effet d'abord dans les plus grands centres urbains et dans les chefs-lieux de canton. Le fait est que dans les années 1930, les départements ruraux sont nettement moins dotés en médecins que les départements les plus urbanisés. La Creuse ne compte par exemple que 49 médecins pour 100 000 habitants en 1937 quand la moyenne nationale s'établit autour de 70 médecins. Et dans certaines régions, la sous-médicalisation est criante. C'est le cas dans le sud-ouest des Côtes-d'Armor, où la densité médicale ne dépasse pas 28 médecins pour 100 000 habitants en 1939 ; certes, cette densité a sensiblement augmenté entre les deux guerres (en 1921, la densité médicale de cette région n'était que 16 médecins pour 100 000 habitants) mais ce phénomène est autant dû à l'exode

11. Cf. site web de SOS médecins France, consulté le 29 octobre 2007 : [<http://www.sosmedecins-france>].

12. Dr BOUTARIC, secrétaire de la chambre syndicale de Paris, *Dossier urgences médicales*, ministère de la santé, 9 avril 1976, p. 21-22.

13. « Le Gyrophare en veilleuse », *L'Humanité*, 18 juillet 1990. Les réactions seront moins positives lorsque ces services élargiront leur activité à la journée ou entreront en concurrence avec d'autres déjà existants. Divers conflits virent le jour comme lors de l'implantation de SOS-Médecins en 1987 à Rennes où existait déjà un service de gardes obligatoires géré par les médecins de la ville.

14. Question posée par Pierre Dumayet à un médecin de campagne pour une émission de l'ORTF (6 novembre 1953). Reportage de 7 minutes en ligne sur le site de l'INA [www.ina.fr/archivespourtout/].

rural qui frappe alors le Centre-Bretagne qu'à l'augmentation forte du nombre des médecins, un nombre de médecins qui donne d'ailleurs autant la mesure de la faiblesse de la densité médicale à cette époque que ces taux (en 1939, la partie costarmoricaine du Centre-Ouest Bretagne compte en effet 18 médecins pour une population de quelque 65 000 habitants dispersée sur 51 communes¹⁵).

Dans ce contexte, la notion d'urgence est assez relative dans les campagnes. D'une part, les moyens de communication sont restreints et il est souvent difficile pour les patients de joindre aisément leur médecin. Le téléphone est en effet encore rare et l'usage de l'automobile assez peu répandu. Même si le praticien fait partie des premiers privilégiés à bénéficier de la voiture, ses déplacements restent assez compliqués entre les hameaux souvent éloignés. Ainsi, la plupart du temps, l'urgence ne peut être traitée dans des délais raisonnables. D'autre part, la population rurale continue longtemps à faire preuve de méfiance vis-à-vis du corps médical, même si cette attitude change manifestement au cours du premier XX^e siècle.

De toutes les urgences qui requièrent l'appel du médecin de nuit ou le dimanche, l'accouchement est sans doute la plus fréquente. Comme l'explique un généraliste ayant exercé dans les Côtes-d'Armor pendant la Seconde Guerre mondiale, cet acte bouleverse la journée de travail du médecin ou peut prendre toute sa nuit : « Les accouchements étaient pratiqués en général au domicile, seules les présentations dystociques étant transférées à la maternité » et en l'absence souvent d'électrification des campagnes, les conditions techniques demeuraient rudimentaires. « L'intervention se réalise fréquemment sur un lit entouré de paille, à la lueur d'une lampe à pétrole ou d'un feu de genêts (« à la fouée ») celui-ci servant également à réchauffer la marmite contenant l'eau stérile¹⁶. »

Pour faire face aux urgences, l'exercice solitaire est alors la règle, comme le montre l'exemple du Dr Morvezzen, médecin généraliste installé à Pont-Aven de 1922 à 1959 : « Étant peu nombreux tous les médecins du canton se connaissent, mais ne travaillent pas ensemble. Il n'y a pas d'accord particulier lorsque l'un ou l'autre s'absente, ou est malade. Chacun assure ses propres gardes ». Si bien que pour acquérir la confiance de ses patients et asseoir sa clientèle, le médecin se doit d'être disponible 24 heures sur 24 et assurer lui-même la continuité des soins. Car ce dévouement « classique à l'époque » est aussi une obligation. Certains l'apprendront à leurs dépens, comme ce jeune médecin parisien qui, à la fin de la carrière du Dr Morvezzen, « arrive [...] pour le remplacer ». Il ne fit « pas long feu, prenant souvent des vacances, souvent absent les dimanches. Les gens habitués à un médecin si disponible et tout le temps présent, s'en lassèrent vite ».

15. FILLAUT, Thierry, *La Construction de l'offre de soins dans le Centre-Ouest Bretagne au XX^e siècle. Aperçu historique*, CERHIO/UBS, 2007, 74 p. [Document réalisé dans le cadre du contrat PRIR Région Bretagne n° 1370].

16. Cité par LIGUINE, Laurent, *La Médecine générale dans les Côte-du-Nord pendant la Seconde Guerre mondiale*, thèse médecine Rennes, 1989, n° 70, p. 50-51.

Son successeur retint semble-t-il mieux la leçon : « Lui, resta de longues années, sachant se faire apprécier de la population par sa disponibilité et ses compétences¹⁷. »

La seule aide sur laquelle le médecin de campagne peut alors compter, c'est celle de son épouse. « C'est la femme, même sans diplôme, qui fait le bon médecin rural », n'hésite d'ailleurs pas à écrire le Dr Gamard dans *Le Concours médical* en 1963. Sans elle, il lui serait difficile de faire face tant il semble « admis une fois pour toute que le médecin de campagne ne peut rien faire d'autre que d'exercer sa profession comme s'il était perpétuellement de garde [...] »¹⁸. Bienheureux sont alors ceux dont la femme a une formation d'infirmière : « Elle donnait des conseils au téléphone, sans voir les gens, elle savait, elle sentait l'urgence; elle connaissait les gens, ceux qui s'affolent ou pas¹⁹. »

Aux lendemains de la Seconde Guerre mondiale toutefois, la pratique médicale dans les campagnes commence à se rapprocher de celle des villes. D'une part, l'essor de la médecine sociale (lutte contre la tuberculose, protection maternelle et infantile...) favorise un changement de regard des populations sur leur santé, notamment des plus jeunes. On ne peut en effet négliger l'impact des campagnes de prévention et des conseils de dépistage dans ces transformations, à l'instar de ceux donnés par diverses affiches sur la tuberculose et sur le cancer du début des années 1950 qui vantent les mérites d'un dépistage précoce et invitent tout un chacun « à consulter dès les premiers symptômes »; « Une toux, un amaigrissement, une fatigue, une poussée de fièvre qui persiste doivent vous inciter à consulter votre médecin²⁰. » Peu à peu, le réflexe d'appeler un médecin se généralise, notamment en cas d'urgence, par exemple à l'occasion d'accidents de la circulation : « Tous les témoins de l'accident ont le même geste, vite, un médecin²¹! »

D'autre part, la protection sociale de la population agricole s'étend. Ainsi, la parité entre salariés du régime agricole et du régime général sera-t-elle obtenue petit à petit avec, dès la fin 1948 « des avantages appréciables [...] en matière d'assurance maladie ». Quant aux non-salariés, ils bénéficient de l'assurance maladie-maternité des exploitants agricoles créée en 1961 (AMEXA), qui apporte « une véritable sécurité permettant aux agri-

17. TANGUY, Gwénaëlle, *Médecine rurale dans l'entre-deux-guerres, Dr Yves Morvezen, médecin de campagne à Pont-Aven*, thèse médecine Rennes, 1994, p. 77 et p. 113-114.

18. GAMARD, R., « Les femmes des médecins ruraux en France », *Le Concours médical*, 1963, p. 3491-3492.

19. Témoignage d'un médecin de campagne rapporté par HERZLICH, Claudine, « Représentations de la médecine et mémoire des médecins français », dans : *L'Exercice médical dans la société : hier, aujourd'hui, demain*, Masson, 1995, p. 109.

20. FILLAUT, Thierry, GARCON, Jack, MANSOTTE, François et MAUGER, Michel, *Quand la santé publique s'affiche*, éditions ENSP, 1995, p. 11-17.

21. « L'Omnipraticien rural face à l'accident de la voie publique », *Congrès régional de Guerlédan, Syndicat national des médecins français*, 15 septembre 1974. Témoignage du Dr Fresneau de Bourg-des-Comptes, p. 49.

culteurs de se soigner et d'adopter un comportement différent devant le risque maladie²² ».

Cette nouvelle demande va conduire à une augmentation de la consommation médicale avec comme conséquence une charge de travail plus lourde pour les médecins de campagne, aussi bien dans leur exercice quotidien que dans les demandes de soins non programmées. « Auparavant, explique par exemple le docteur Perreve, médecin de campagne ayant exercé de 1959 à 1970, les générations qui nous avaient précédés pratiquaient une médecine plus paisible. Il n'y avait alors aucun semblant de Sécurité sociale. En ces temps-là, les praticiens faisaient quatre visites par jour, cinq peut-être. Avec les réformes sociales, la situation se retourna brusquement, pour le bien des malades, pour le malheur des médecins de campagne qui n'étaient en aucune mesure préparés à l'assaut des patients. Aujourd'hui, depuis 1970, le métier a changé. L'hospitalisation n'est plus un drame, on y recourt beaucoup plus librement, comme il est devenu fort rare qu'on accouche à domicile. D'autre part, les confrères, moins bêtes que nous, se sont organisés en tours de garde, ce qui leur autorise quelque loisir²³. »

De fait, face à ces changements profonds de l'exercice de la médecine dans les campagnes mais aussi à de nouvelles attentes sociales des médecins, les premiers tours de garde se mirent en place en milieu rural à l'initiative de la profession elle-même. Ceci étant, comme dans les villes, l'organisation des gardes procède également d'un cadre juridique et déontologique qui régit de plus en plus l'activité quotidienne du médecin. En effet, par touches successives, une loi du 25 octobre 1941 qui crée le délit de non assistance à personne en péril, reprise par ordonnance le 25 juin 1945, puis l'instauration de l'obligation de garde par le Conseil national de l'Ordre des médecins en 1950, contraignent le corps médical à s'organiser pour répondre à toute demande urgente. Désormais, « le devoir déontologique du médecin est, compte tenu de son âge, de son état de santé et de son éventuelle spécialité, de participer à un service de garde lorsque l'organisation de ce service de garde est considérée, après décision du Conseil départemental de l'Ordre intéressé, comme nécessaire et possible²⁴ ».

La question des gardes, signe d'un malaise croissant de la médecine rurale ?

C'est donc à partir des années 1950 que les services de garde en médecine générale se développent en milieu rural. Souvent, c'est pour faire face à l'accroissement de leur charge de travail que les médecins généralistes

22. *La Mutualité sociale agricole*, Paris, Union des Caisses centrales de la Mutualité agricole, 2^e édition, 1984, p. 11-12.

23. PERREVE, Dr Paul, *La Burtle, un médecin de campagne en Haute-Ardèche*, Poitiers, Lattes, 1981, p. 222.

24. « De la permanence des soins médicaux », *Bulletin de l'Ordre des médecins*, décembre 1950, n° 1, p. 43-46.

commencent à se regrouper ou, tout au moins, à s'entendre, notamment au sujet de la question des remplacements et des gardes. Ainsi, revient à un médecin de Sablé-sur-Sarthe, le Dr Marçais « l'honneur d'avoir formulé les règles de la coopération substituée à la concurrence », moyen pour s'attaquer « à ce qui rend sans espoir la vie harassante de l'omnipraticien isolé dans son village²⁵ ». Car « pour vaincre l'isolement du médecin qui exerce en milieu rural, il y a d'abord l'entente cordiale entre deux médecins qui travaillent concurremment mais s'épaulent amicalement. On organise un tour de garde le dimanche, on se remplace aux vacances, et dans un cas grave on s'appelle en consultation ». C'est ce qui se passe au Huelgoat en 1962 où deux médecins de la localité décident finalement de s'associer selon un contrat préconisé par l'Ordre des médecins, et ceci, « pour pratiquer une meilleure médecine » en offrant entre autres « disponibilité plus grande du médecin pour "l'urgence" parce que "service de garde le dimanche" ou permanence en semaine n'est plus un cauchemar²⁶ ».

Au départ, les médecins organisent une astreinte dominicale qui va ensuite s'étendre aux nuits en semaine. Mais les tours de garde ne sont pas toujours aisés à mettre en place. Certains praticiens craignent qu'ils ne favorisent une concurrence sournoise. Et surtout, le système a du mal à se développer en raison du nombre beaucoup plus restreint de praticiens installés en campagne et de l'éloignement souvent non négligeable entre deux cabinets médicaux qui en résulte. Ainsi, est-ce principalement dans les communes de moins de 1 000 habitants que l'organisation des tours de garde fait le plus défaut²⁷.

Finalement, comme le montre une enquête réalisée en 1974 auprès de 200 médecins généralistes des quatre départements bretons, la mise en place des tours de garde se fait très progressivement et de façon très hétérogène selon les secteurs. La tendance la plus forte représente la garde débutant le samedi à 20 heures et se déroulant jusqu'au lundi matin 8 heures avec, dans quelques villes moyennes, une extension du service de garde du samedi midi au lundi matin, tandis qu'en milieu rural, il s'agit d'une garde assurée simplement le dimanche. La fréquence des gardes est également très variable : dans près de la moitié des cas, les médecins ont entre 1 à 10 gardes de dimanche par an et dans un tiers des cas, entre 10 et 22 gardes par an.

Or, à cette époque, rien ne semble s'opposer à l'essor des systèmes de garde. D'une part, le nombre de médecins est en progression constante. En 1958, la France comptait 97,1 médecins pour 100 000 habitants et en 1968, 119; ensuite, l'accélération est nette : en 1981, 197 médecins pour 100 000 habitants; en 1990, 262 médecins pour 100 000 habitants. Certes, les disparités géographiques, l'opposition entre villes et campagnes

25. GAMARD, R., « Les femmes des médecins ruraux », *op. cit.*, p. 3495.

26. VALLAUD, Yves, *Évolution de la médecine rurale dans le Finistère*, Thèse médecine Rennes, 1962, n° 251, p. 62.

27. TRÉAN, C., « Les gardes et les urgences, enquête réalisée auprès de 300 communes de la région Rhône-Alpes », *Le Concours médical*, 1978, vol. 100, n° 20, p. 3350-3352.

demeurent mais, même dans les zones rurales, la croissance est nette à partir des années 1970. Ainsi, entre 1976 et 2000, « sur les 73 communes de la Creuse, ayant eu, à un moment ou un autre, une présence médicale, 52 d'entre elles, soit les $\frac{3}{4}$, ont vu s'accroître leur densité de médecins²⁸ ».

D'autre part, de la fin des années 1970 à la fin des années 1990, l'aide médicale urgente se structure avec notamment la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 qui crée un comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires chargé de la coordination des soins d'urgence au sein du département. L'objectif est explicite : « Faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. » Et pour ce faire, une coopération entre le système hospitalier et la médecine libérale est officialisée au travers notamment de la participation des médecins libéraux aux centres de réception et de régulation des appels. En 1994, un rapport de l'inspection générale des affaires sociales sur l'évaluation des centres 15 soulignera les avantages de cette expérimentation avec des taux de satisfaction des malades de l'ordre de 80 à 90 %²⁹.

Cependant, ni l'augmentation de la médicalisation, ni la réglementation relative aux soins d'urgence, ne semblent résoudre les problèmes posés par la permanence des soins. La forte croissance des effectifs, qui faisait craindre une pléthore médicale dans les années 1980 et justifiait de limiter l'accès aux études de médecine, n'a pas eu pour corollaire une diminution de l'activité des médecins. « De fait, entre 1980 et 1993, dans la seule médecine libérale, le nombre des omnipraticiens a augmenté de 36 % » alors que « la population française, quant à elle ne s'est accrue que de 7 % » ; et pourtant, « l'activité des médecins, au lieu d'accuser une chute, a connu une remarquable expansion » puisque « durant cette période, le nombre annuel de visites et de consultations par omnipraticien s'est accru [...] de 6 %³⁰ ».

De même, la volonté de mieux organiser le système des gardes ne semble avoir eu qu'une influence limitée. Dans les années 1990, on constate en effet encore de très grandes disparités d'organisation comme le montre une étude réalisée de 1991 à 1994 dans le département de Vendée³¹. Cette étude qui porte sur cinquante systèmes de garde différents montre que certains services étaient parfaitement structurés avec un système de réponses d'appel centralisé par un numéro unique et un médecin de garde équipé d'un radiotéléphone transportable qui lui permet d'être en permanence joignable. D'autres, en revanche, fonctionnaient sans responsable ni

28. LÉVY, Danièle et ALLEMAND, Hélène, « L'évolution de la densité médicale dans les communes des départements ruraux depuis 60 ans », *Courrier des statistiques*, n° 116, décembre 2005, p. 8.

29. DELORME, J., « La participation de la médecine de ville à l'urgence », *Le Concours médical*, 1995, n° 10, p. 764.

30. Bui Dang Ha Doan, « Pénurie et sureffectif des médecins en France : un apport des projections démographiques », *Courrier des statistiques*, n° 116, décembre 2005, p. 3.

31. « Essai de rationalisation sur un département des systèmes de garde en médecine générale », *La revue du Praticien – Médecine générale*, tome 11, n° 371, 3/03/ 1997, p. 21-24.

liste officielle et ne possédaient pas de moyens de liaison. Enfin, certains médecins ne faisaient pas partie d'un système de garde, soit parce qu'ils n'y participaient pas, soit au contraire parce qu'ils étaient de garde toute l'année, nuits comprises. Signe s'il en est de ces disparités, la population par médecin de garde variait alors dans le département de la Vendée de 930 à 35 000 habitants, le nombre moyen d'actes par garde de 8 à 40 selon les secteurs, et le nombre de gardes par an et par médecin de 3 à 30. Autant dire que ces différences dans l'organisation des secteurs de garde pouvaient être à l'origine de confusion et d'erreurs pour les patients nécessitant des soins urgents en dehors des heures d'ouverture des cabinets.

Surtout, il semble que la demande ait évolué. De plus en plus de voix s'élèvent alors pour dénoncer l'augmentation des consultations abusives et les sollicitations de patients qui ont pris l'habitude de consulter le dimanche, les jours fériés et la nuit, comme lors des jours « normaux ». Certains affirment ainsi que « près de la moitié des appels urgents concernent des pathologies bénignes qui auraient pu attendre les heures ouvrables ou être traitées auparavant³² ». Et force est de reconnaître que ce comportement ne concerne pas seulement les grands centres urbains.

En Bourgogne par exemple, une recension faite par un médecin rural des appels qu'il avait reçus au long de quatre années de garde montre que moins de 20 % des appels concernaient des urgences vitales (53 sur 301) alors que plus du tiers d'entre eux (135 sur 301) étaient peu ou pas justifiés ; c'étaient des « appels demandés spontanément, comme allant de soi, prolongation d'arrêt de travail, avec une exigence naïve de soins, pour lesquels la permanence des soins autorise n'importe quelle demande³³ ». Pour autant, une proportion comparable d'appels (116 sur 301) était justifiée par la douleur ou pour une affection ayant un risque d'aggravation : en y répondant, le généraliste de garde libérait pour d'autres urgences plus vitales les moyens d'intervention plus outillés et plus onéreux. En outre, la présence d'un généraliste de garde est capitale car c'est souvent le seul acteur de proximité en milieu rural, notamment pour intervenir au domicile des personnes âgées ou dans les maisons de retraite pour des motifs variés, malaises et pertes de connaissances, chutes, accidents et plaies, difficultés respiratoires, douleurs abdominales et fièvre³⁴.

Il n'empêche. Les consultations abusives et les appels non justifiés focalisent l'amertume de praticiens qui ont l'impression que leur statut social se banalise, que leur travail n'est reconnu ni par la population, ni par les pouvoirs publics. Hier notables, les voilà « instrumentalisés » et réduits au rang de simples distributeurs de médicaments et de certificats, de « pres-

32. NICOT, Agnès et Philippe, « Peut-on répondre aux difficultés en garde en médecine générale ? », *Pratiques médicales et thérapeutiques*, n° 17, novembre 2001, p. 24-27.

33. MÉDARD, Jacques, « La garde de nuit d'un médecin de campagne », *La revue du praticien médecine générale*, tome 9, n° 308, p. 31-33.

34. HUMBERT, J. et HIDIER, J., « L'urgence au quotidien en médecine de famille », *La revue du praticien – Médecine générale*, 1999, tome 13, n° 465, p. 1152-1158.

cripteurs » corvéables à merci et à disposition permanente. Du moins, c'est là un sentiment de plus en plus partagé alors que l'activité est d'autant plus difficile à exercer qu'elle représente pour le médecin généraliste une importante surcharge de travail qui vient s'ajouter à une activité normale déjà forte quand la réduction du temps de travail est partout à l'ordre du jour. « On bosse comme des fous, au minimum douze heures par jour », raconte un médecin d'Indre-et-Loire, qui affirme ne jamais dîner avant 23 heures et se lever à 6 heures « pour finir la paperasserie de la veille ». « Comment s'étonner que les jeunes ne veuillent plus s'installer à la campagne ? On est sollicités en permanence³⁵. »

De fait, dans les zones rurales, la montée des inquiétudes est évidente en un temps où les clientèles se comportent davantage comme des consommateurs de soins et où les jeunes médecins aspirent à de nouvelles conditions d'existence. L'isolement et la contrainte d'assurer une continuité des soins retentissent d'autant plus sur le mode de vie des praticiens que les jeunes générations de médecins ont tendance à délaisser les zones rurales où le travail est jugé plus contraignant. Et non seulement les jeunes diplômés aspirent à une certaine qualité de vie, avec plus de temps libre pour leur famille et leurs loisirs, et privilégient alors le travail en milieu urbain mais pire encore, ces jeunes médecins redoutent l'activité de médecine générale, bien moins prestigieuse et moins attrayante qu'auparavant, et la délaissent au profit de l'exercice spécialisé.

Nul besoin d'insister pour deviner que les ingrédients d'une mobilisation importante étaient réunis en 2001-2002. Car, finalement, au seuil du XXI^e siècle, le médecin de campagne est devenu un médecin à la campagne. Il aspire aux mêmes modes de vie que ses confrères qui travaillent en ville (et de manière générale de n'importe quelle profession libérale) et, tout comme lui, il n'est qu'un maillon de la chaîne de soins, une chaîne de soins soumise davantage aux paradoxes d'une demande de plus en plus consumériste et d'une régulation étatique qui essaie par tous les moyens de maintenir un équilibre subtil entre le meilleur service possible à rendre à la population et la maîtrise des dépenses de santé omniprésente depuis le début des années 1980. Ceci étant, ce qui distingue le médecin rural de ses confrères urbains demeure aussi fort que ce qui les en rapproche. Un exercice plus solitaire, du fait d'un isolement géographique davantage prononcé, mais aussi une proximité sans doute plus grande avec sa patientèle du fait même de cet isolement relatif qui en fait le référent, ou l'un des seuls référents, sur un territoire donné, rendent à la fois plus familiale la pratique médicale mais aussi plus difficile la rupture avec la vision classique du médecin de famille qui consacre tout son temps, y compris privé, à ses malades. Dans ces conditions, on comprend que la garde soit devenue le symbole d'une exaspération croissante.

35. GARCIA, Alexandre, « Les médecins de famille reprennent les grèves et expriment leur lassitude », *Le Monde*, 6 janvier 2002.

RÉSUMÉ

En refusant symboliquement d'assurer les gardes de nuit et de week-end au cours des mouvements de grèves de l'automne 2001, les médecins de campagne voulaient attirer l'attention sur la dégradation de leurs conditions d'exercice. Au fil du temps, les contraintes liées aux gardes leur sont devenues davantage insupportables. A l'origine, les premiers systèmes de garde médicale sont apparus dans les villes à la fin du XIX^e siècle puis s'y sont développés après la Seconde Guerre mondiale avec l'essor des urgences. Dans les campagnes, la réalité était bien différente : moins nombreux, les médecins de famille assuraient les soins en continu et ils l'acceptaient. Avec l'augmentation de la demande de soins, ils ont eu plus de mal à satisfaire les besoins ; ils ont alors tenté de s'organiser (remplacements, tours de garde) mais avec plus de difficulté que dans les villes. De fait, les contradictions entre leurs obligations de service et leurs aspirations sociales n'ont fait que croître.

ABSTRACT

By symbolically refusing to assure the night and weekend services during strike actions of the autumn 2001, rural family physicians wanted to draw the attention to the degradation of their exercise's conditions. Over the time the constraints of this service became more unbearable to them. The first night medical services have emerged in cities in the late 19th Century and were developed after World War II with the rise of emergencies. In the countryside, the reality was very different: the number of family physicians was less important than in cities and they had to provide care without interruption. With the increase demand for care, they had more difficulty to satisfy the needs and they tried to organize themselves but the issues were greater than in the cities. De facto, contradictions between the service's obligations of the doctors and their social aspirations have grown.