



HAL
open science

Unité Pédagogique Décentralisée Territoriale alpine : analyse descriptive

Julien Ubertalli

► **To cite this version:**

Julien Ubertalli. Unité Pédagogique Décentralisée Territoriale alpine : analyse descriptive. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02363933

HAL Id: dumas-02363933

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02363933v1>

Submitted on 14 Nov 2019

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Unité Pédagogique Décentralisée Territoriale alpine : analyse descriptive

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 27 Juin 2019

Par Monsieur Julien UBERTALLI

Né le 18 janvier 1989 à Toulon (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SAMBUC Roland

Président

Monsieur le Professeur Associé FILIPPI Simon

Directeur

Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien

Assesseur

Monsieur le Docteur GILLE Alain-Philippe

Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

Unité Pédagogique Décentralisée Territoriale alpine : analyse descriptive

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 27 Juin 2019

Par Monsieur Julien UBERTALLI

Né le 18 janvier 1989 à Toulon (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SAMBUC Roland

Président

Monsieur le Professeur Associé FILIPPI Simon

Directeur

Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien

Assesseur

Monsieur le Docteur GILLE Alain-Philippe

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Asseseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
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
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

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	RUF0 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

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	VIALETTES 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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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

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 ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

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)

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

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

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

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

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
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)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET 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 DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

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

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)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (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)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

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

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

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

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 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)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 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)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

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)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

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

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

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

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

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)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)
 COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (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)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

*A mon Président de Jury, **Monsieur le Pr Roland SAMBUC**, vous me faites l'honneur d'assurer la présidence de mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre confiance et l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail. Veuillez recevoir à travers lui le témoignage de ma reconnaissance et mon respect.*

*A mon directeur, **Monsieur le Pr Simon FILIPPI**, pour m'avoir fait confiance en me proposant ce sujet. J'ai eu le privilège de bénéficier de votre enseignement et votre expérience. Je vous remercie pour votre soutien, votre investissement tout au long de mon parcours et pour m'avoir montré la voie en Médecine Générale dans sa grande diversité.*

***A Monsieur le Pr Sébastien ADNOT**, je vous remercie pour votre enseignement et l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Vous m'avez fait l'honneur de siéger parmi les membres du jury. Veuillez recevoir, l'expression de ma considération la plus respectueuse.*

***A Monsieur le Pr Alain-Philippe GILLE**, vous avez accepté d'être membre de mon jury et j'en suis très honoré. Je vous remercie pour votre disponibilité et espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.*

A mes parents, merci pour votre soutien sans faille, votre patience, votre écoute, votre amour et pour m'avoir poussé à réussir et surmonter les obstacles des bancs de l'école à aujourd'hui, en passant par les révisions de textes en P1. Vous avez placé la barre très haute! Je vous dédie cette thèse et espère que la fin de ce parcours vous rendra fiers.

A toi, mon dédou, mon baby et tout simplement mon amour. Je te remercie pour ton soutien et ta patience (particulièrement ces derniers temps). Tu sais m'écouter et me guider comme personne. Tu es devenue mon pilier au fil de ces années passées avec toi. Je suis heureux de notre chemin parcouru et j'ai hâte d'attaquer pleinement nos nouveaux projets. J'ai beaucoup grandi à tes côtés (et régressé aussi, souvent ☺). Je t'aime.

A ma famille, Tatie, Tonton, Mamie, Papi, Mamie Vovo, Nico, Mathieu, Lolo, Patricia, Tyffanie, Laurent, Emilie, Lucas, Flavien, Marie-Pierre et Alexandra, de près ou de loin vous m'avez toujours soutenu, fait de bons petits plats ou accueilli en vacances. Je ne vous vois pas autant que je le voudrais mais je vous aime.

A la famille MOUKARZEL-FARHAT, Amalle, Jean, Aurélie, Emilie, Rafiki, Bibi, Samir, Marie et Sabine, je vous remercie de m'avoir si gentilement accueilli et soutenu ces dernières années. Merci pour tous les bons moments passés et ceux à venir.

.....

A Hugo, merci mon frérot pour tous ces bons moments de complicité, ces souvenirs, ta générosité sans limite et ton accueil (avec Soso et tes parents). On m'avait dit au lycée, environ 2 heures avant que je te rencontre : « tu vas voir , tu vas bien t'entendre avec lui ». C'était peu dire et c'est loin d'être fini. Vivement novembre !

A Martin, ta générosité n'a pas d'égal. Depuis le lycée, aux vacances ski, de la P1, aux moments sur Marseille (d'ailleurs reviens à la maison STP), on a échangé, rit, traversé les épreuves et j'en passe. Merci pour tout, To be continued...

Aux amis toulonnais, Toto, Lolotte, Ju, merci pour ces moments de folie !

A Rémi, mon référent pendant ces études. Des écuries à l'IPEM, aux avis que je peux te demander maintenant en consultation, tu es là. Merci d'avoir été là quand j'en avais besoin. Je te souhaite tout le bonheur du monde dans ta nouvelle vie à trois.

A Brioche, tu es notre papa dans la médecine (nous souvent le tien en soirée), de près ou dans les îles tu veilles sur nous et je ne te remercierai jamais assez pour ça.

A JP, le plus médecin des dentistes ! Merci pour tous ces bons moments (ton canapé rouge s'en souvient) et le grain de folie que tu nous apportes à chaque fois.

A Julien, Ce rapprochement à Brignoles a été précieux et nécessaire. Je te remercie pour cela et pour me soutenir sur les parois de calcaire de temps à autre.

A Nico, le plus médecin des Analytics ! (enfin je crois que c'est ça maintenant 😊). Je te remercie pour ton aide très importante dans ce travail et pour notre multitude de discussion sur tout et rien où nous ne sommes pas souvent d'accord (surtout en politique :P) mais toujours ami.

A la famille Brantalou, Chris (best voisin ever), **Morgan et Clara, Julio, Simon** et bien sûr **Jey** le maléfique, très bon copilote de soirée quand on ne te perd pas en cours de route. Vous avez rendu ces années de fac juste folles ! **A Sarah** la tête de chat et les filles sans qui les cours d'externat n'auraient pas eu la même saveur.

A la Team néphro, Manon, Florence, Vincent, Bobot, Maité, Lucie merci de m'avoir accueilli dans votre tour de la conception et d'avoir rendu le CHU beaucoup plus doux.

A l'équipe Gapençaise, Mehdi, Amaelle, Val, Julie, Arthur, Anne-Laure et Guigui, Ju le gapois de souche, Paul et Greg (même si tu n'as passé que 2 WE avec nous), ces 6 premiers mois dans les montagnes étaient parfaits. 6 mois de belles rigolades, de pur bonheur dans les montagnes et de RDV Black Lions arrosés. Merci.

Et pour finir les 2 rencontres marquantes de cette fin d'internat, j'ai nommé **Thomas** (et sa future épouse, Juju) et **Poney** (et Emilie). Thomas, je vais avoir le temps de m'occuper de ta remise en forme, Poney, reviens nous vite et en pleine forme.

Sommaire

1. Introduction	2
1. La problématique de la démographie médicale	4
1.1. Etat des lieux : A l'échelle nationale	4
1.2. Etat des lieux : A l'échelle régionale et départementale	8
1.3. Mesures existantes pour lutter contre les déserts médicaux	16
2. Unité Pédagogique Territoriale Décentralisée	24
2.1. Territoire alpin (04-05)	24
2.2. Présentation de la notion d'Unité Pédagogique Territoriale Décentralisée (UPTD)	28
2.3. Unité pédagogique territoriale alpine : état des lieux	34
2.4. Exemple Haut-Alpin	42
3. Enquête d'opinion	46
3.1. Objectif de l'étude	46
3.2. Matériel et Méthode	46
3.3. Résultats	47
3.4. Discussion	59
4. Conclusion	63
5. Références	65
6. Annexes	67
7. Abréviations	68

1. Introduction

La question de la démographie médicale apparaît comme un enjeu majeur de santé publique. Le nombre de médecins généralistes sur le territoire ne cesse de diminuer et les projections à l'horizon 2025 prévoient une confirmation de cette tendance. La baisse des effectifs survient dans un contexte de répartition inégale des médecins sur le territoire alors que la demande de soins continue de croître (1). Les institutions proposent actuellement de nombreuses mesures (2), principalement financières, dans le but de motiver les jeunes médecins à s'installer dans les zones médicales sous-densifiées. Cependant ces mesures s'avèrent être actuellement inefficaces.

Les motivations à l'installation des médecins ont été examinées par diverses études. Pour la plupart, les critères d'ordre financier n'apparaissent pas comme une priorité. En effet, l'environnement professionnel (l'accès facile à d'autres professionnels de santé ou au laboratoire), les motivations personnelles (la qualité de vie, le temps libre) (3) et parfois même « l'opportunité » d'installation priment (4). Ceci pourrait expliquer en partie pourquoi les aides incitatives à l'installation ne parviennent pas à obtenir des résultats en matière de démographie médicale.

La médecine générale est le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment des caractéristiques de la personnes concernées (5). Les progrès perpétuels réalisés dans le domaine de la santé obligent les médecins généralistes à être formés et informés des dernières recommandations pour leur pratique professionnelle. En parallèle, le savoir, les connaissances, doivent être transmis aux générations médicales de demain, l'enseignement dispensé devant suivre la tendance évolutive afin de délivrer aux patients des soins de qualité et conformes aux dernières données de la science.

La formation médicale initiale à la faculté de Médecine de Marseille a fait l'objet de remaniements dans le but d'apporter aux étudiants en médecine les compétences fondamentales dans l'exercice de leur futur métier, et d'essayer de répondre aux problématiques de démographie médicale. Il s'agit de leur proposer une formation

proche de leur futur exercice, passant par une décentralisation de celle-ci. Les Unités Pédagogiques Territoriales Décentralisées ont alors été créées, comme c'est le cas sur le territoire alpin (Alpes-de-Haute-Provence 04 et Hautes-Alpes 05) afin d'accueillir, encadrer, former et accompagner les étudiants en médecine dans un cadre hospitalo-libéral.

Le but de cette thèse est de décrire l'unité pédagogique territoriale alpine, d'en faire l'état des lieux, et de proposer des solutions visant à l'améliorer par le biais d'un questionnaire sur le ressenti des internes sur l'enseignement décentralisé.

1. La problématique de la démographie médicale

Cette première partie rappelle la démographie médicale française en 2018 en se basant sur les données de l'Atlas National de Démographie Médicale de 2018 ainsi que sur ses projections. (1)

1.1. Etat des lieux : A l'échelle nationale

➤ Effectifs

Au 1^{er} janvier 2015, la France se situait, en densité de médecin, dans la moyenne des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), avec un ratio de 3,3 médecins pour 1000 habitants, contre 4,1 en Allemagne et 2,8 au Royaume-Uni.(6)

Au 1^{er} janvier 2018, le tableau de l'Ordre recense 296 755 médecins toute spécialité confondue ; soit une hausse de 2% par comparaison à l'année précédente.(1) Les effectifs de médecins inscrits au tableau de l'ordre enregistrent une croissance constante depuis près de quatre décennies. (7)

Tableau 4 : Évolution du nombre de médecins actifs et retraités entre 2010 et 2018 (valeurs absolues)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Actifs	213 995	215 028	216 017	216 450	216 145	216 142	215 865	215 531	215 539	215 583	215 941	217 107
Retraités	38 751	40 070	42 136	44 928	48 321	51 930	56 105	60 823	65 548	70 257	75 033	79 648
Total général	252 746	255 098	258 153	261 378	264 466	268 072	271 970	276 354	281 087	285 840	290 974	296 755

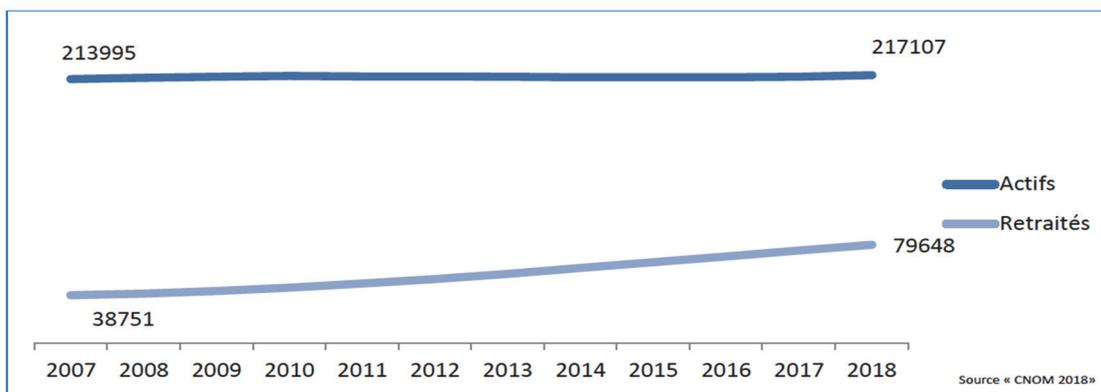
Source : CNOM, 2018

Auteur : BOUET P,

Cependant, il semble important de souligner que cette hausse se fait essentiellement depuis quelques années via l'augmentation du nombre de médecins retraités. En effet, depuis 2010, les médecins retraités, actifs ou non, enregistrent une hausse de 43,6%

de leurs effectifs tandis que le nombre de médecins en activité totale (hors médecins en cumul emploi-retraite), n'a augmenté, sur la même période, que de 0,3%.(1)

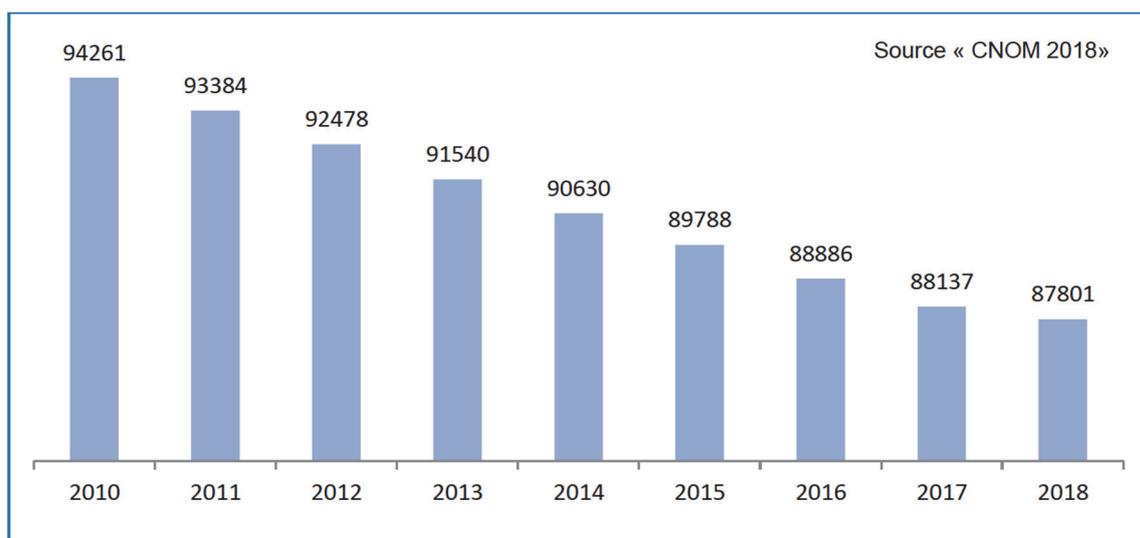
Figure 6 : Évolution du nombre de médecins actifs et retraités entre 2010 et 2018 (valeurs absolues)



Auteur : BOUET P.

En 2018, 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice) sont recensés ; soit une diminution de 7% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0.4% depuis 2017.(8)

Figure 10 : Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues)

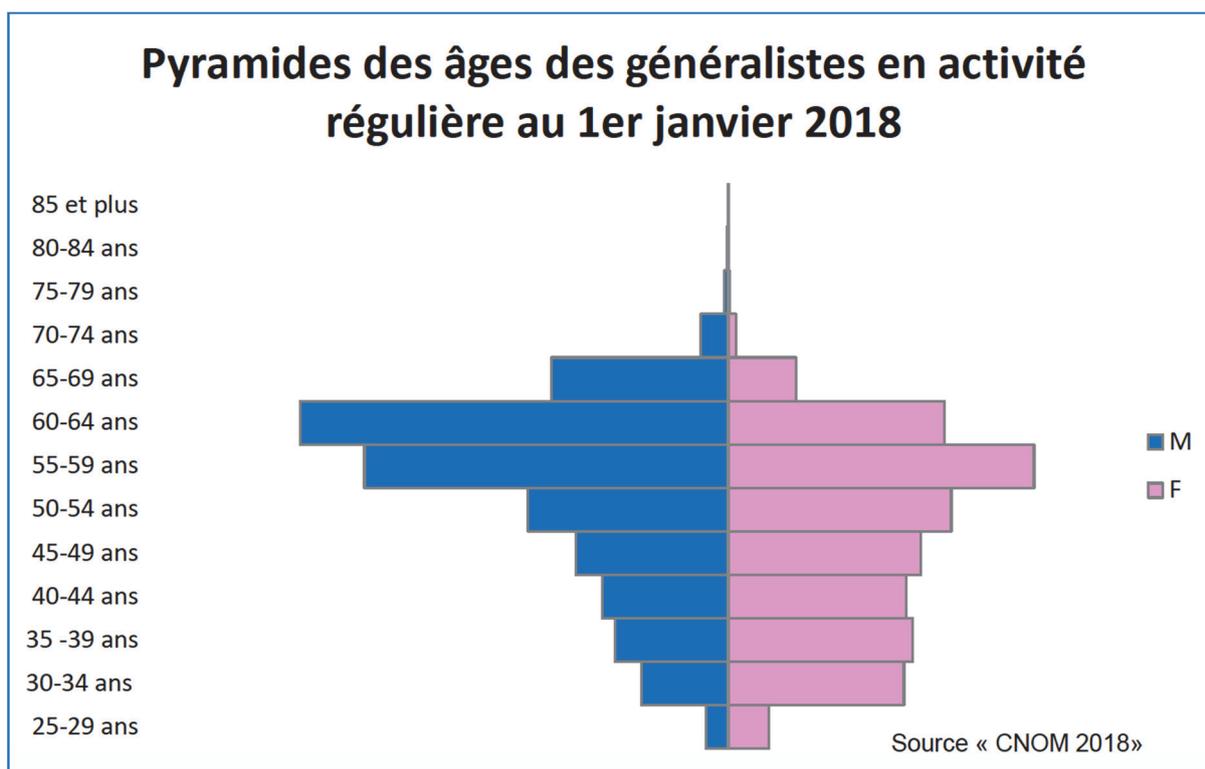


Auteur : BOUET P.

➤ Age

La pyramide des âges des généralistes en activité régulière confirme un vieillissement au sein des médecins généralistes mais qui ne se majore plus guère.

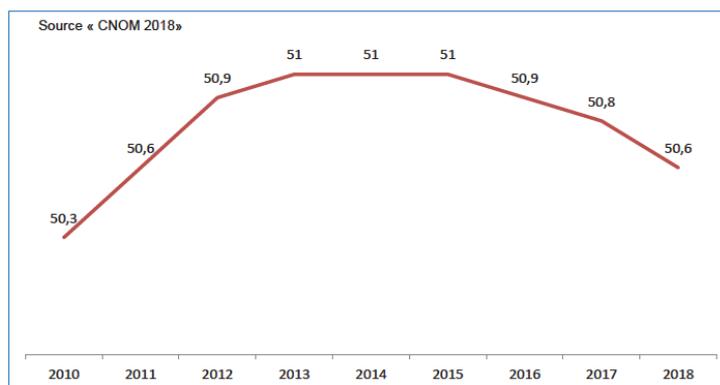
Figure 12 : Pyramides des âges des généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2018



Auteur : BOUET P, 2018

En effet, l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière n'a que peu varié entre 2010 (50,3 ans) et 2018 (50,6 ans).(1) L'âge moyen des médecins est élevé car les générations actuellement proches de la retraite sont issues des numeros clausus élevés des années 1970 (proches des niveaux actuels, autour de 8000), tandis que les générations suivantes ont connu des numeros clausus plus bas (inférieurs à 4000 dans les années 1990).(9)

Figure 13 : Age moyen des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2018

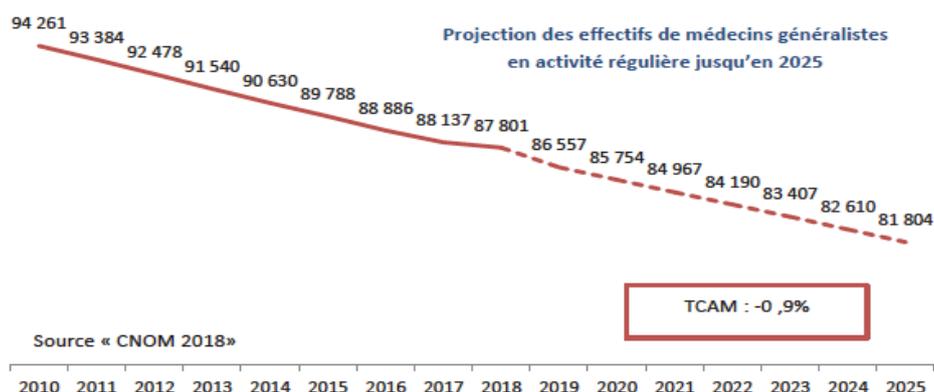


Auteur : BOUET P.

Nous observons une féminisation chez les jeunes médecins prépondérante en Médecine Générale (64% de femmes chez les < 40 ans contre 30% chez les 60 ans et plus). Entre 2010 et 2018, leur part augmente de 39,2% (2010) à 48,2% (2018).(1)

➤ Renouvellement de la profession

Nous assistons à une érosion continue des effectifs de Médecins Généralistes sur la période 2010 – 2018 et à un renouvellement de génération insuffisant avec un indice de renouvellement de 0,85 Médecins Généralistes.(8)



Auteur : BOUET P,

Les Médecins Généralistes en activité régulière devraient voir leurs effectifs baisser jusqu'à 81 804 médecins en 2025 contrairement aux médecins exerçant une autre spécialité.(8)

➤ Mode d'exercice

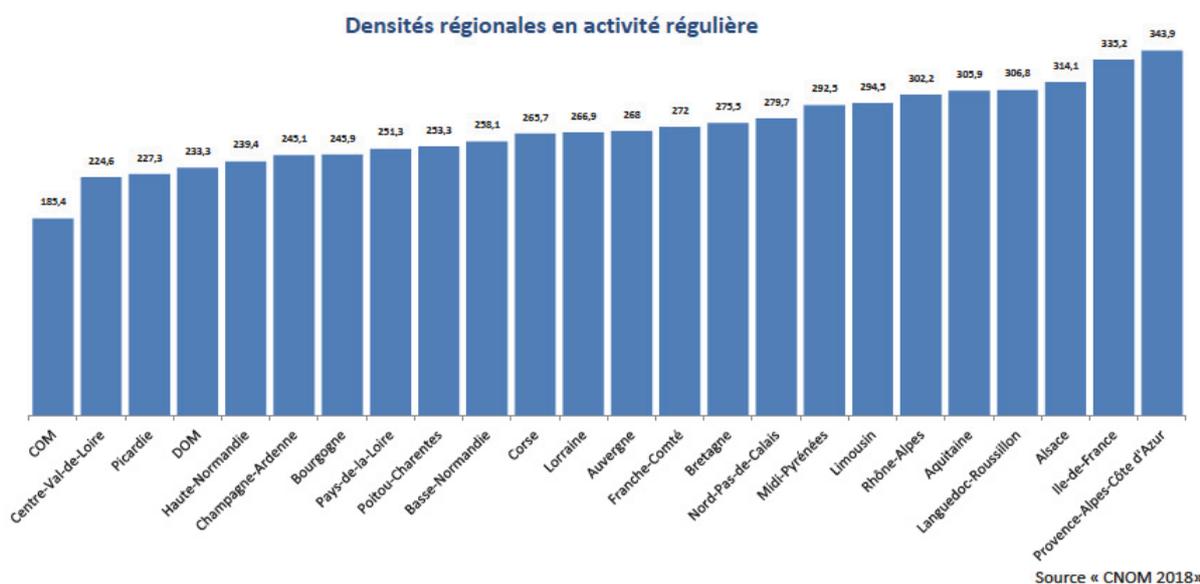
Depuis 2010, l'exercice libéral chez les médecins généralistes a tendance à reculer (- 3,5 points) au profit de l'exercice salarial (+ 4 points) pouvant ainsi questionner la disponibilité des ressources en offre de soins de premier recours. (1)

Cela reflète en partie la création des maisons de santé, mais malheureusement aussi le fait que certains médecins généralistes finissent par exercer une autre spécialité de la Médecine Générale.

1.2. Etat des lieux : A l'échelle régionale et départementale

➤ Effectifs

Au 1^{er} janvier 2018, la densité médicale régionale moyenne en métropole et DOM était de 270,3 médecins pour 100 000 habitants. La région PACA a la plus forte densité avec 343,9 médecins pour 100 000 habitants. (1)



Auteur : BOUET P.

En France, la densité départementale moyenne est de 126 médecins spécialisés en Médecine Générale, en activité régulière, pour 100.000 habitants.(1)

La région Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA) a une densité supérieure à la moyenne nationale de 155 médecins spécialisés en Médecine Générale, en activité régulière, pour 100.000 habitants.

Ces variations de densité régionale masquent des inégalités entre départements sensiblement plus forte. À l'échelle de la région PACA nous observons une stabilisation des effectifs de Médecins Généralistes en activité régulière de 2017 à 2018.

Variation 2017-2018 des effectifs de médecins généralistes en activité régulière

Guadeloupe	1,16
Martinique	0,00
Guyane	1,90
La Réunion	1,63
Mayotte	-3,60
Île-de-France	-1,31
Centre-Val de Loire	-0,84
Bourgogne et Franche-Comté	-1,06
Normandie	-1,78
Nord-Pas-de-Calais et Picardie	-1,22
Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine	-0,57
Pays de la Loire	0,31
Bretagne	0,47
Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes	-0,02
Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées	-0,07
Auvergne et Rhône-Alpes	0,51
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,17
Corse	-0,88



Source : CNOM, 2018

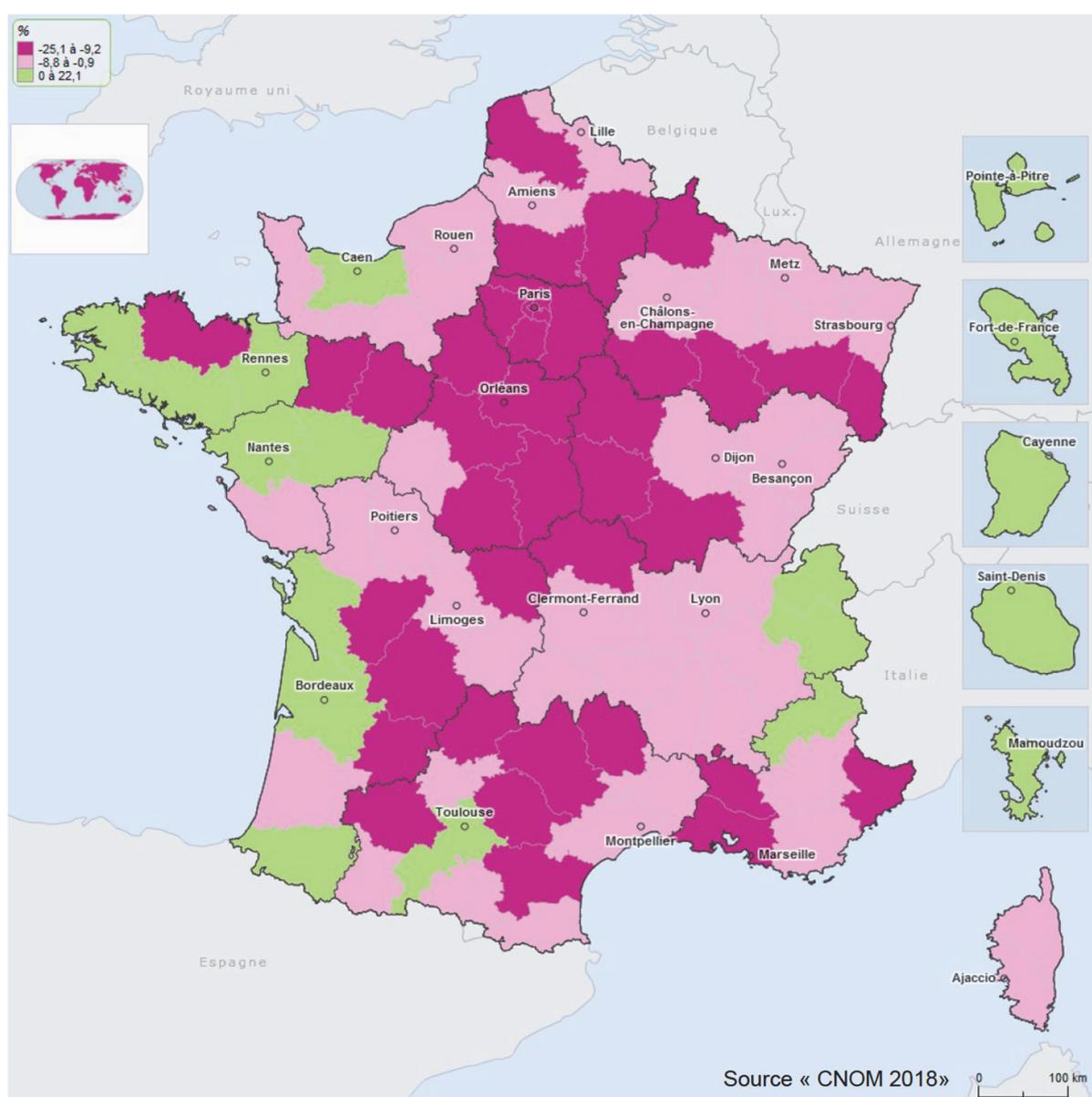
Auteur : BOUET P.

Au niveau départemental, nous observons des disparités en termes d'effectifs (+ 1,98% pour le 04 et +4,68% pour le 05) et de densité de Médecins Généralistes en activité régulière au sein de la région PACA sur la période 2017-2018. Nous remarquons une tendance à la baisse dans les départements hospitalo-universitaires ou près des littoraux connus pour leur attractivité et une hausse dans le système alpin.

➤ Variation sur la période 2010-2018

Sur la période 2010-2018, en PACA seul le département des Hautes-Alpes a gagné des effectifs de médecins généralistes en activité régulière. Nous constatons que le département universitaire des Bouches-du-Rhône enregistre une forte baisse.

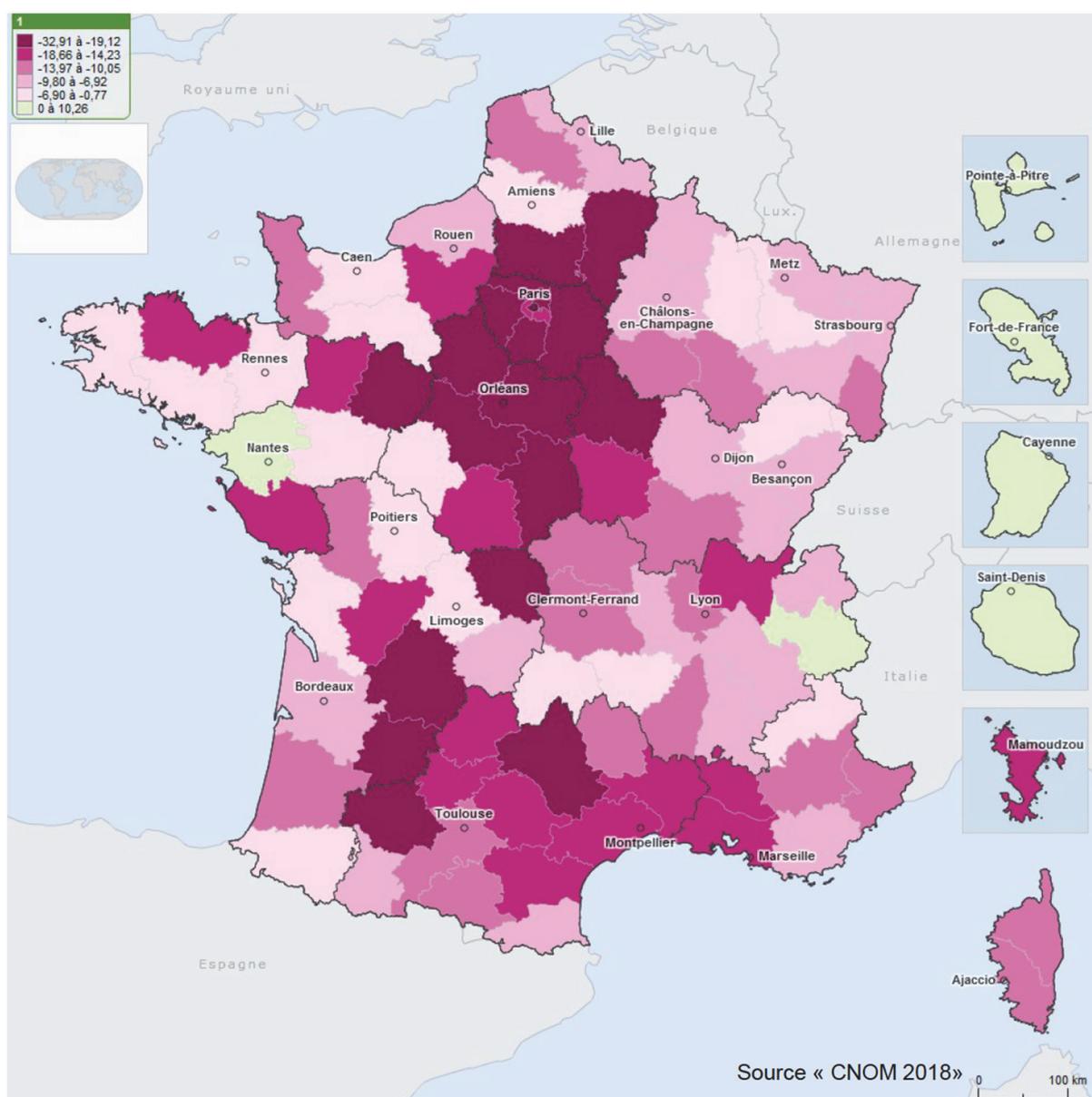
Carte 18 Variation 2010- 2018 des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (%)



Auteur : BOUET P.

Sur la même période, en termes de densité de médecins généralistes en activité régulière, tous les départements du territoire de la faculté de Médecine de Marseille accusent une variation à la baisse. Ces variations suivent la tendance nationale, qui semble toutefois moins marqué dans la département haut-alpin.

Carte 20 : Variation des densités départementales de médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2018(%)

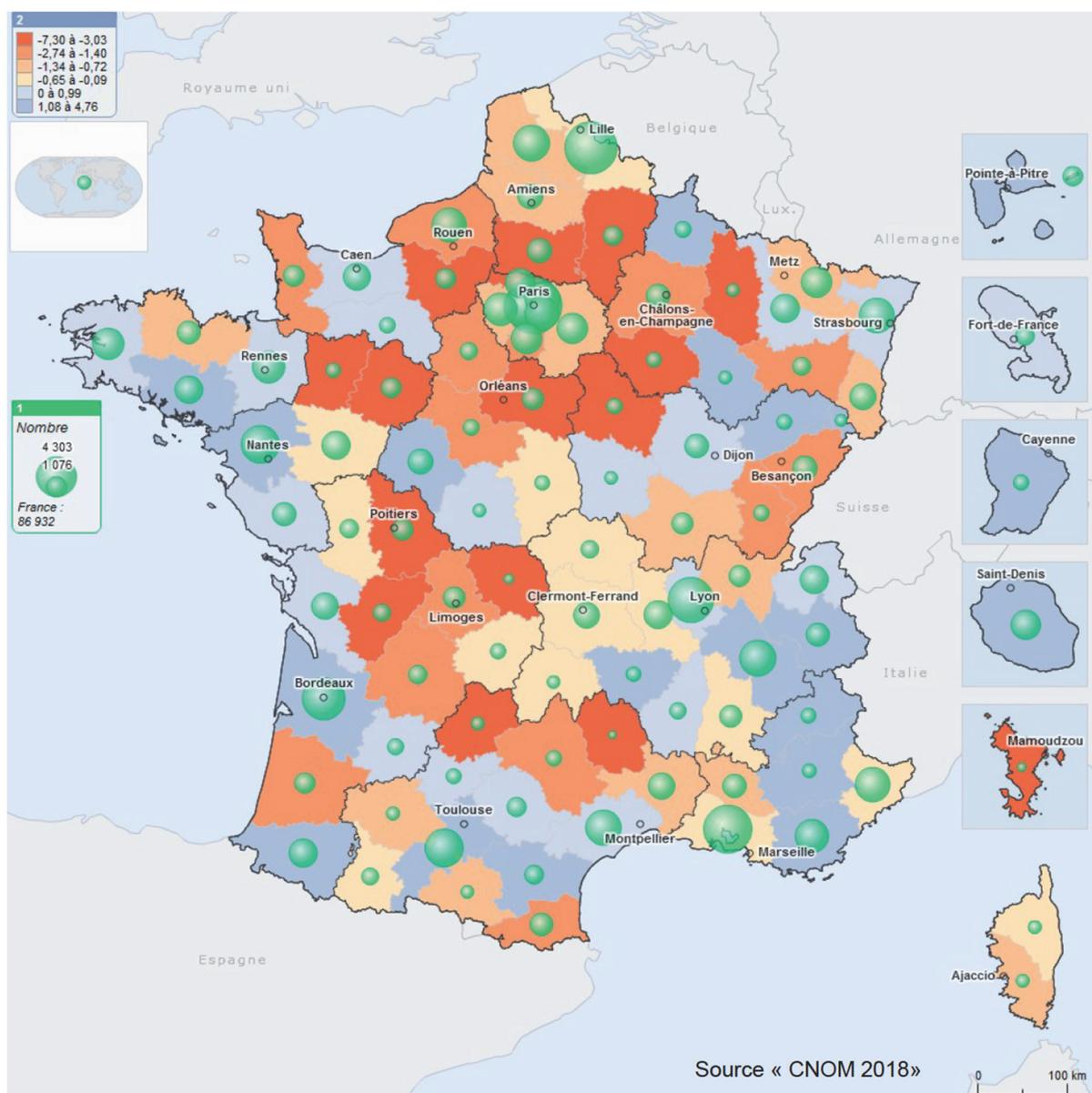


Auteur : BOUET P

➤ Variation sur la période 2017-2018

Sur la période 2017-2018, les deux départements alpins (04-05) enregistrent une hausse des effectifs de médecins généralistes, toujours à l'inverse du département des Bouches-du-Rhône.(8)

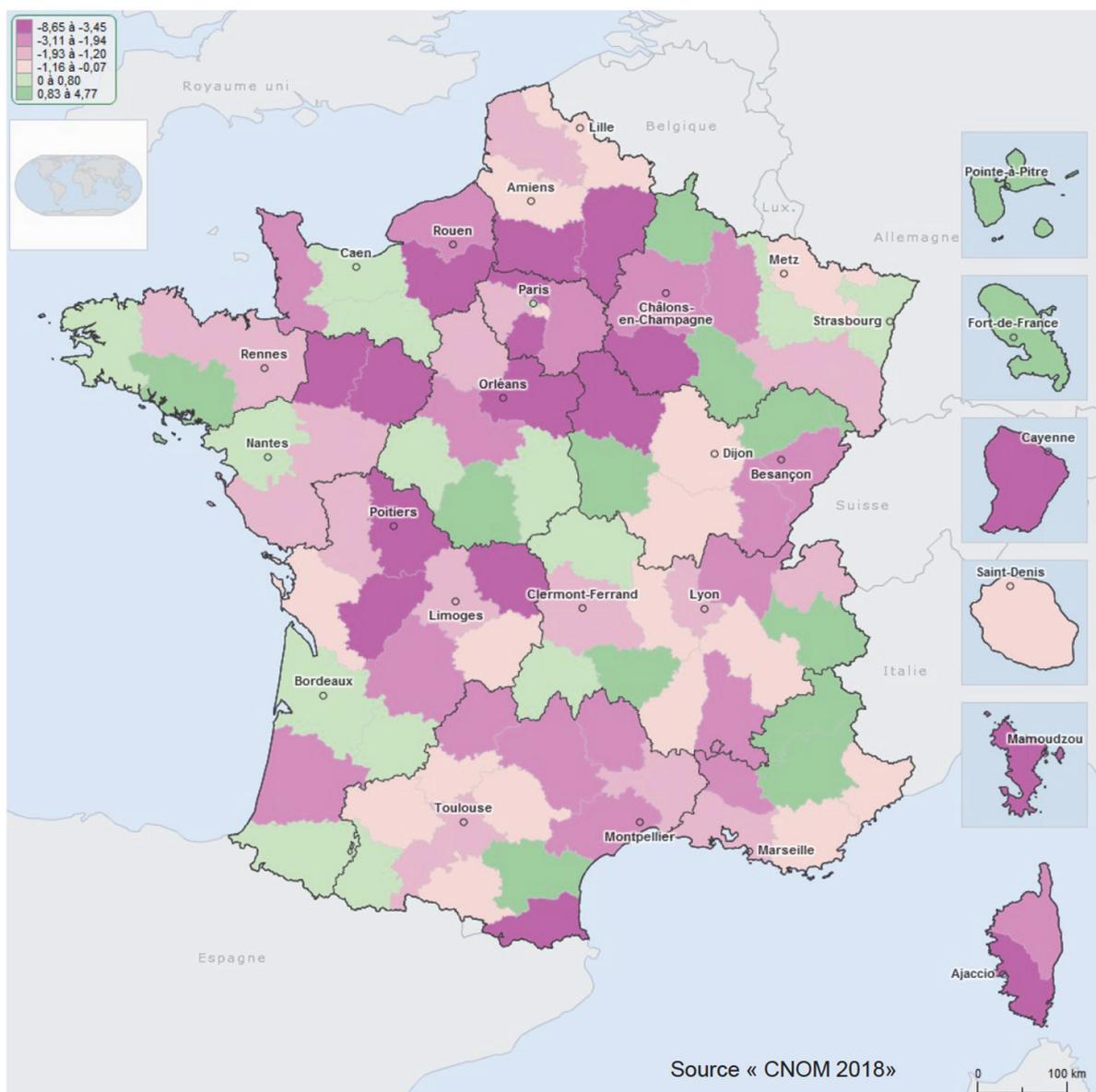
Carte 17 : Variation départementale 2017-2018 des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (%)



Auteur : BOUET P

Sur la même période, en termes de densité de médecins généralistes en activité régulière, les deux départements alpins (04-05) enregistrent une hausse, encore à l'inverse du département universitaire et même des autres départements du territoire de la faculté marseillaise.(8)

Carte 21 : Variation des densités départementales de médecins généralistes en activité régulière entre 2017 et 2018 (%)



Auteur : BOUET P.

➤ Détails des effectifs dans les départements alpins

Les départements alpins comptent 548 médecins généralistes en activité régulière dans le 05 et 405 dans le 04. Le département des Hautes-Alpes présente la plus faible proportion de praticiens libéraux de Médecine Générale en PACA, ce qui peut interroger sur l'accessibilité aux soins de premier recours dans le département.(10)

Région-Départements	Effectifs femmes	Effectifs hommes	Total général	% Lib	% Mixte
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3562	3984	7546	59%	7%
Alpes Maritimes	754	884	1638	61%	8%
Alpes-Hte-Provence	108	146	254	59%	8%
Bouches du Rhône	1564	1561	3125	59%	7%
Hautes-Alpes	157	143	300	48%	6%
Var	623	856	1479	64%	5%
Vaucluse	356	394	750	54%	9%

Source : CNOM, 2018

Auteur : BOUET P.

Tous les départements de la région PACA ont une densité de médecins spécialisés en Médecine Générale supérieure à la moyenne nationale. Le département Haut-Alpin se situe même en première position nationale concernant cet indicateur. (10)

DEPARTEMENT	DENSITE	PROP_MOINS_40_ANS	PROP_60_ANS_ET_PLUS
Alpes-Hte-Provence	152,4	9,1	30,3
Hautes-Alpes	205,4	24	24,3
Alpes Maritimes	149,2	19,7	27,7
Bouches du Rhône	152,8	20,8	25,3
Var	138,7	16,2	27,6
Vaucluse	131,7	15,9	27,2

Source : CNOM, 2018

Auteur : BOUET P.

On note que le département des Alpes-de-Haute-Provence concentre la plus forte proportion régionale de médecins généralistes en activité régulière ayant 60 ans ou plus et la plus faible proportion de médecins généralistes ayant moins de 40 ans. Ces

données soulèvent le problème du renouvellement de la profession dans le département. (10)

Le territoire alpin (04-05) présente donc des caractéristiques de démographie médicale encourageantes mais comporte aussi quelques faiblesses. Ces données sont également à mettre en balance avec les prévisions de démographie de la population sur territoire. Toutefois à l'échelle des bassins de vie, il existe de fortes disparités. (11)

Selon la définition de l'Institut National de la statistique et des Etudes Economiques (INSEE), un bassin de vie est « *le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Les services et équipements de la vie courante servant à définir les bassins de vie sont classés en 6 grands domaines : services aux particuliers, commerce, enseignement santé, sports, loisirs et culture, transports* ». La région PACA est composée de 124 bassins de vie.

Le vieillissement de la population générale et la baisse de la densité des médecins spécialistes en médecine générale pose la question primordiale de l'accessibilité aux soins de premier recours.

Tableau 13 : Indicateurs de positionnement et valeur de référence- Densités et effectifs de médecins généralistes en activité régulière

	Densité Valeur		Densité Variation		Effectifs Valeur		Effectifs Variation	
	Référence	Valeur	Référence	Valeur	Référence	Valeur	Référence	Valeur
Max	Hautes Alpes	205,40	Territoire de Belfort	4,77	Paris	4303,00	Territoire de Belfort	4,76
Min	Seine et Marne	88,40	Yonne	-8,65%	Lozère	89,00	Creuse	-7,30

	Densité Valeur	Densité variation	Effectifs Valeur	Effectifs Variation
médiane	126,90	-0,01	627,00	-0.56
moyenne	126.03	-0,01	860.71	-0.71

Source : CNOM, 2018
Auteur : BOUET P.

1.3. Mesures existantes pour lutter contre les déserts médicaux

Dans un contexte de baisse générale de la démographie en zone rurale ainsi que des services dans ces zones, la perte du service médicale est celle qui est la plus difficile à concevoir pour la population.

Après la réalisation d'une cartographie par chaque Agence Régionale de Santé (ARS), des zones dont l'offre de soins est insuffisante ou dont l'accès aux soins est difficile (Zone d'Intervention Prioritaire ZIP, d'Action Complémentaire ZAC et de Vigilance ZV) ont été identifiées et plusieurs réponses administratives ont été mises en place.

A. Les Aides financières

➤ La convention médicale de l'Assurance maladie (12)

Elle comporte depuis plusieurs années des dispositifs incitatifs à l'installation et/ou au maintien des médecins dans les zones en tension en offre de soins.

La convention médicale de 2016 a apporté de nouvelles mesures au regard des résultats obtenus. Voici un rappel de ces quatre contrats types nationaux.

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

Le CAIM apporte une aide forfaitaire de 50 000 euros aux médecins dès leur installation en libérale dans une Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) pour aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité.

La durée du contrat est de 5 ans, période durant laquelle le praticien s'engage à exercer dans la zone à compter de la date d'adhésion.

Le médecin doit en contrepartie exercer en secteur 1 ou secteur 2 (OPTAM ou OPTAM-CO), avoir une activité minimum de 2,5 jours par semaine et exercer au sein d'un groupe (médecins, pluri-professionnel, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), ou une équipe de soins primaires (ESP)).

Il participe également à la permanence de soins.

- Le contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM)

Le COSCOM cible les médecins installés en ZIP en leur attribuant une aide forfaitaire de 5000 euros par an (et une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un stagiaire) pour les inciter à maintenir leur activité dans ces territoires.

La durée du contrat est de 3 ans, renouvelable par tacite reconduction.

Le médecin doit en contrepartie exercer une activité libérale conventionnée (en secteur 1 ou 2) sur la zone, et exercer au sein d'un groupe (ou une CPTS/ESP).

- Le Contrat de Transition pour les Médecins (COTRAM)

Le COTRAM attribue une aide à l'activité (10% des honoraires tirés l'activité conventionnée dans la limite de 20 000 euros par an) aux médecins âgés de 60 ans et plus exerçant en ZIP, préparant leur cessation d'activité et prêt à accompagner pendant cette période un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

La durée du contrat est de 3 ans, renouvelable pour une durée maximale de 3 ans, dans la limite de la date de cessation d'activité du médecin adhérent.

Le médecin doit en contrepartie exercer une activité libérale conventionnée, et accueillir au sein du cabinet un médecin âgé de moins de 50 ans qui s'installe ou qui est installé depuis moins d'un an dans la zone, et qui exerce en libéral conventionné.

- Le Contrat Solidarité Territoriale Médecin (CSTM)

Le CSTM accorde une aide à l'activité (25% des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans le cadre du contrat au sein des ZIP dans la limite de 50 000 euros par an) aux médecins n'exerçant pas en ZIP mais prêts à consacrer une partie de leur activité pour apporter leur aide à leurs confrères exerçant en ZIP.

La durée du contrat est de 3 ans, renouvelable par tacite reconduction.

Le médecin doit en contrepartie exercer une activité libérale conventionnée, et s'engager à réaliser une partie de son activité pendant au minimum 10 jours par an dans une ou plusieurs ZIP.

A noter que CAIM, COSCOM, COTRAM et CSTM ne sont pas cumulables. Les contrats sont tripartites avec la caisse d'assurance maladie et l'ARS.

➤ **Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)**

Il s'adresse aux étudiants en médecine de la deuxième année des études médicales à la dernière année d'internat et est destiné à promouvoir, par une bourse contractuelle, l'installation en zone déficitaire. Le nombre total de CESP proposé sur le territoire français est déterminé annuellement par arrêté ministériel. Une commission de sélection au sein de chaque Faculté de Médecine permet d'étudier chacune des candidatures et de les classer entre elles, notamment en fonction du projet professionnel et des résultats universitaires.

Une allocation mensuelle, de 1200 euros, est attribuée jusqu'à la fin de leurs études, en contrepartie d'un engagement à exercer dans une ZIP ou une ZAC. La durée de l'engagement correspond à la durée où l'étudiant a perçu l'allocation, avec un minimum de deux ans.

➤ **Les Praticiens Territoriaux (2)**

Le pacte territoire santé créé en 2012 par le ministère des Affaires Sociales et de la Santé et complété en 2015 propose des initiatives pour soutenir et accompagner les médecins. Ce sont des contrats signés entre les médecins et l'ARS, dont voici le rappel.

- Le Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)

Le PTMG bénéficie d'un revenu minimum garanti (6900 € brut pour un temps complet et 3450 € pour un temps partiel) et d'un **dispositif avantageux en matière de protection sociale (maladie, maternité)** afin sécuriser les premiers mois de son installation.

La durée du contrat est de 1 an, renouvelable une fois.

Le médecin doit en contrepartie être en primo-installation ou installé depuis moins d'un an, en ZIP ou en ZAC et exercer une activité libérale comprenant au minimum 165 consultations mensuelles au tarif opposable ou 83 consultations à temps partiel, sur un ou plusieurs sites.

- Le Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA)

Ce contrat s'inscrit dans le sillage du dispositif PTMG.

Le PTMA peut obtenir une rémunération forfaitaire complémentaire après 3 mois d'activité et à la condition qu'il ait réalisé au minimum 165 consultations au cours d'un de ces trois mois pour une activité de 9 demi-journées par semaine ou plus.

La durée du contrat est de 3 ans, renouvelable une fois.

Le médecin doit en contrepartie exercer en secteur 1 ou être adhérent au contrat d'accès aux soins, être installés dans des territoires manquant de professionnels au 01 janvier 2015 ou non installés et non lié par un contrat PTMG.

Il s'engage à exercer dans un territoire caractérisé comme fragile, à respecter les tarifs opposables ou, s'il y est autorisé, à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, en limitant ses dépassements d'honoraires.

- Le Praticien Isolé à Activité Saisonnière (PIAS)

Le PIAS bénéficie d'une rémunération complémentaire versée au titre du contrat qui est composée d'une aide à l'investissement et d'une aide à l'activité. Cette rémunération est calculée au titre de chaque année civile. Elle est versée une fois par an.

- Aide à l'investissement : montant forfaitaire annuel de 2500 euros par an,
- Aide à l'activité : montant forfaitaire correspondant à 5% des revenus annuels des activités de soins, plafonné à 5000 € par an.

La durée du contrat est de 3 ans minimum renouvelable par tacite reconduction pour la même période.

Le médecin doit en contrepartie être installé en cabinet libéral ou être médecin collaborateur libéral, dans une zone reconnue comme fragile par l'ARS caractérisée

par un éloignement de plus de 30 min d'un service d'urgence et ayant une densité de population inférieure à 100 habitants/km². Il est tenu d'exercer exclusivement et toute l'année sur les territoires définis. Il doit être conventionné respectant les tarifs opposables, ayant pendant 6 mois de l'année (non obligatoirement consécutif) une rémunération 25% supérieure aux 6 mois restant de la période annuelle.

Le montant honoraire annuel doit être inférieur au montant régional moyen d'honoraire annuel sans dépassement : 130 383€.

- Le Praticien Territorial de Médecin Remplaçant (PTMR)

Le contrat de PTMR octroie le versement d'une rémunération forfaitaire destinée à compenser les périodes d'interruption d'activité d'un montant de 5000 euros pour le temps plein (2500 euros à temps partiel) au praticien remplaçant exerçant en ZIP ou en ZAC.

La durée du contrat est de 1 an, renouvelable tacitement pour une durée maximale de 6 ans.

Le médecin doit en contrepartie être autorisé à effectuer des remplacements en tant qu'interne ou avoir soutenu sa thèse de médecine depuis moins de 3 ans à la date de signature ou de renouvellement du contrat.

➤ **Les Aides Fiscales (13)**

- L'exonération de la Cotisation Foncière des Entreprises (CFE)

Une exonération de la CFE peut être accordée à tous les médecins qui exercent leur activité à titre libéral et qui s'établissent ou se regroupent dans une commune de moins de 2 000 habitants (ou située dans une Zone de revitalisation Rurale).

- L'exonération de l'Impôt sur le Revenu (IR)

Il en existe deux types :

- Au titre de la Permanence de Soins Ambulatoire (PDSA), les médecins effecteurs ou régulateurs, en zone déficitaire sont exonérés d'IR à hauteur de 60 gardes par an.

-Lors d'une nouvelle installation en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) ou en Zone Franche Urbaine (ZFU), le médecin bénéficie d'une exonération IR plafonnée, temporaire et dégressive dans le temps.

➤ **L'aide Sociale**

Un médecin, installé à titre libéral en ZRR ou ZFU, peut bénéficier d'une exonération d'une partie des cotisations sociales pendant 1 an s'il embauche un salarié.

➤ **Les Collectivités Territoriales**

Dans l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, ces dernières peuvent mettre à disposition des aides de nature diverse pour les médecins exerçant en ZIP ou en ZAC.

Ces aides consistent dans la prise en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins, la mise à disposition de locaux destinés à cette activité ou d'un logement, le versement d'une prime d'installation ou aux professionnels exerçant à titre libéral, d'une prime d'exercice forfaitaire.

➤ **La Dotation d'Equipeement des Territoires Ruraux (DETR)**

Les collectivités éligibles, en milieu rurale, peuvent se voir attribuer une subvention d'Etat visant à soutenir la réalisation de projet dans le domaine social ou favorisant le développement ou le maintien des services publics.

Cependant, cet attirail administratif apparaît comme un méli-mélo pour les médecins qui ne connaissent pas ces dispositifs. Les internes connaissant au mieux le CESP dont les limites ont été décriées à plusieurs reprises récemment. Par exemple, dans le cadre du CESP, certains internes avaient construit un projet professionnel sur une zone depuis plusieurs mois ou années. Au moment de l'installation, la zone avait changé de classification sans que l'interne en soit informé, ce dernier devant changer complètement de projet professionnel. Ces incidents se sont soldés pour la plupart par une rupture du CESP

B. Les Aides non financières

➤ **Les Portails d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS)**

Le PAPS est un service d'information de proximité, via internet, ayant pour but d'orienter les étudiants, internes, médicaux et paramédicaux et de les aider dans leur projet d'installation.

L'objectif est de fluidifier et concentrer l'information. Chaque ARS dispose d'un PAPS.

➤ **Les Référents installation**

Ces postes ont été créés lors du Pacte Territoire Santé de 2012. Sur chaque PAPS, il y a la liste des référents installation. Ces personnes-ressources assurent une interface avec les acteurs institutionnels départementaux ou régionaux, informent et orientent les professionnels de santé ou les étudiants dans leur projet d'exercice.

➤ **Le statut de Collaborateur Libéral**

Ce statut permet à un jeune médecin d'exercer, sous contrat, dans le cabinet d'un confrère, sans lien de subordination avec celui-ci et de constituer sa propre patientèle. Il perçoit des honoraires et verse une redevance au titulaire du cabinet.

Une collaboration libérale qui fonctionne permet plus facilement une association avec le titulaire ou peut être un moyen de transmission d'activité pour un médecin qui part à la retraite.

➤ **Le Cabinet Secondaire**

Dans l'article L. 4112-1 du code de la santé publique, un médecin ne peut exercer que sur son lieu de résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit sur le tableau du conseil départemental.

Cependant, dans l'intérêt de la population, il a été rendu possible d'exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence de l'offre de soins.

➤ **Les médecins à exercice partagé**

Le plan gouvernemental « Ma Santé 2022 » a prévu l'ouverture de 200 postes de médecin à exercice partagé entre l'hôpital et la ville sur les territoires prioritaires. Ces médecins pourront prétendre au CAIM ou au PTMG.

➤ **Le médecin adjoint**

Pour faire face à un fort afflux touristique ou en cas d'épidémie, un interne peut venir renforcer un médecin installé de façon temporaire.

➤ **Le Moratoire à l'installation**

Ce dispositif permet d'aider les médecins nouvellement installés à développer leur patientèle en ôtant le frein financier pour les patients qui ont recours à ces médecins. La majoration de participation financière appliquée aux patients de plus de 16 ans qui consultent un médecin autre que leur médecin traitant ou qui n'ont pas déclaré de médecin traitant n'est pas due s'ils consultent un médecin généraliste installé depuis moins de 5 ans.

➤ **Le plan d'accès aux soins (14) (15)**

Le plan du gouvernement pour renforcer l'accès territorial aux soins a été présenté en 2017 par le Premier Ministre, Edouard Philippe et la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn.

Il vise notamment à répondre à l'aspiration des jeunes médecins qui souhaitent travailler davantage en équipe et recherchent un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle en favorisant le développement des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), des Centres de santé (CDS) ou les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Il doit également permettre une meilleure articulation entre la médecine de ville et l'hôpital.

2. Unité Pédagogique Territoriale Décentralisée

2.1. Territoire alpin (04-05)

Pour mieux comprendre la notion d'unité pédagogique territoriale décentralisée précisons quelques points géographiques et démographiques du Territoire Alpin.

➤ Géographie

Le territoire alpin est vaste. Avec une superficie de 12 474 kilomètres carrés, il représente 39,7% de la surface régionale. (16) (17) Il se situe au Nord de la région Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA) et se compose de deux départements, les Alpes-de-Haute-Provence (04) et les Hautes-Alpes (05). C'est un territoire faiblement peuplé, à dominante rural, boisé et montagneux.

Manosque et Gap sont les aires urbaines essentielles. Les autres villes principales sont :

- Digne-les-Bains
- Sisteron
- Laragne-Montéglin
- Embrun
- Briançon

Ce territoire est globalement bien équipé (services aux particuliers, commerces, enseignement, transports, loisirs ...) mais les temps d'accès sont élevés dans certains endroits du territoire, notamment aux extrémités du département des Hautes-Alpes et dans les zones de montagne des Alpes-de-Haute-Provence. Les deux départements se placent sur le podium quant aux nombres d'équipement, cependant le niveau d'équipement en service de santé des Alpes-de-Haute-Provence est inférieur à celui de la moyenne régionale.



Carte des Alpes de Haute-Provence



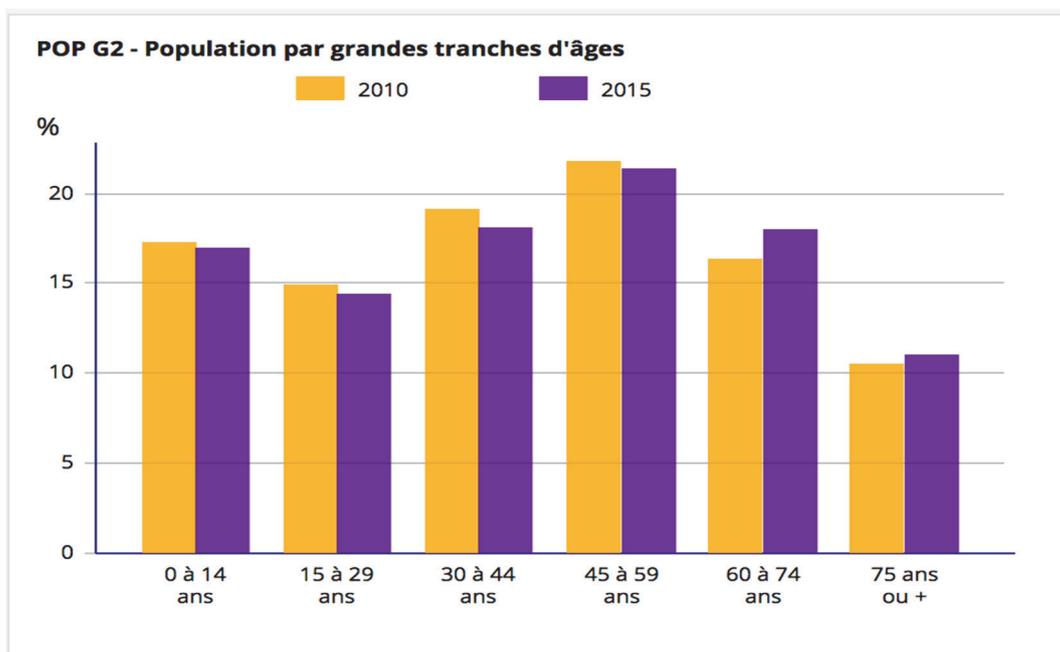
Carte des Hautes-Alpes

➤ Population

Le territoire alpin regroupait 303 164 habitants au 1^{er} janvier 2018 ; soit à peine 6% de la population régionale. Les deux départements les moins peuplés de la région PACA comptent 161 588 habitants pour les Alpes-de-Haute-Provence et 141 756 habitants pour les Hautes-Alpes (16) (17), répartis sur 377 communes mais concentrés sur les villes de Gap, Manosque, Briançon, Digne-les-Bains et le long de la vallée de la Durance.

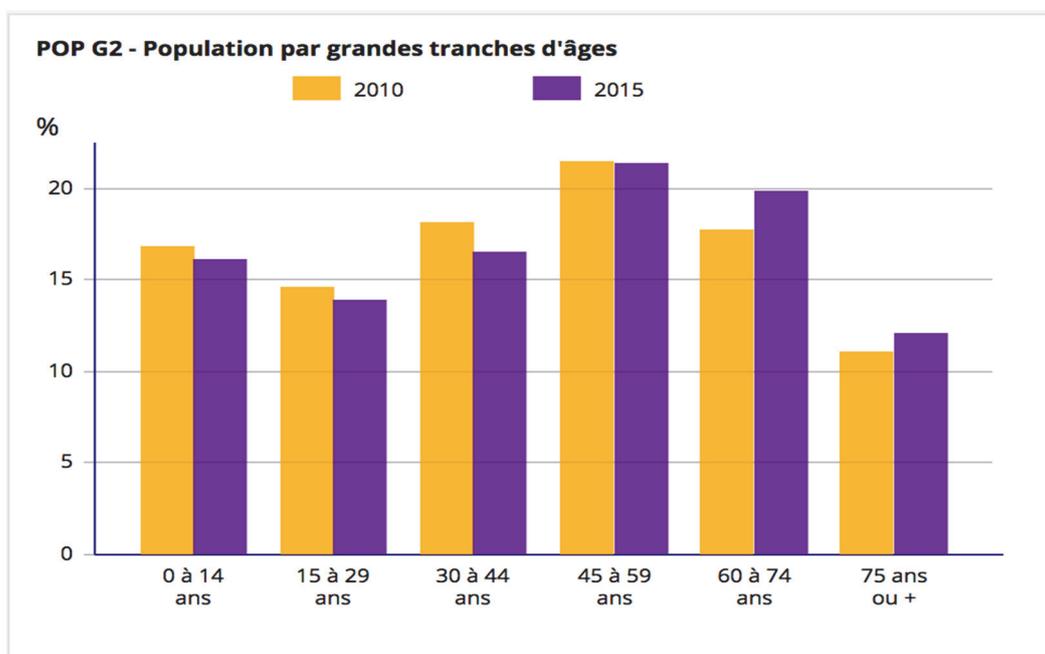
Si les récentes tendances démographiques se maintiennent, la région PACA devrait enregistrer un accroissement de sa population annuelle d'ici 2030 (18). La croissance démographique apparaît très variable d'un territoire à l'autre, et celle des territoires alpins semble la plus forte à l'échelle régionale. Avec le vieillissement des générations du baby-boom (personnes nées entre 1945 et 1975), le nombre de séniors augmenterait très fortement d'ici 2030 en PACA (+35%). Aussi, la progression du « quatrième âge » serait encore plus importante. Un habitant sur six aurait 75 ans ou plus dans le territoire alpin dès 2030.(18)

La répartition par tranche d'âges donne un aperçu de la demande de soins. Plus une population est âgée, plus elle aura recours au système de soins. Nous observons un accroissement de la population de 60 ans et plus sur le territoire alpin depuis quelques années.



Structure de la population des Hautes-Alpes par tranche d'âges

Source : INSEE 2019



Structure de la population des Alpes-de-Haute-Provence par tranche d'âges

Source : INSEE 2019

2.2. Présentation de la notion d'Unité Pédagogique Territoriale Décentralisée (UPTD)

A. Définition

Pour définir la notion d'UPTD il est indispensable de revenir sur la chronologie de sa genèse.

- En 2008, afin de mieux faire connaître ces zones sous-densifiées, le collège méditerranéen des Généralistes Maîtres de Stage a obtenu la mise en place du fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), une aide financière pour les internes en maîtrise de stage et en SASPAS dans les départements des Alpes-de-Haute-Provence (04) et des Hautes-Alpes (05). Ce dispositif appelé « Maitrise de stage en zones éloignées », avait plusieurs intérêts :

- Pour les internes en médecine générale, il s'agit de leur apporter une formation de qualité auprès de Médecins Maitres de Stage ayant souvent une activité plus complète et plus diversifiée
- Pour les Médecins ayant leur activité dans ces zones éloignées, cela leur permet de transmettre leurs connaissances et leur expertise dans le cadre d'une activité d'enseignement, de rencontrer la nouvelle génération de médecins généralistes et leur ouvrir des possibilités d'exercer dans ces zones (intérêt de trouver un remplaçant, associé)
- Pour la santé publique et les décideurs : une des réponses à la problématique de la démographie médicale et la désertification.

Cette aide financière a été mise en place initialement pour une durée de trois ans, soit jusqu'en 2011, à raison de 3000 euros par interne et par stage. (19)

- Par la suite, il a également été mis en évidence dans différents travaux de thèse qu'une installation future pouvait être favorisée par le passage en stage au cours de l'internat dans une zone donnée :

- Benezech L. démontre que ce lien existe et ce indépendamment du fait que les médecins soient originaires ou non du département. (20)
- Baret M. précise qu'effectuer particulièrement sa maîtrise de stage dans le 04-05 augmente de manière significative les projets d'installation dans les lieux concernés. (21)
- À partir de 2013, c'est dans ce contexte que la faculté de Médecine de Marseille décide de développer la notion **d'Unité Pédagogique Territoriale Décentralisée** en mettant en place des bassins de formation sur la région. Les modules d'enseignement théorique sont ainsi décentralisés. Un tiers sont réalisables sur place. (22)

Les unités pédagogiques territoriales décentralisées (UPTD) sont donc des zones instaurées pour la dispense de modules d'enseignement théorique décentralisés qui valideront le DES de Médecine Générale. (23)

Sous la responsabilité d'enseignants référents de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Marseille, les modules d'enseignement théorique décentralisés participent au développement de sites d'acquisition des compétences hors des locaux de la Faculté.

Ces sites sont au nombre de cinq :

- Avignon (84), coordonnateur : Pr Adnot Sébastien
- Corse (2A-2B), coordonnateur : Pr Leccia Frédéric
- Territoire alpin (04-05), coordonnateur : Pr Filippi Simon (05) et Dr Chevallier Pierre-François (04)
- Ouest de l'Etang de Berre (13), coordonnateur : Pr Gille Alain-Philippe
- Toulon (83), coordonnateur Dr Guida Pierre

Les UPTD se comportent comme Marseille avec ses deux sites de formations (Timone et Nord) et accueillent les internes pour la réalisation de leur maquette de stage (Stage hospitalier, maîtrise de stage, SASPAS, Gynécologie et Pédiatrie hospitalières et libérales).

Les UPDT nécessitent donc :

- Des Professeurs et maitres de conférences pour l'organisation et le déroulement des modules théoriques obligatoires
- Une logistique bien définie pour accueillir l'ensemble des internes
- Un nombre d'internes suffisant pour suivre les cours enseignés
- Un hôpital d'adossement d'une certaine ampleur

B. La particularité de l'îlots de formation

Dans la continuité du projet « maîtrise de stage en zones éloignées » apparaît le concept d'îlot de formation. (22)

En effet, Les îlots de formation se définissent par des territoires médicalement sous densifiés permettant aux étudiants en médecine de troisième cycle de réaliser tout ou partie de leurs stages d'internes dans un territoire donné. (24)

Ces îlots doivent s'appuyer sur plusieurs structures, permettant ainsi la validation de la maquette du DES de Médecine Générale :

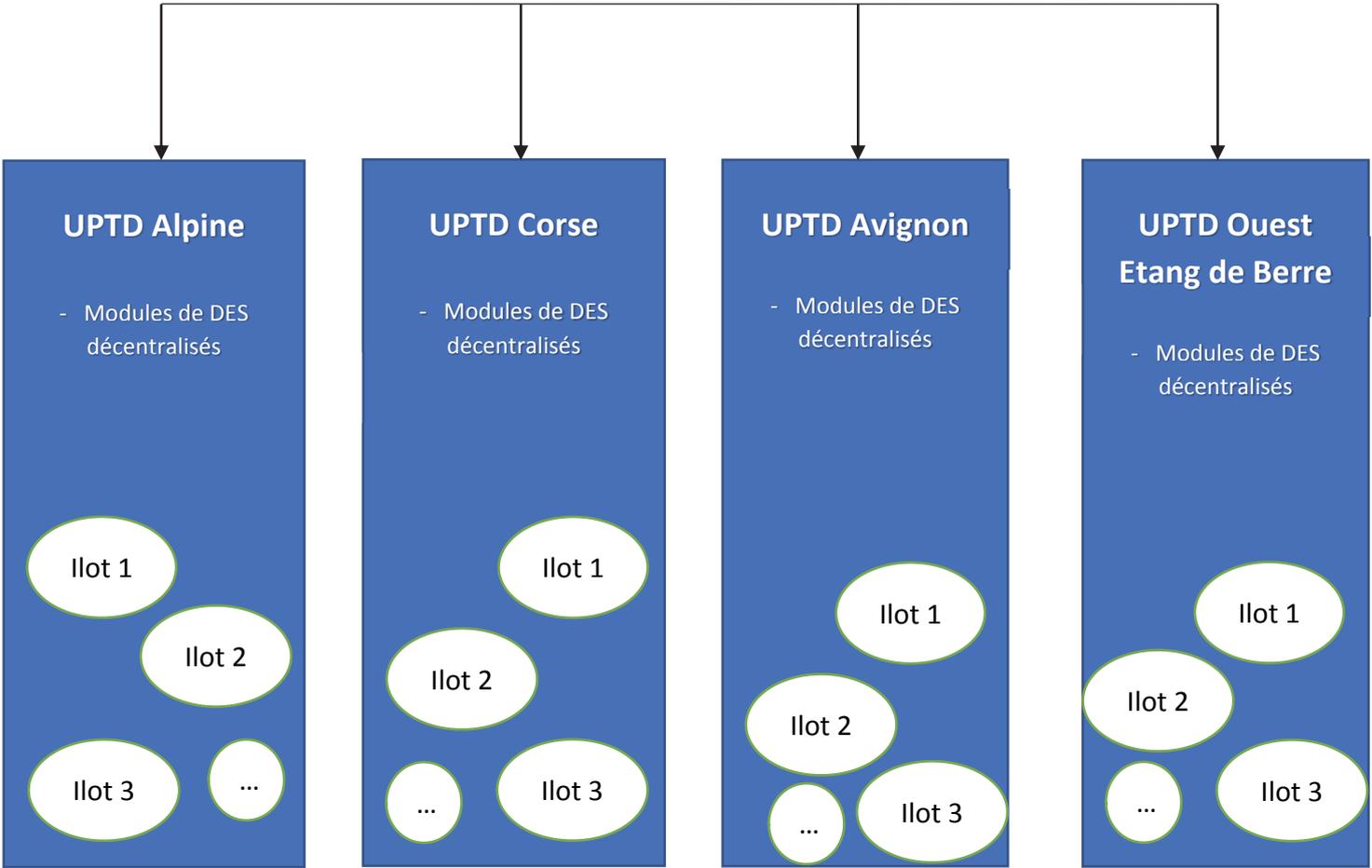
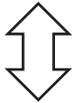
- Des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP)
- Un hôpital
- Des structures de type Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- Des cabinets de médecins libéraux

Le but est de faire découvrir ces territoires aux internes. La connaissance préalable de l'environnement professionnel apparaît comme un facteur déterminant à l'installation (25) et permet aux jeunes médecins de se créer un réseau professionnel en vue de faciliter leur installation en fin de cursus universitaire.

Chaque îlot est sous la responsabilité d'un médecin « référent » et est lié à un hôpital de proximité.

Un module d'enseignement de DES est obligatoirement présent au sein des UPTD mais ne l'est pas forcément au sein des îlots de formation. Chaque îlot de formation est en lien avec l'UPDT correspondante et dans chaque UPTD pourra se créer des îlots de formation si nécessaire. Plusieurs îlots peuvent exister au sein d'une même UPTD. Cela dépendra du nombre d'internes intéressés.

Faculté de Médecine de Marseille
(DUMG)



Exemple d'organisation des UPTD

C. Avantages

Les avantages des UPDT englobent également ceux des îlots de formation.

➤ **Priorisation des choix de stage et création de poste d'interne**

Actuellement, et depuis la réforme du troisième cycle en 2017, les internes choisissent leur prochain stage en fonction de leur classement aux ECN et en fonction de leur année de promotion. Les internes réalisent la phase socle lors des deux premiers semestres de stage et la phase d'approfondissement lors des quatre semestres suivants. L'ordre de passage reste défini selon le classement à l'ECN, et ainsi jusqu'à la fin de l'internat. L'interne sera soumis à son classement du début à la fin de l'internat, limitant les possibilités de choix et obligeant certains à se déplacer d'un département à l'autre tous les six mois.

La réalisation de la maquette de Médecine Générale au sein d'un îlot de formation donne alors l'avantage aux internes d'être prioritaires lors des choix de stage sur leur secteur d'activité : leur maquette étant pré-décidée avec le coordonnateur, les stages choisis dans cet îlot leur sont réservés.

D'autre part le numerus clausus croît tous les ans et le nombre de poste d'interne pour les stages doit suivre cette évolution. L'îlot de formation permet de créer des postes en périphérie, comme par exemple sur Gap l'ouverture de poste d'interne aux urgences du Centre Hospitalier (CHICAS) de Gap.

Remarque : Avant la réforme, les internes réalisant leur maquette au sein d'un îlot de formation pouvaient bénéficier de l'exemption du stage obligatoire au CHU sous condition de projet d'installation dans la zone de l'îlot. Ils devaient constituer un dossier et le défendre auprès de la faculté de Médecine et du DUMG. Après la réforme, la réalisation du stage au CHU obligatoire n'a pas été maintenue.

➤ **La proximité familiale**

Nous avons vu précédemment que les nouvelles générations de médecins veulent concilier vie professionnelle et vie familiale. Le concept d'îlot de formation participe à la réalisation de cette attente. Les changements sociétaux font, qu'actuellement, le conjoint a aussi une activité professionnelle qui sera plus facilement remplie si le couple est implanté depuis longtemps dans le secteur.

Au moyen de l'îlot de formation, l'interne peut choisir un secteur proche de sa famille.

➤ **Avantage économique**

Les lieux de stage dépendant de la Faculté de Médecine de Marseille s'étendent sur deux régions et sept départements. L'interne en troisième cycle de médecine générale est donc potentiellement soumis, chaque semestre, à un changement de lieu ou de département pour son nouveau stage, impliquant des déménagements, des coûts de transport et des contraintes pour la vie de famille. Du fait de ces changements, l'interne présente des difficultés à se créer un réseau de soins lors de sa formation, ce qui ne facilite pas son installation au terme de ses études. Inversement, l'interne en îlot de formation ne subit pas ces contraintes. Il ne change pas de secteur et cela diminue sensiblement ces frais. Le lieu d'exercice étant déjà connu, il peut envisager sa vie professionnelle et personnelle de manière plus sereine.

A noter qu'au sein de l'UPDT, les déplacements pour se rendre aux modules d'enseignement théoriques sont considérablement réduits. Le temps de transport et le coût inhérent à celui-ci suivent cette tendance. L'interne réalise donc une économie supplémentaire.

2.3. Unité pédagogique territoriale alpine : état des lieux

A. Formation théorique

A la faculté de Médecine de Marseille, l'enseignement est constitué de modules ayant lieu pour la plupart sur une journée. Le nombre d'heures d'enseignement à valider est fixé réglementairement à 200 heures.

Les internes de DES de Médecine Générale doivent valider 3 modules (évaluations comprises) par semestre, correspondant à 36 heures, choisis parmi les Unités d'Enseignement proposés :

- Unités d'Enseignement complémentaires (UEC),
- Unités d'Enseignement libre (UEL) : Congrès, groupes de Pairs, Formation Médicale Continue (FMC), présentation de RSCA
- Les Unités d'Enseignement Obligatoires UEO sont affectées automatiquement à tous les internes débutant le cursus du DES.

Pour les UEL (40h maximum sur les 200h) une demande préalable devra être présentée au Département Universitaire de Médecine Général (DUMG) qui notifiera l'accord éventuel pour considérer un UEL susceptible d'être validant.

A partir de la promotion d'internes 2015-2016, l'écriture de Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA) sera exigée dès le 3eme semestre du DES et ce à raison d'un RSCA par semestre. (26)

Les modules d'enseignement sont répartis comme suit :

- Dix-neuf ont lieu à Marseille (Faculté Timone et Nord),
- Seize décentralisés (Avignon, Toulon, Aix-en-Provence, Martigues, Corte, Digne-les-Bains, Gap, Embrun),
- Trois se déroulant sur l'Environnement Numérique de Travail (ENT), dispensant l'enseignement à distance de la faculté via internet.

L'UPTD des Alpes comprends 4 modules de DES décentralisés :

- Le risque suicidaire – Approche en réseau à Digne-les-Bains (04)
- Groupe d'Echange Développement Professionnel Continu à Gap (05)
- La pratique de l'échographie en Médecine Générale à Gap (05)

- Innovations technologiques et Médecine Générale à Embrun (05)

Les modules de DES décentralisés se déroulent en groupe de participants restreint (15 maximum). (27)

B. Formation pratique

Les internes en médecine sont désormais des étudiants de troisième cycle des études médicales depuis le Décret n°2017-535 du 12 avril 2017. L'arrêté du 21 avril 2017 vient donner la liste précise des maquettes de cursus. Cette réforme a accéléré le virage ambulatoire de la formation des jeunes médecins, pour faciliter leur installation libérale. L'article 3 précise ainsi que l'étudiant doit connaître « les différents types d'exercice et de prise en charge de la médecine, notamment ambulatoire » ; l'article 4 précise lui que l'étudiant doit maîtriser « la gestion du cabinet libéral ».

La réforme du troisième cycle de 2017 a donc entraîné des évolutions dans la maquette de Médecine Générale, notamment sur l'ordre des stages. En revanche, elle se compose toujours de six stages sur trois ans.

La première année d'internat correspond à la phase socle, se déroulant en deux semestres :

- Un stage en médecine générale ambulatoire (niveau 1)
- Un stage en service d'accueil des urgences (SAU)

Ensuite vient la phase d'approfondissement en quatre semestres. Les stages à réaliser en troisième et quatrième semestre sont :

- Un stage en médecine polyvalente hospitalier
- Un stage ambulatoire santé de l'enfant ou hospitalier de pédiatrie

Les stages à réaliser en cinquième et sixième semestre sont :

- Un stage ambulatoire santé de la femme ou hospitalier de gynécologie médicale
- Un stage en soins primaire en autonomie supervisée (SASPAS ou niveau 2)

L'obligation d'effectuer au moins un stage en Centre Hospitalier Universitaire a disparu.

Les stages en santé de la femme et en santé de l'enfant se feront préférentiellement en ambulatoire. Actuellement il n'y a pas de phase de consolidation en médecine

générale, où l'étudiant thésé, inscrit à l'ordre, pratiquerait en autonomie supervisée sous le titre de docteur Junior au sein des stages de niveau 3.

C. Les terrains de stage

Il est actuellement possible de réaliser la maquette de stages d'internat de Médecine Générale sur l'Unité Pédagogique Territoriale Décentralisée (UPTD) alpine.

➤ Stages de pédiatrie et /ou gynécologie

En ambulatoire :

Un semestre en cabinet de ville est proposé chez une pédiatre (Docteur Garotta-Mosca) à Gap.

Un semestre en Protection maternelle et infantile PMI (Docteur François-Lagarde) à Digne-les-Bains.

Un semestre en Protection maternelle et infantile PMI (Docteur François) à Manosque.

En centre hospitalier :

Un semestre de pédiatrie est proposé au Centre Hospitalier intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS) de Gap dans le service du Docteur Zoccarato

Un semestre de pédiatrie est proposé au Centre Hospitalier de Briançon dans le service du Docteur Guibert

Un semestre de Gynécologie-obstétrique est proposé au CHICAS de Gap dans le service du Docteur Deleplanque

Un semestre de Gynécologie-obstétrique est proposé au centre hospitalier de Briançon dans le service du Docteur Serboli

Un semestre couplant la gynécologie et la pédiatrie au CHICAS de Gap pour une période de trois mois dans chaque service.

Chaque service accueille un interne.

➤ **Stages de médecine d'urgence**

Un stage dans le service d'accueil des urgences (SAU) (service du Docteur VISINTINI) du CHICAS de Gap est ouvert. Il accueille 3 internes.

Un stage dans le service d'accueil des urgences (service du Docteur Fillet) du centre hospitalier de Briançon est ouvert. Il accueille 1 interne.

Un stage dans le service d'accueil des urgences (service du Docteur Lefebvre) du centre hospitalier d'Embrun est ouvert. Il accueille 1 interne.

Un stage dans le service d'accueil des urgences (service du Docteur Burckel) du centre hospitalier de Digne-les-Bains. Il accueille 2 internes.

Un stage dans le service d'accueil des urgences (service du Docteur Mingasson) du centre hospitalier de Manosque. Il accueille 3 internes.

➤ **Stages en service de médecine d'adultes**

Quatre autres services du CHICAS de Gap accueillent chacun un ou deux internes :

- En gastro-entérologie (service du Docteur Chevassus)
- En gériatrie (service du Docteur Guillem)
- En pneumologie (service du Docteur Thomas)
- En cardiologie (service du Docteur Quilici)
- En médecine interne (service du Docteur Weitten)

Deux autres services du centre hospitalier d'Embrun accueillent chacun un interne :

- En médecine polyvalente (service du Docteur Postaire)
- En médecine gériatrique (service de Docteur Lutzler)

Deux autres services du centre hospitalier de Briançon accueillent un interne :

- En gériatrie (service du Docteur Asté)
- En médecine polyvalente (service du Docteur Saggiorato)

Un autre service du centre hospitalier de Digne-les-Bains accueille cinq internes :

- En médecine polyvalente (service du Docteur Bordes)

Deux autres services du centre hospitalier de Manosque accueillent deux internes :

- En médecine interne (service du Docteur Turrière)
- En médecine polyvalente (service du Docteur Bernier)

➤ **Maitrise de stage**

38 praticiens généralistes sont agréés pour accueillir des internes en maitrise de stage dans l'UPTD alpine, un grande partie accueille les internes en binôme :

Briançon : Docteur Schmidt et Docteur Folliot en binôme, Docteur Desmarescaux et Docteur Vigier en binôme

Saint-Jean-Saint-Nicolas : Docteur Escalon et Docteur Janczewski en binôme

Saint-Firmin : Docteur Doucelance et Docteur Para-Doucelance en binôme

Gap : Professeur Filippi, Docteur Lebrun, Docteur Hanoka et Docteur Vignat en binôme

Veynes : Docteur Formery et Docteur Mathieu en binôme

La Bâtie-Neuve : Docteur Jacquemard et Docteur Gayraud en binôme, Docteur Oujemaa

Laragne : Docteur Halbeher et Docteur Sarradon en binôme, Docteur Olmos-Pasquini et Docteur Liotard en binôme

Embrun : Docteur Lugez et Docteur Megarni (Les Orres) en binôme

L'Argentière-la-Bessée : Docteur Martin et Docteur Nere en binôme

Gréoux-les-Bains : Docteur Avril

Digne-les-Bains : Docteur Chevallier et Docteur Mannevy

Barcelonnette : Docteur Cordier, Docteur Pages et Docteur El Beze et Docteur Lama-Ceschet en binôme

Seyne-les-Alpes : Docteur Ertlen

Sisteron : Docteur Davin-Hugon

Peipin : Docteur Goure

Les Mées : Docteur Kolodziejczyk (en binôme avec le Docteur Goure)

Riez : Docteur Marchandy et Docteur Patin en binôme

L'Escale : Docteur Thoreau (en binôme avec le Docteur Davin-Hugon)

➤ **SASPAS : 9 postes**

Le coordinateur du SASPAS est le Professeur Filippi.

L'emploi du temps de l'interne est partagé entre :

- Trois cabinets de Médecine Générale : Professeur Filippi, Docteur Fontrouge (Gap) et Docteur Santelli (Rosans)

Le coordinateur du SASPAS est le Docteur Escalon.

L'emploi du temps de l'interne est partagé entre :

- Trois cabinets de Médecine Générale : Docteur Escalon, Docteur Janczewski et Docteur Prothoy (Gap)

Le coordinateur du SASPAS est le Docteur Gayraud.

L'emploi du temps de l'interne est partagé entre :

- Trois cabinets de Médecine Générale : Docteur Gayraud, Docteur Jacquemard et Docteur Wdowik (Gap)

Le coordinateur du SASPAS est le Docteur Nere.

L'emploi du temps de l'interne est partagé entre :

- Trois cabinets de Médecine Générale : Docteur Guyot (L'Argentière-la-bessée), Docteur Nere et Docteur Martin

Le coordinateur du SASPAS est le Docteur Sarradon.

L'emploi du temps de l'interne est partagé entre :

- Trois cabinets de Médecine Générale : Docteur Sarradon, Docteur Liotard et Docteur Halbeher

Le coordinateur du SASPAS est le Docteur Formery.

L'emploi du temps de l'interne est partagé entre :

- Deux cabinets de Médecine Générale : Docteur Formery et Docteur Olmos-Pasquini

Le coordinateur du SASPAS est le Docteur Desmarescaux.

L'emploi du temps de l'interne est partagé entre :

- Quatre cabinets de Médecine Générale : Docteur Desmarescaux, Docteur Folliot, Docteur Schmidt et Docteur Vigier

Le coordinateur du SASPAS est le Docteur Terraz.

L'emploi du temps de l'interne est partagé entre :

- Trois cabinets de Médecine Générale : Docteur Terraz, Docteur Lugez et Docteur Megarni

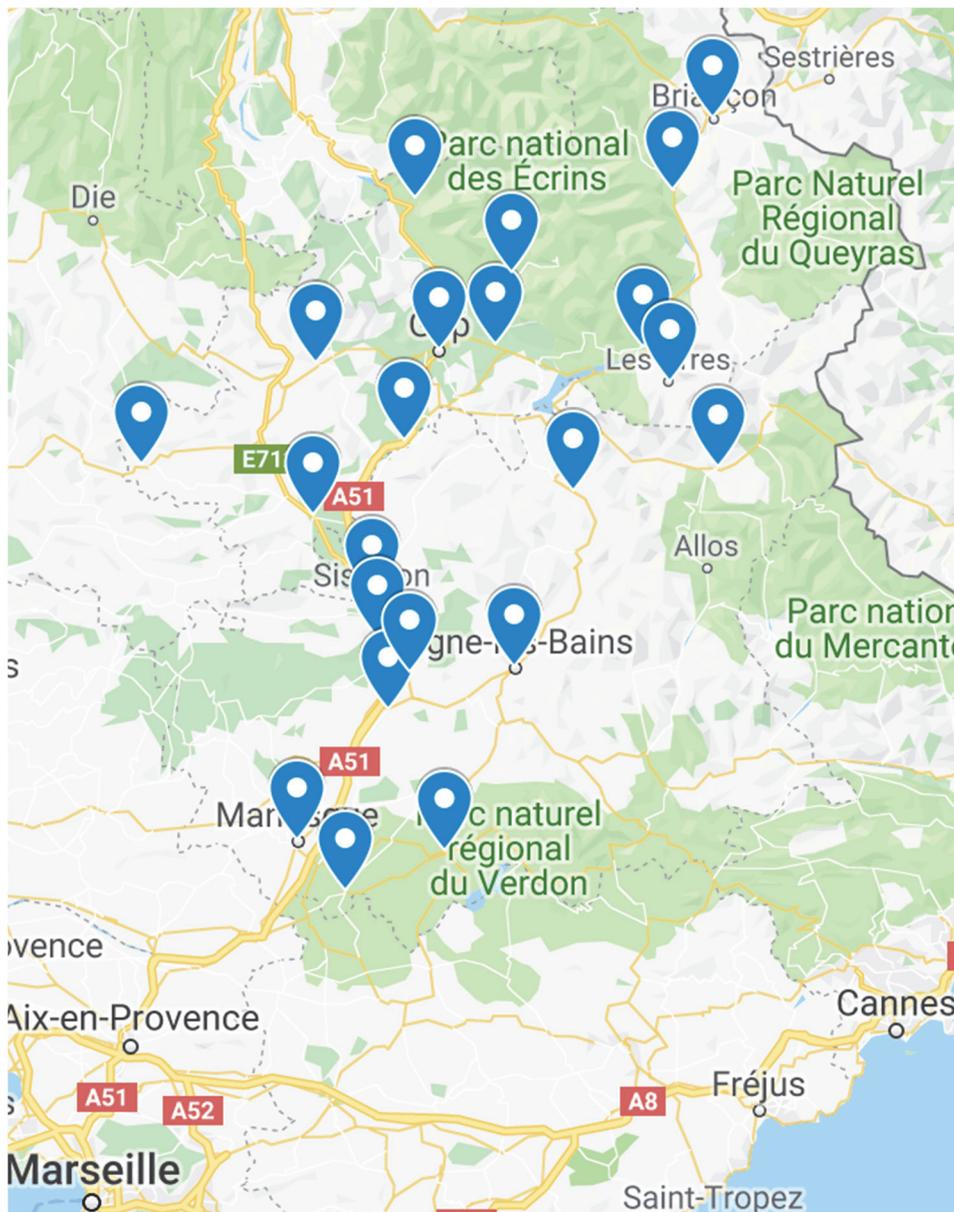
Le coordinateur du SASPAS est le Docteur Patin.

L'emploi du temps de l'interne est partagé entre :

- Trois cabinets de Médecine Générale : Docteur Patin, Docteur Marchandy et Docteur Avril

Le reste de l'emploi du temps est partagé entre diverses spécialités

- Dermatologie en cabinet de ville
- Cardiologie en cabinet de ville
- Pédiatrie en cabinet de ville
- Oto-Rhino-Laryngologie de ville
- Neurologie de ville
- Médecin physique et réadaptation de ville
- Consultations médicales et visite en service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) au centre médical du Rio Vert



Carte des terrains de stage proposés aux internes de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Marseille sur le territoire alpin (choix semestre d'été)

2.4. Exemple Haut-Alpin

➤ Accueil des internes : Première étape du décroisement hospitalo-libéral

Le premier jour de leur prise de fonction, les internes effectuant un stage hospitalier ou ambulatoire dans les Hautes-Alpes sont accueillis lors d'une réunion au Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS) à Gap.

Cette réunion organisée par le référent des internes en ambulatoire, le Pr Filippi, le référent des internes hospitalier, le Docteur Thomas et la direction du CHICAS permet aux nouveaux internes de rencontrer les acteurs de santé en poste dans les Hautes-Alpes (Praticiens hospitaliers et médecins libéraux).

➤ Les gardes au CHICAS

Lors de la réunion d'accueil, il est présenté aux internes le fonctionnement des gardes au CHICAS de Gap. Elles ont lieu au SAU et dans certains services d'étages : pneumologie, gastro-entérologie et médecine. Les internes en poste hospitalier participent naturellement au tableau de garde. Les internes en ambulatoire peuvent, s'ils le souhaitent intégrer le planning de garde sans toutefois que le repos de sécurité n'empiète sur les journées de leur stage libéral.

Ces gardes offrent une possibilité de formation supplémentaire aux futurs médecins. Les internes réalisant un stage ambulatoire peuvent se constituer leur réseau de correspondants spécialistes. De plus les gardes représentent également une manne financière conséquente pour des internes devant se loger par leur propre moyen.

A noter que la possibilité de réaliser ces gardes vient initialement d'une demande de la part des internes.

➤ Formation pédagogique des internes

Différents moyens de formation des internes sont mis en place dans les Hautes-Alpes, mêlant praticien hospitalier et libéral et encouragent aussi le décroisement hospitalo-libéral.

- Les récits de situation complexe authentique

A deux reprises dans le semestre, les internes en maîtrise de stage et en SASPAS sont réunis, en soirée, pour présenter leur Récit de Situation Complexe Authentique devant leurs Maîtres de Stage Universitaires. Les internes présentent des cas cliniques leurs ayant causés des difficultés et font un point sur les dernières recommandations en lien avec le sujet.

Des médecins spécialistes d'organe sont également invités lors de ces soirées de présentation pour traiter des différents sujets.

- Les cours hospitaliers

Un programme de cours est organisé pour les étudiants alpins par les praticiens hospitaliers. Ils sont dispensés au CHICAS de Gap ainsi qu'en visio-conférence pour que les internes en stage à Embrun puissent les suivre. Les cours hospitaliers sont accessibles à tous les internes en poste dans la région désirant y participer, qu'ils soient en maîtrise de stage ou en stage de gynécologie-pédiatrie libérale, contribuant encore à la volonté de décloisonnement de l'hôpital dans la région alpine.

Le programme de ces cours porte sur un panel de sujet en lien avec la Médecine Générale et constitue aussi un apport dans la formation des internes. A raison d'une session par mois, les internes hospitaliers présentent des cas cliniques sur des malades de leur service.

- Les enseignements post universitaires (EPU)

Les Enseignements Post-Universitaires (EPU), orientés pour la formation médicale continue (FMC) des praticiens et internes sont délivrés régulièrement par les praticiens spécialistes à l'hôpital. Les internes sont conviés à ces réunions. Cela leur permet de se familiariser avec un dispositif, devenu d'une part obligatoire mais surtout indispensable pour une bonne pratique de la médecine tout au long de leur carrière. Ces réunions font également se rencontrer les professionnels de santé des différents secteurs et aident la création d'un réseau de soins.

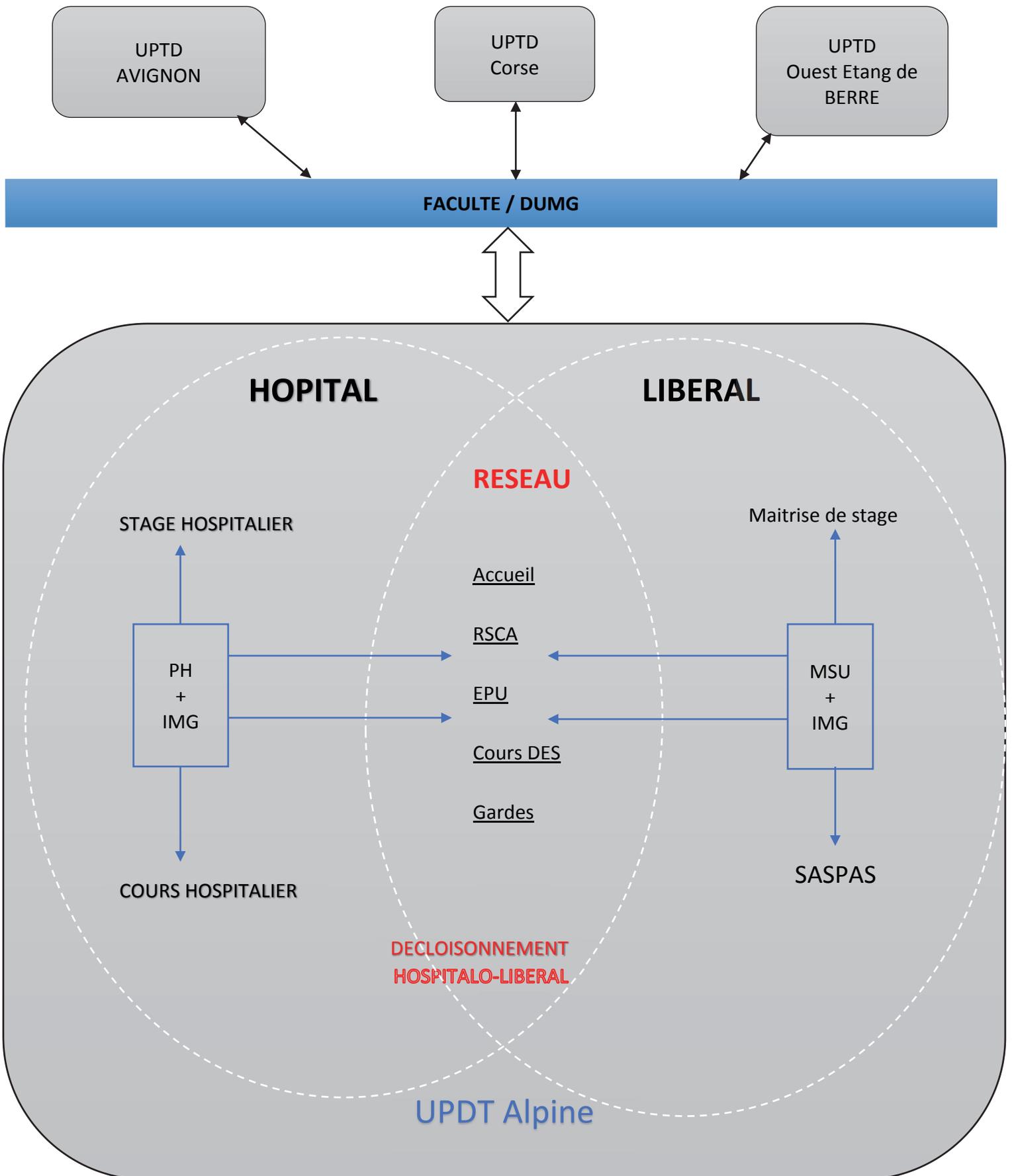
➤ **Les aides financières**

Les internes en stage en libéral doivent se loger par leur propre moyen, car les chambres d'internat sont destinées à ceux en stage hospitalier. Cela représente une somme conséquente, surtout pour les internes premier semestre. Pour compenser le frein financier d'un stage alpin en libéral, une aide financière a été mise en place.

Faisant suite au FICQS, en 2013 le Conseil Général des Hautes-Alpes attribue une bourse aux internes en maîtrise de stage ou en SASPAS. Son montant est de 1000 euros au premier semestre dans le département et 2000 euros au deuxième semestre. Cette prime n'est en revanche pas destinée aux internes en poste en gynécologie-pédiatrie libérale. (28)

Une aide similaire est disponible dans les Alpes-de-Haute-Provence. (29)

Les internes en stage en ambulatoire peuvent également prétendre à une indemnité forfaitaire de transport. Depuis l'arrêté du 4 mars 2014, le ministère des affaires sociales et de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ont mis en place une prime pour les internes effectuant un stage ambulatoire situé à plus de 15 kms de leur domicile et à plus de 15 kms de leur CHU de rattachement. Son montant est de 130 euros mensuels pour couvrir les frais liés aux déplacements.



Organisation de l'Unité Pédagogique Territoriale Décentralisée alpine

3. Enquête d'opinion

3.1. Objectif de l'étude

Cette enquête a pour objectif principal de recueillir l'opinion des internes en médecine générale qui sont passés au sein du territoire Alpin à propos de la formation théorique qui y est dispensée et donc des modules de DES décentralisés.

3.2. Matériel et Méthode

Type d'étude

Il s'agit d'une enquête observationnelle, descriptive, monocentrique, menée sur le territoire alpin :

Alpes-de-Haute-Provence

Hautes-Alpes

Population et période étudiée

Tous les internes en médecine générale en stage dans le territoire Alpin sur la période de mai 2017 à mai 2018 étaient concernés qu'ils soient en stage hospitalier ou en libéral.

Le questionnaire a été soumis aux internes par email, d'avril 2018 à septembre 2018. Il y a eu plusieurs relances.

Recueil de données

Avant de débiter l'enquête, tous les internes concernés ont été informés des objectifs et intérêts de l'étude, de leur droit de refuser ou d'accepter d'y participer. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire informatisé via la plateforme « Google Forms ». Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, la participation à l'enquête était volontaire et anonyme.

Le questionnaire relevait des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe), le cursus universitaire (faculté d'origine, le semestre actuel, le nombre de stage réalisé dans les départements alpins), des données en lien avec le nombre de module de DES choisi par l'étudiant ainsi que les critères de choix de ces modules de DES (les trajets pour accéder aux modules de DES, le nombre d'étudiants par cours). La plupart des questions étaient des questions fermées. Certaines questions étaient ouvertes pour laisser place aux commentaires et remarques.

Analyses statistiques

Les données recueillies ont été saisies sur Microsoft Excel et analysées avec le langage de programmation Python, notamment avec les bibliothèques SciPy et StatsModels. Pour l'analyse des données les répondants de l'enquête ont été regroupés selon leur semestre en cours. Une analyse statistique descriptive a été conduite pour toutes les variables : fréquences.

Une analyse univariée a été réalisée afin de comparer certaines variables selon le semestre des internes. Les associations entre variables qualitatives ont été mesurées par le test du Chi 2 ou test exact de Fisher lorsque les conditions d'application n'étaient pas réunies.

3.3. Résultats

Participation à l'enquête

Sur les 91 internes éligibles, 51 ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 56%.

Parmi les répondants, 15 étaient en stage à l'hôpital (soit 29% des participants) et 36 étaient en stage en libéral (soit 71%).

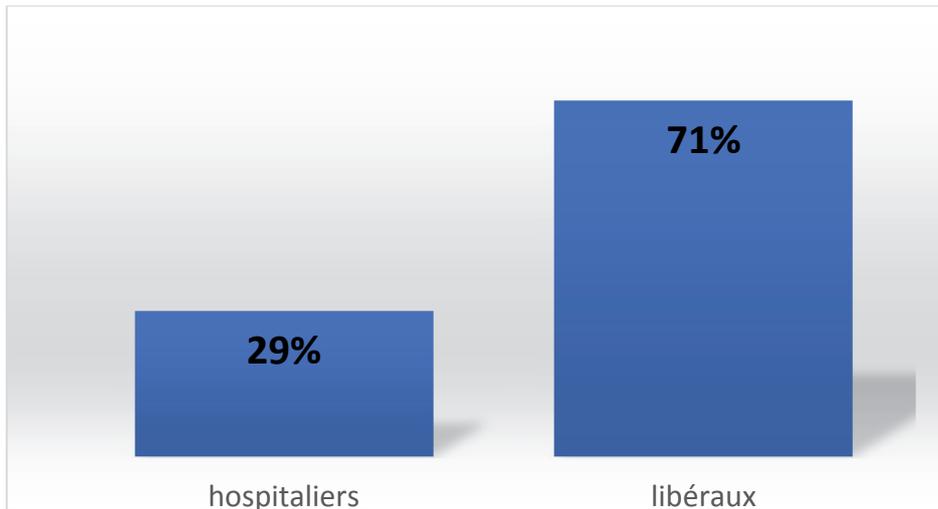


Figure 1 : Graphique de répartition des internes selon le type de stage

Caractéristiques de la population

- Genre

Les internes participant à l'étude étaient composés majoritairement par des femmes (63%, n=32) à l'image de la féminisation actuelle de la profession.

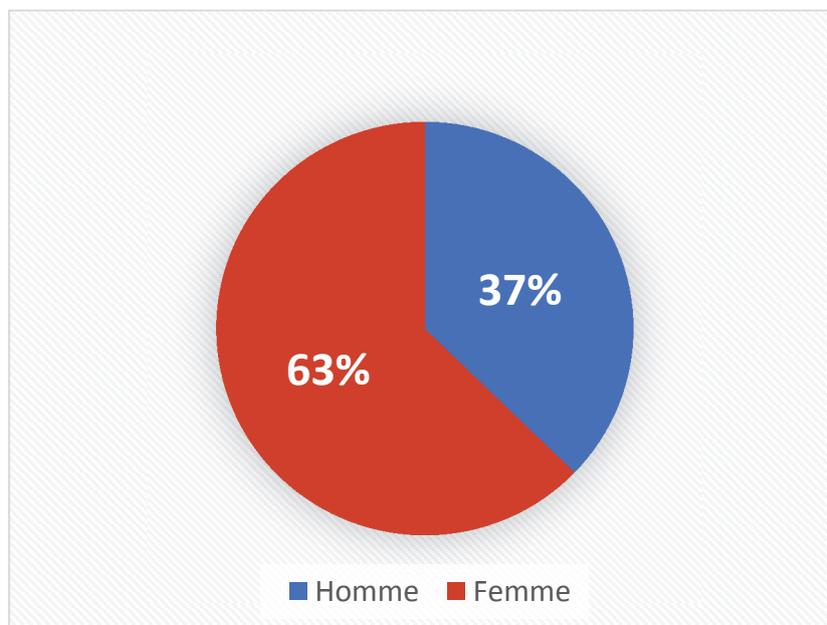


Figure 2 : Diagramme de répartition des internes en fonction du genre

- Âge des participants

Les internes de l'étude avaient en moyenne 27,6 ans avec un minimum de 23 ans et un maximum de 47 ans.

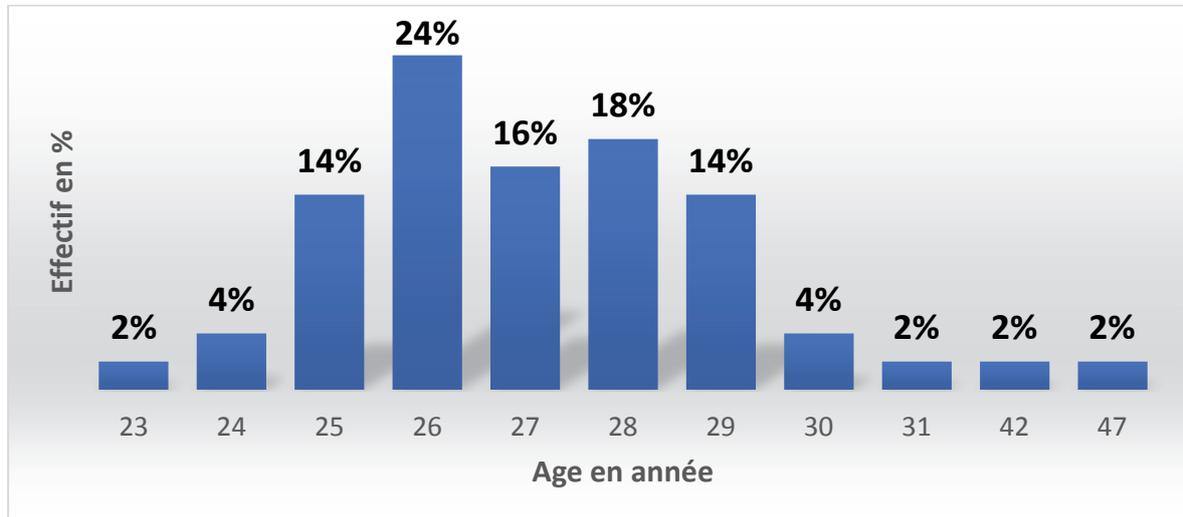


Figure 3 : Graphique de répartition de l'âge des participants

- Faculté d'origine

Près d'un tiers des internes interrogés a réalisé son externat à la faculté de Médecine de Marseille (29%, n=15).

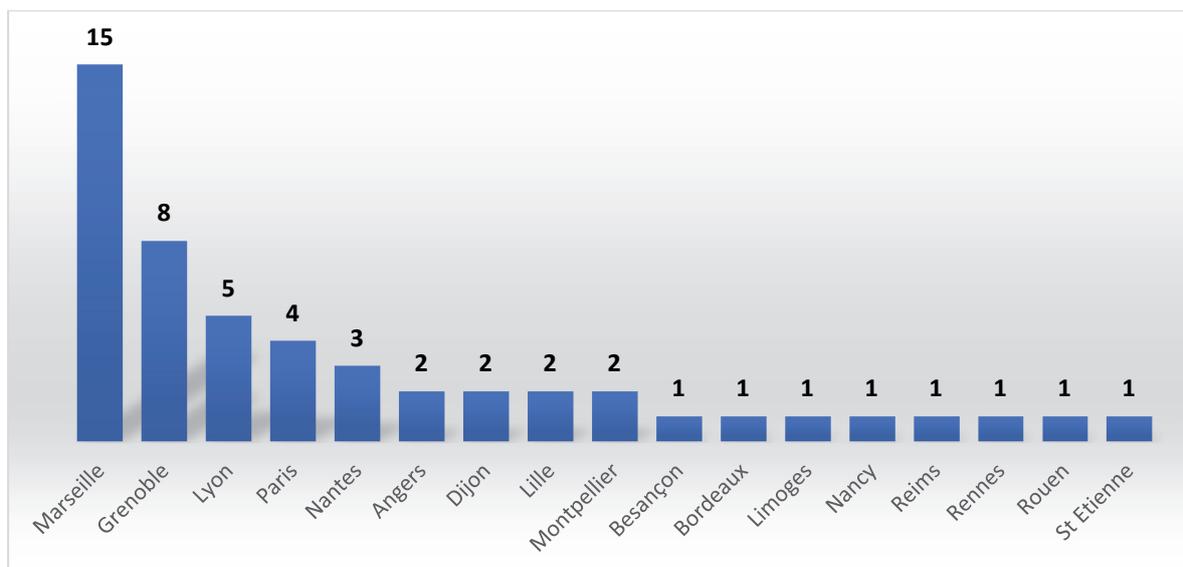


Figure 4 : Répartition des internes de l'étude selon leur faculté d'origine

- Ancienneté des internes

Les internes en début de cursus (1^{er} semestre) et en fin de cursus (6^{ème} semestre) représentaient quasiment la moitié des participants (47%, n=24).

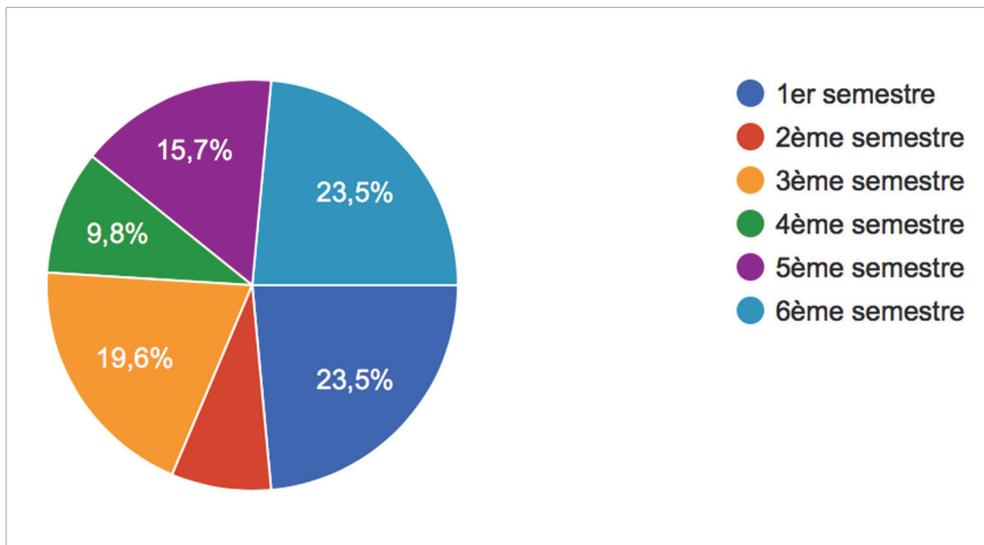


Figure 5 : Répartition des internes selon leur semestre au moment de l'enquête

- Nombre de stages réalisés dans le territoire Alpin

La majorité des internes (52,9%) avaient réalisé un seul stage d'internat sur le territoire alpin. Cette caractéristique confirme la forte proportion d'internes en 1^{er} semestre ayant répondu à notre étude.

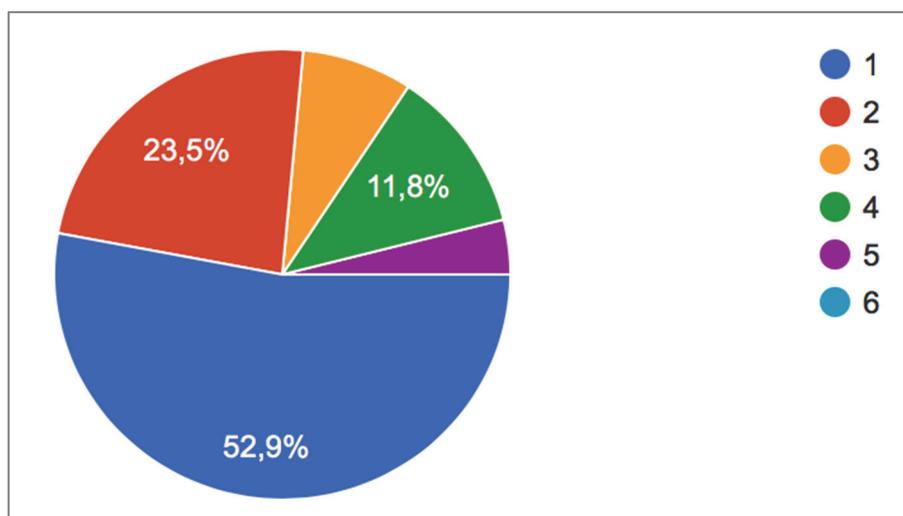


Figure 6 : Nombre de stages par interne réalisés dans les départements Alpains (04-05)

Les modules de DES obligatoires

45 étudiants soit 88,2% des répondants avaient des modules de DES à réaliser obligatoirement sur Marseille.

La Figure 7 représente le diagramme de répartition des modules de DES à réaliser obligatoirement sur Marseille par interne. Près de la moitié des internes (n=21, 46,7%) ayant des modules à réaliser sur Marseille en avait 3. Les pourcentages se présentent plus équilibrés pour les autres nombres de modules.

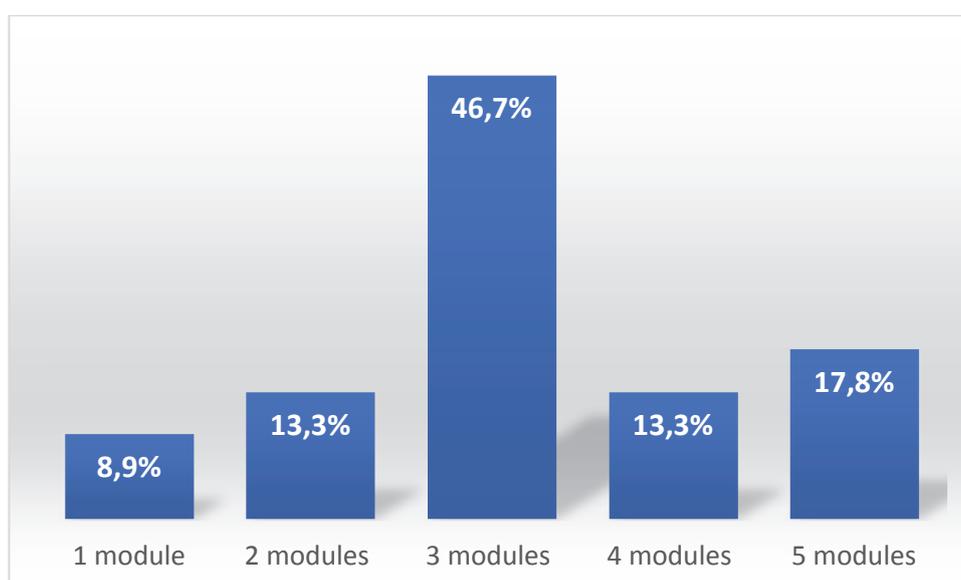


Figure 7 : Nombre de modules de DES obligatoires sur Marseille par interne

La figure 8 représente le diagramme de répartition des modules de DES à réaliser obligatoirement sur Marseille par interne, hors premier semestre. Les pourcentages apparaissent plus équilibrés, ne dépassant pas les 30% par tranche. Les internes en 1^{er} semestre avaient tous 3 modules obligatoires à réaliser dans les locaux de la faculté sur Marseille, ce qui rend le résultat plus homogène.

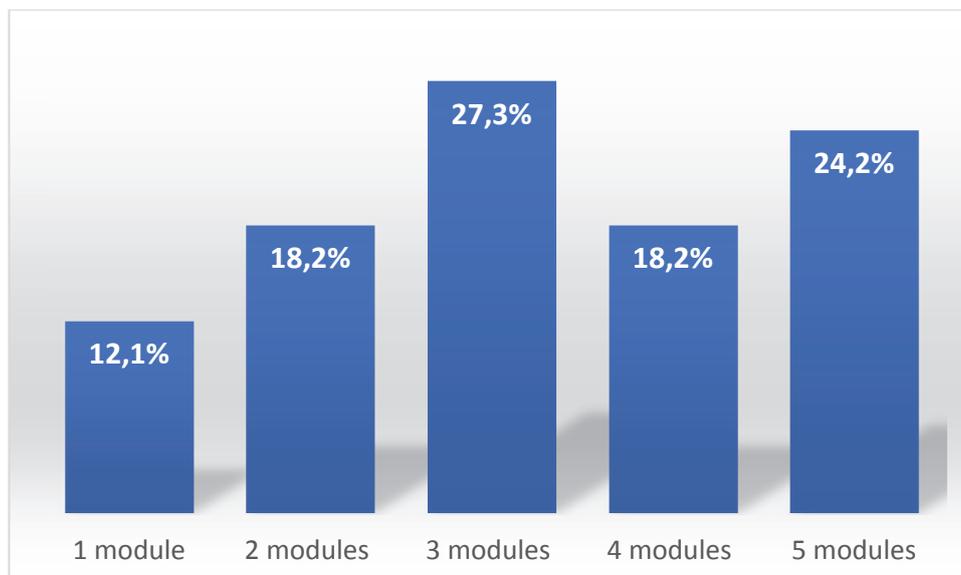


Figure 8 : Nombre de modules de DES obligatoires sur Marseille par interne hors 1^{er} semestre

Le tableau croisé (Figure 9) représente le nombre d'interne ayant des modules obligatoires sur Marseille en fonction du semestre de l'interne et du nombre de modules. Il reprend les données des histogrammes précédents et met en évidence que tous les internes en 1^{er} semestre avaient 3 modules de DES à réaliser sur Marseille.

Modules sur Marseille	1	2	3	4	5	Total	Pourcentage
Semestre							
1er			12			12	23,50%
2ème		2	1	1		4	7,80%
3ème	1	2	4	1	1	9	17,60%
4ème			1	1	2	4	7,80%
5ème	1		2		2	5	9,80%
6ème	2	2	1	3	3	11	21,60%
Total	4	6	21	6	8	45	88,10%
Pourcentage	8,90%	13,30%	46,70%	13,30%	17,80%	100%	

Figure 9 : Nombre d'internes ayant des modules obligatoires sur Marseille en fonction de leur semestre et du nombre de module

Les modules de DES décentralisés

31 étudiants soit 60,8% des répondants ont réalisé au moins un module de DES décentralisé sur le territoire alpin.

La Figure 10 représente le diagramme de répartition du nombre de modules de DES décentralisés alpins réalisés par interne. Près de 40% des internes indiquaient ne pas avoir fait de modules de DES décentralisés. Cette proportion est expliquée en grande partie par le fait que les internes en 1^{er} semestre ne pouvaient pas réaliser de modules décentralisés.

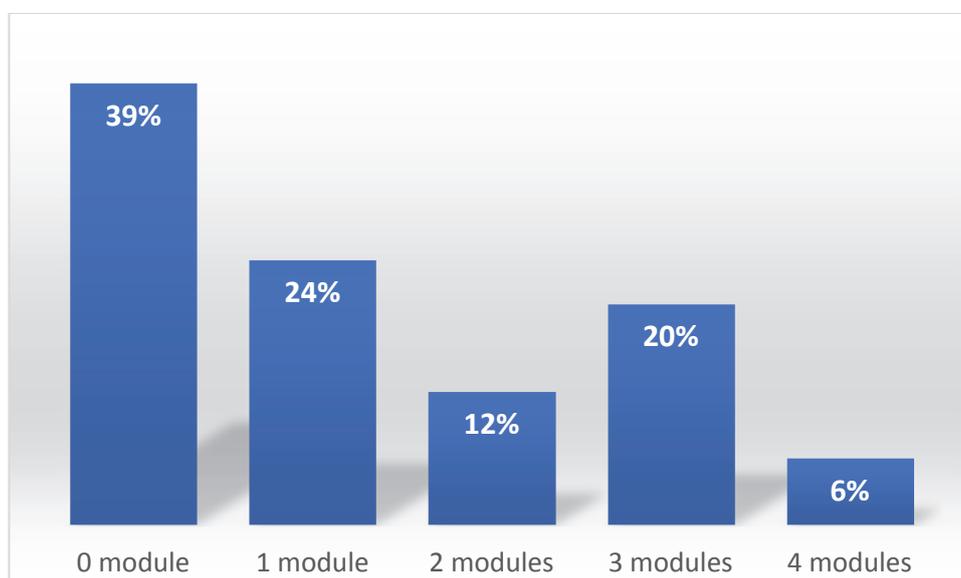


Figure 10 : Nombre de modules de DES décentralisés alpins réalisés par interne

La figure 11 représente le diagramme de répartition du nombre de modules de DES décentralisés alpins réalisés par interne, hors premier semestre ayant tous 3 modules obligatoires à réaliser dans les locaux de la faculté sur Marseille.

Près de 70% des internes ont réalisé des modules de DES décentralisés. 8% ont par ailleurs réalisé tous les modules de l'unité pédagogique territoriale alpine.

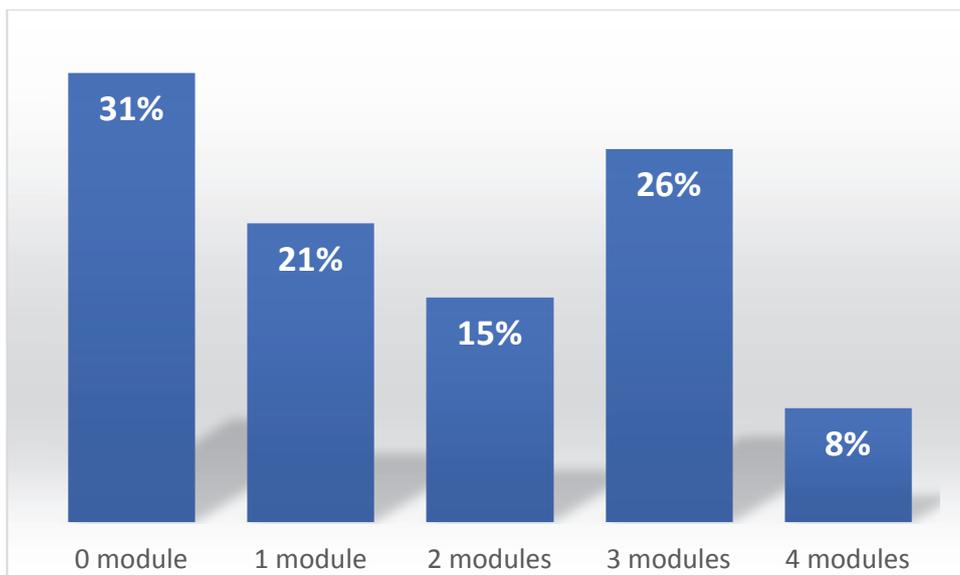


Figure 11 : nombre de modules de DES décentralisés alpins réalisés par interne hors 1^{er} semestre

La figure 12 illustre le test de régression linéaire montrant que plus les internes réalisent de stage sur le territoire alpin plus ils choisissent de modules de DES décentralisés (coefficient de corrélation : 0,63 ; R² : 0,399).

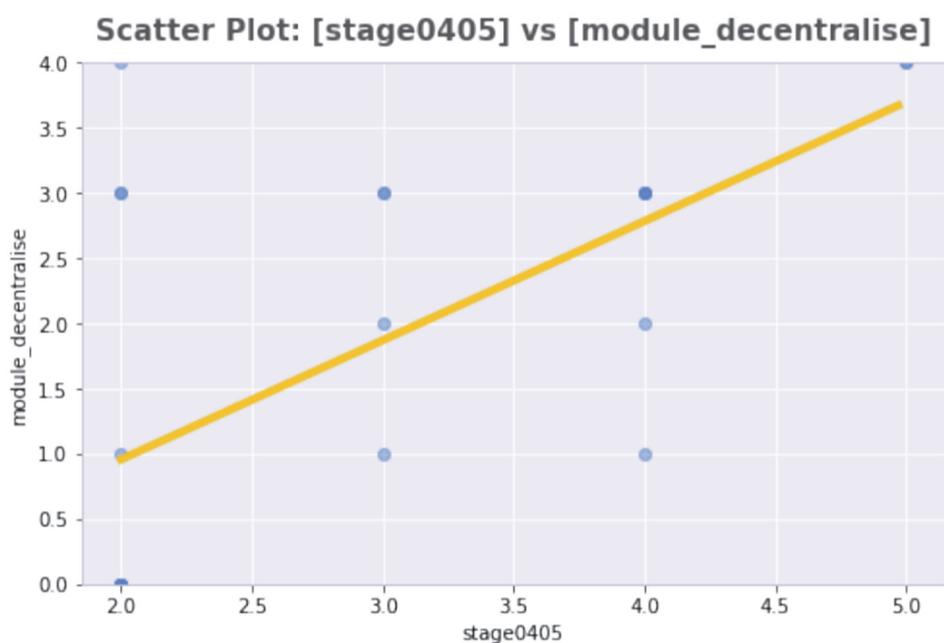


Figure 12 : Courbe de régression linéaire des internes réalisant des modules de DES décentralisés en fonction du nombre de stage réalisé sur le territoire alpin

Réduction des trajets pour réaliser les modules de DES

La figure 13 ci-dessous montre que plus de trois quarts des internes (78,4 %, n=40) décrivent comme confortable le fait de ne pas avoir à aller sur Marseille pour réaliser leur module de DES. Pour autant seule la moitié (51%, n=26) a répondu positif à la question « Cela a t-il conditionné votre choix ».

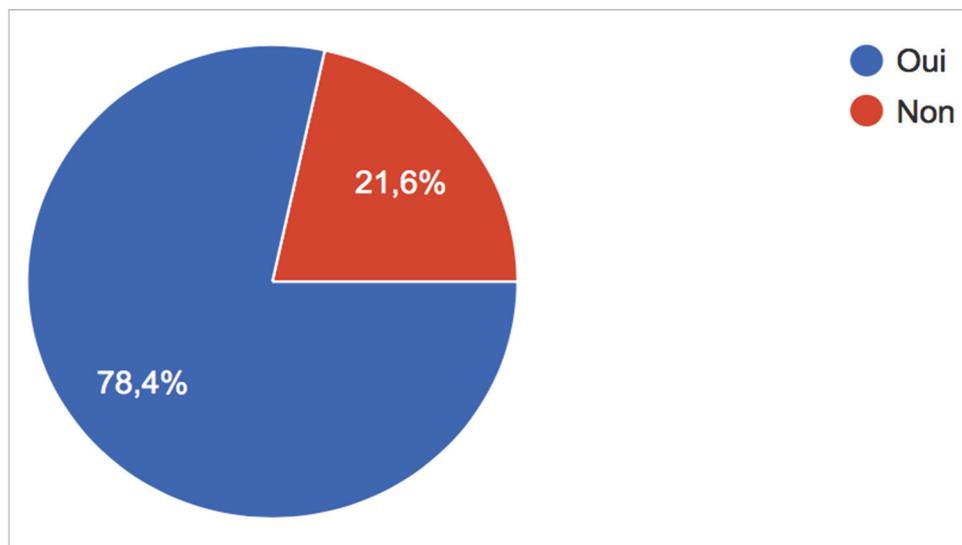


Figure 13 : Nombre d'internes reconnaissant le confort de ne pas aller sur Marseille pour les modules de DES

- Test d'indépendance

Afin d'étayer le résultat précédent, nous avons vérifié si l'importance du confort des modules de DES décentralisés sur le territoire alpin auprès des internes influence leur décision à faire le plus possible de modules DES de manière décentralisée.

- **Hypothèse nulle (H0)** : le confort n'influence pas la décision dans l'idée de réaliser tous les modules décentralisés
- **Hypothèse alternative (H1)** : le confort incite à prendre des modules décentralisés

Nous rejetterons l'hypothèse H0 au seuil de 1%.

Variables			Possibilités de réaliser tous les modules de DES décentralisés ?		Total
			NON	OUI	
Confort de réaliser des modules de DES décentralisés	NON	(n=)	10	1	11
		(%)	19,6%	1,9%	21,6%
	OUI	(n=)	24	16	40
		(%)	47,1%	31,4%	78,4%
Total			34 66,7%	17 33,3%	51 100%
Test du Chi-deux			pValue	0,118	
Test exact de Fisher			pValue	0,075	

Figure 14 : Tableau de contingence

	Non	Oui	Total
Oui	26	13	40
Non	7	3	11
total	34	17	51

Figure 15 : Valeurs théoriques

- Interprétation

Dans la matrice des valeurs théoriques (valeurs qu'on aurait obtenues si les deux variables étaient 100% indépendantes), une des valeurs est inférieure à 5.

En théorie, un test du Chi2 peut être mené si l'échantillon est supérieur à 30 individus (n=51 dans notre étude) et si aucune des valeurs théoriques n'est inférieure à 5. Ici, nous devons donc garder en tête que les conditions idéales de réalisation du test ne sont pas 100% satisfaites.

Nous avons donc réalisé un test exact de Fisher qui corrobore les résultats obtenus avec le test de Chi2 (p=0,075).

Il en ressort que le confort de réaliser des modules de DES sur le territoire alpin ne suffit pas aux internes pour réaliser tous les modules de DES décentralisés (p = 0,118).

Préférence des internes pour réaliser les modules de DES en groupe restreint

Une large majorité des internes (86,3%, n=44) préfère réaliser les modules de DES en groupe plus restreint.

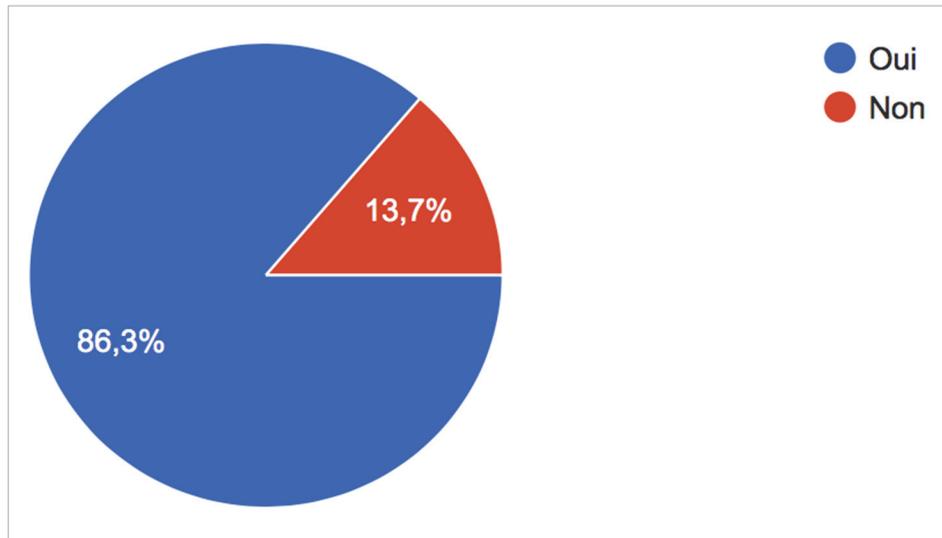


Figure 16 : Nombre d'interne préférant réaliser les modules de DES en groupe plus restreint

Souhait des internes de réaliser plus de modules de DES décentralisés

78% des étudiants (n=40) interrogés souhaiteraient pouvoir réaliser plus de modules de DES décentralisés.

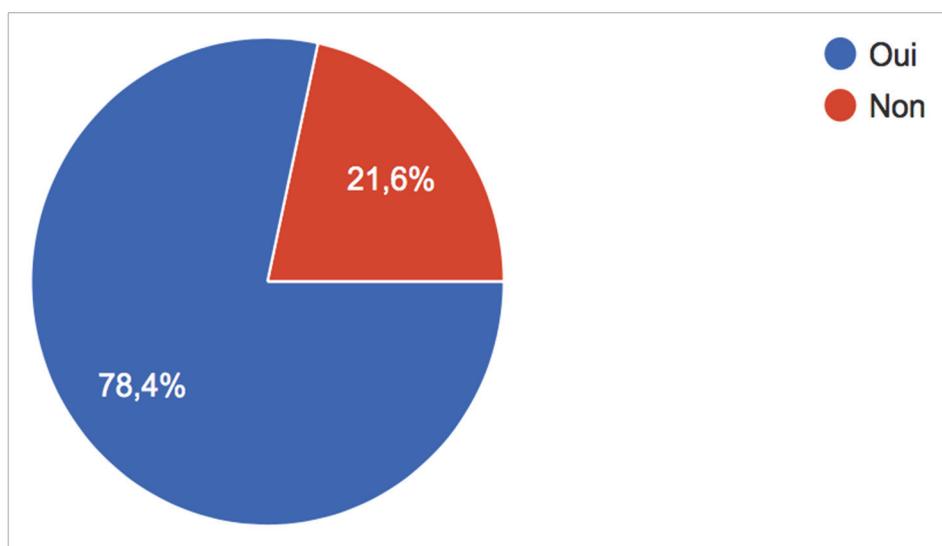


Figure 17 : Nombre d'internes ayant souhaité réaliser plus de modules décentralisés

Commentaires des répondants

Dans les réponses aux questions ouvertes, plusieurs avantages à la formation décentralisée sont apparus. Certains sont en lien avec les réponses au questionnaire analysées précédemment.

- La praticité et la réduction des trajets entraînant ainsi une diminution des couts de transport ont été mises en avant.
- La participation aux modules décentralisés en groupe restreint, cela facilite l'interaction avec l'intervenant et les échanges au sein des cours. Cela participe également à une meilleure qualité de l'enseignement pour les internes interrogés.
- Les échanges se faisant plus facilement, la possibilité de développer son réseau a également été exposée.
- La volonté de voir l'enseignement décentralisé se développer est régulièrement apparue.

Divers commentaires et remarques visant à l'amélioration de l'enseignement des modules décentralisés ont aussi émergé.

- Certains internes plébiscitent les cours en ligne et leur développement.
- La création de cours en lien avec les problématiques du territoire (la médecine de montagne) même si cet enseignement peut être abordé par des diplômes universitaires.
- Les enseignements post universitaires sur le territoire, même si non abordés dans les questions fermées, étaient plusieurs fois cités pour leur intérêt.
- Le développement de certains sujets dans les enseignements tels que la cotation des actes, les différents modes d'installation et l'imposition lors de l'exercice libéral.

3.4. Discussion

La décentralisation de l'enseignement et par conséquent la création des différentes unités pédagogiques territoriales en 2013 devait permettre de réaliser un tiers des modules d'enseignement sur place. Pour le semestre d'été 2019, on observe que ce sont près de la moitié des modules qui sont réalisables au sein des bassins de formation. (27)

Parmi les caractéristiques de notre population, environ 70% des internes effectuaient un stage en libéral. On remarque dans le même temps que près de la moitié de notre échantillon était composé d'internes en 1^{er} semestre et en 6^{ème} semestre. Ces données concordent puisque le stage de Médecine générale ambulatoire (niveau 1) est à réaliser au cours de la première année et le SASPAS (niveau 2) se réalise principalement en 6^{ème} semestre. Le territoire alpin propose d'ailleurs de nombreux terrains de SASPAS très attractifs pour les internes.

Une autre caractéristique de notre population est sa forte représentation féminine. Cette donnée rappelle la féminisation majeure qui s'opère depuis quelques années chez la jeune génération de médecin français avec une augmentation de 39,2% (2010) à 48,2% (2018) de femmes.

Nous notons que le confort (que ce soit en terme organisationnel, de réduction des temps de trajet ou des couts inhérents à ces derniers) n'est pas l'unique motivation des internes à réaliser des modules d'enseignement décentralisés. La participation aux cours en groupe restreint, fortement plébiscitée dans l'enquête, suscite pour les participants une meilleure interaction entre les étudiants ainsi qu'avec l'intervenant et améliore la qualité de l'enseignement. D'après l'analyse des commentaires, un intérêt pour les sujets des modules alpins apparaissait aussi pour une partie des répondants. C'est l'ensemble de ces caractéristiques de l'unité pédagogique qui ont poussé 80% des internes à souhaiter le développement des modules de DES décentralisés. Des internes en 1^{er} semestre faisaient part en commentaires, qu'ils auraient préféré réaliser leur enseignement pédagogique de manière décentralisée.

Nous constatons toutefois dans notre étude qu'environ 30% des internes qui en avaient la possibilité n'ont pas réalisé de modules décentralisés sur le territoire alpin.

Ce résultat est à mettre en parallèle avec la forte proportion d'internes dans l'étude n'ayant réalisé qu'un seul semestre dans les départements alpins. Au cours de ce semestre, il est probable qu'aucun module décentralisé ne leur ait été attribué.

L'étude tend à montrer que plus les internes réalisent de stages sur le territoire, plus ils réalisent de modules de DES décentralisés. Nous pouvons cependant seulement parler de tendance pour cette donnée. En effet, le test de régression linéaire orientant vers ce résultat a été réalisé avec peu d'individus. La taille de l'échantillon apparaît donc comme une limite dans notre étude, de même que le taux de participation pour réaliser des tests statistiques plus solides. A noter que ce taux de participation a été obtenu après plusieurs relances.

La mise en place des modules de DES décentralisés ayant un « cout » en termes d'organisation et de moyens humains, on pourrait penser que le développement des enseignements hors de la faculté se ferait plus facilement par l'augmentation des cours en ligne. Ils ont l'avantage de pouvoir être réalisés à domicile, à tout moment sur l'environnement numérique de travail (ENT), et ne nécessitent qu'une connexion internet et un ordinateur. Ce type d'enseignement se développe dans diverses écoles et instituts de formation. Le DUMG en a mis trois à disposition des étudiants. Néanmoins, on ne retrouve pas la dimension conviviale et la possibilité de se créer un réseau qui sont des critères relevés dans les commentaires des internes sur l'enseignement alpin. La création d'un réseau de soins au cours de l'internat sur le territoire alpin est favorisée par d'autres stratégies. Le développement des terrains de stage permettant actuellement la réalisation de la maquette d'internat complète en fait partie. L'interne a donc la possibilité de rester 3 ans sur le territoire. Pendant cette période, il rencontre les professionnels de santé de la région à travers différentes structures (hôpital, cabinet libéral, PMI), lui permettant donc de constituer son réseau professionnel. Ces mesures facilitant une attache professionnelle sont essentielles pour l'installation des futurs médecins généralistes. En effet, dans les nombreuses études sur les déterminants et les freins à l'installation des médecins généralistes, une attache antérieure qu'elle soit personnelle ou professionnelle apparaît comme le premier déterminant d'implantation. (3) A noter également que la rencontre des acteurs de la santé en étant encore « étudiant » permet la prise de conscience du manque de certaines spécialités dans le secteur et de murir un projet professionnel à

travers l'obtention de Diplômes Universitaires (DU) complémentaires. Cela peut permettre de répondre au mieux à la demande de la population.

Les autres réunions pédagogiques (RSCA, cours hospitaliers, EPU) ont aussi l'avantage de faire se rencontrer les professionnels de santé du secteur. Elles entrent également en compte dans l'établissement d'un réseau de soins. L'ensemble des dispositions mises en place sur notre bassin de formation par le biais de l'unité pédagogique territoriale alpine organise ainsi le décroisement hospitalo-libéral. Les rencontres aux différentes occasions des praticiens et internes évoluant dans les deux branches de la médecine de soins permettent, outre la création plus aisée d'un réseau de soins, une meilleure articulation entre la médecine de ville et l'hôpital voulue par le plan d'accès aux soins de 2017 et « Ma Santé 2022 ». On peut parler de maillage hospitalo libéral sur le territoire. A force de rencontres, d'échanges et de partages les praticiens libéraux apprennent les domaines de compétence, les méthodes de travail et même les contraintes de leurs confrères hospitaliers, et inversement. Le secteur gapençais bénéficie de cette dynamique : la Maison Médicale de Garde (MMG), créée par les médecins généralistes libéraux, a déménagé au sein même du CHICAS de Gap, fruit de la coopération entre Médecins de ville et Médecins hospitaliers. La MMG est donc une initiative collective d'organisation structurante de la permanence de soins ambulatoire (PDSA). Elle accueille actuellement la dispense des modules d'enseignements obligatoires de DES de Médecine Générale.

Hormis la constitution d'un réseau de soins, la réalisation de tous ses semestres d'internat sur le même secteur dans le cadre de l'unité pédagogique territoriale décentralisée permet à l'interne d'envisager sa vie personnelle et familiale plus sereinement (avec un enfant par exemple) et de concrétiser des projets tel que l'achat d'un bien immobilier, participant à l'amélioration du cadre de vie souhaitée par les jeunes générations.

Plusieurs solutions sont à envisager afin de pérenniser l'unité pédagogique territoriale alpine. La mise à disposition de plus de logements pour les internes, l'ouverture de postes d'internat de gynécologie médicale ou d'autres postes de pédiatrie libérale, la mise à disposition de structures d'accueil des internes (centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans les Hautes-Alpes, maisons de santé pluridisciplinaires...) et le recrutement de Maîtres de stage universitaires (MSU) de

Médecine Générale seraient à considérer pour développer la formation pratique. Ces dernières années, le nombre de MSU a cependant fortement augmenté. Dans le cadre de la formation théorique, actuellement quatre modules sont présents au sein du bassin de formation. Nous pourrions espérer, comme les internes de l'étude, que ce type d'enseignement se développe à l'avenir.

4. Conclusion

Le renouvellement insuffisant des médecins généralistes en termes de démographie médicale entraîne l'augmentation des zones sous-densifiées ou en voie de l'être. Cette problématique mérite une réponse et une mobilisation de la part de tous les acteurs de la santé. Une batterie de mesures incitatives principalement financières est en place mais semble mal connue et ne motive pas les jeunes médecins à l'installation en zone sous-dense. Le principe d'équité républicaine ne doit pas se traduire par une médecine à deux vitesses en fonction des catégories sociales ou territoriales. Le Président de la République a récemment rassuré les étudiants quant à l'absence de mesures coercitives. Néanmoins, cette épée de Damoclès pèse encore au-dessus des jeunes médecins et leur font craindre une restriction des libertés d'installation.

Le DUMG propose une réponse pour endiguer le développement des zones fragiles du territoire de la faculté de Médecine de Marseille par le biais des Unités Pédagogiques Territoriales Décentralisées. Ils visent à faire découvrir les territoires et à y implanter les internes en créant une attache professionnelle. Il faut cependant être conscient qu'il sera encore difficile d'amener les jeunes médecins généralistes à s'installer dans les bassins de vie où l'accès à certains équipements et services les plus courants sont devenus très éloignés (école, commerce, etc). (30)

Sur le territoire alpin, les internes disposent d'une formation pratique complète puisqu'ils peuvent réaliser l'ensemble de la maquette de stage. Cela permet la création d'un réseau de soins pour l'interne, levant un frein à son installation ultérieure. Un ensemble d'enseignements théoriques sont également disponibles. Nous avons vu que ces différents enseignements rendent aussi possible la création d'un réseau de soins. Le développement de ces enseignements est fortement demandé par les internes, d'une part pour leur qualité et d'autre part parce qu'ils permettent un maillage et un décloisonnement hospitalo-libéral.

La réforme du troisième cycle des études médicales a souhaité accélérer le virage ambulatoire de la formation des jeunes médecins et s'affranchir du modèle hospitalo-centré. Le DUMG a prouvé que la décentralisation de la formation est possible en faisant évoluer cette dernière pour qu'elle soit plus proche des territoires. Cette évolution de l'enseignement s'est opérée sur plusieurs années. Le cheminement est allé de la revitalisation du territoire en internes de Médecine Générale à la délocalisation hors des locaux de la faculté des modules d'enseignements obligatoires

à l'obtention du diplôme de DES. Ce type d'enseignement s'intègre donc dans l'organisation territoriale des soins à l'image des CPTS pour répondre en partie à la problématique de la démographie médicale en zone éloignée.

Les départements alpins présentent des perspectives encourageantes en termes de démographie médicale. On peut penser que la réimplantation des internes sur le territoire et la création de l'unité pédagogique territoriale ont participé à cette dynamique. Face au vieillissement attendu de la population, il serait intéressant d'appliquer ce modèle de formation à d'autres facultés de Médecine françaises.

5. Références

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins, BOUET P. Atlas de la démographie médicale en France. 2018.
2. ARS PACA, Région PACA, Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône. Aides à destination des médecins. 2019.
3. Commissariat général à l'égalité des territoires. Etude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. 2015.
4. LOUYOT T. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine ? 2016.
5. WONCA Europe. La définition européenne de la Médecine Générale - Médecine de famille. 2002.
6. SENAT. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées. 2017.
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins, LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en France. 2013.
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins, BOUET P. Synthèse de l'activité régulière. 2018.
9. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Démographie des professionnels de santé : un outil de projections d'effectifs de médecins. 2018.
10. Conseil National de l'Ordre des Médecins, BOUET P. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. 2018.
11. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. 2019. Disponible sur : https://demographie.medecin.fr/#s=2019;l=fr;i=demo_med.dens_gen_lib_mixte;v=map5
12. Assurance Maladie. PAPS Portail : Aides de l'Assurance maladie [Internet]. 2015. Disponible sur : <http://www.paps.sante.fr/Aides-de-l-Assurance-maladie.41920.0.html>
13. CSMF. Aides à l'installation et au maintien des médecins en zone déficitaire. 2016.
14. Agence Régionale de Santé. Plan d'accès aux soins : les premières avancées significatives dans les territoires [Internet]. 2018. Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/plan-dacces-aux-soins-les-premieres-avancees-significatives-dans-les-territoires>

15. Agence régionale de Santé. Le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins [Internet]. 2018. Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/le-plan-pour-renforcer-laccès-territorial-aux-soins>
16. Observatoire régional de la santé PACA. Portrait socio-sanitaire et environnemental des Alpes-de-Haute-Provence. 2018.
17. Observatoire régional de la santé PACA. Portrait socio-sanitaire et environnemental du département des Hautes-Alpes. 2018.
18. INSEE. Population dans les territoires - Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur - 55 [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3202325#titre-bloc-3>
19. Collège Méditerranéen des Généralistes Maitres de Stage. Projet « Maitrise de stage en zones éloignées ». 2008.
20. BENEZECH L. Etudes médicales et critères d'implantation démographiques. 2009.
21. BARET M. Démographie médicale : évaluation et impact d'un dispositif d'aide à la maitrise de stage en zones éloignées dans le territoire alpin (04-05). 2012.
22. Agence Régionale de Santé PACA. Compte-rendu de la commission de coordination de l'offre de proximité (CCOP). 2013.
23. Faculté de Médecine de Marseille, FILIPPI S. Enseignement théorique de D.E.S de Médecine Générale. Modalités d'enseignement proposées pour la rentrée de novembre 2014. 2014.
24. GOUVERNEUR E. Démographie médicale sur Apt (84) avec les stratégies d'implantation des nouvelles générations médicales via les ilots de formation : récit d'une expérience personnelle. 2014.
25. GUAIS-LERAT F. Etude des facteurs favorisant l'installation des médecins généralistes libéraux en Bourgogne. 2015.
26. Département Universitaire de Médecine Générale. Règles de validation des modules d'enseignement de Médecine Générale. 2015.
27. Département Universitaire de Médecine Générale. Enseignements théoriques du D.E.S de Médecine Générale pour le semestre de mai 2019 à octobre 2019. 2019.
28. Agence Régionale de Santé PACA, Délégation territoriale des Hautes-Alpes. Programme territorial de santé des Hautes-Alpes. 2013.
29. Agence Régionale de Santé PACA, Délégation territoriale des Alpes-de-Haute-Provence. Programme territorial de Santé des Alpes-de-Haute-Provence. 2013.
30. BIGEON C. Ilot de formation en Médecine Générale Ouest Etang de Berre : état des lieux, prospectives. 2014.

QUESTIONNAIRE

1/ Sexe

2/ Age

3/ Faculté d'externat

4/ Semestre hospitalier ou libéral

5/ En quel semestre êtes-vous ? (Ou étiez-vous lors de votre dernier semestre dans les alpes)

6/ Combien de stage(s) avez-vous réalisé dans les départements alpins ? (04-05) ?

7/ Au cours de votre/vos stage(s) dans les départements alpins, avez-vous des modules de DES à réaliser obligatoirement à Marseille ?

8/ Si oui, combien ?

9/ Combien de module(s) de DES décentralisé(s) dans les départements alpins avez-vous réalisé ?

10/ Si vous en aviez la possibilité (par votre classement, le nombre de semestre réalisé dans les départements alpins adéquat, hors 1er et 2ème semestre), avez-vous réalisé tous les modules de DES décentralisés ?

11/ Pourquoi ?

12/ A-t-il été plus confortable pour vous de ne pas avoir à aller sur Marseille pour réaliser certains modules de DES ?

13/ Cela a-t-il conditionné votre choix ?

14/ Préférez-vous réaliser vos modules de DES en groupe plus restreint ?

15/ Auriez-vous souhaité réaliser plus de modules de DES décentralisés ?

16/ Avez-vous trouvé des avantages à ce type de fonctionnement (enseignement décentralisé près des terrains de stage dans les Alpes) ?

17/ Faites part de vos commentaires et réflexions sur l'enseignement décentralisé alpin en général (modules de DES, soirées RSCA, cours hospitalier...)

6. Abréviations

04 : Alpes-de-Haute-Provence
05 : Hautes-Alpes
ARS : Agence Régionale de Santé
CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins
CDS : Centre de Soins
CESP : Contrat d'Engagement du Service Public
CFE : Cotisation Foncière des Entreprises
CHICAS : Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud
COSCOM : Contrat de Stabilisation et de Coordination
COTRAM : Contrat de Transition pour les Médecins
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSTM : Contrat Solidarité Territoriale Médecin
DES : Diplôme d'Etude Spécialisée
DOM : Département d'Outre-Mer
DU : Diplôme Universitaire
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
ECN : Examen Classant Nationale
ENT : Environnement Numérique de Travail
EPU : Enseignement Post-Universitaire
FMC : Formation médicale Continue
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IR : Impôt sur le revenu
MMG : Maison Médicale de Garde
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSU : Maître de Stage universitaire
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maitrisée
PACA : Provence-Alpes-Côte-D'azur
PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé
PDSA : Permanence de Soins Ambulatoire
PIAS : Praticien Isolé à Activité Saisonnière
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PTMA : Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire
PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale
PTMR : Praticien Territorial Médical de Remplacement
RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
SAU : Service d'Accueil des Urgences
UEC : Unité d'Enseignement Complémentaire
UEL : Unité d'Enseignement Libre
UEO : Unité d'Enseignement Obligatoire
UPTD : Unité Pédagogique Territoriale Décentralisée
ZAC : Zone d'Action Complémentaire
ZFU : Zone Franche Urbaine
ZIP : Zone d'intervention Prioritaire
ZRR : Zone de revitalisation Rurale
ZV : Zone de Vigilance

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.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Le nombre de médecins généralistes sur le territoire ne cesse de diminuer et les projections à l'horizon 2025 prévoient une confirmation de cette tendance. La baisse des effectifs survient dans un contexte de répartition inégale des médecins sur le territoire. La formation médicale initiale à la faculté de Médecine de Marseille a fait l'objet de remaniements dans le but d'apporter aux étudiants en médecine les compétences fondamentales dans l'exercice de leur futur métier, et d'essayer de répondre aux problématiques de démographie médicale. Le but de cette thèse est de décrire l'UPTD alpine, d'en faire l'état des lieux.

DEMOGRAPHIE : Le territoire alpin présente des perspectives démographiques encourageantes mais aussi des faiblesses à mettre en perspective avec les prévisions de démographie de la population sur le territoire. Une batterie de mesures incitatives à l'installation existe mais est mal connue et ne parvient pas enrayer les problèmes de démographie médicale.

UNITE PEDAGOGIQUE : Le développement des terrains de stage permet aux internes de réaliser les 3 années de la maquette d'internat sur le territoire alpin (04-05) et se créer un réseau de soins. La décentralisation de modules de DES permet de valider une partie de l'enseignement obligatoire pour le DES de Médecine Générale. Les autres types d'enseignements présents sur site participent aussi à la création d'un réseau de soins et au décloisonnement hospitalo-libéral. Les UPTD se comportent donc comme Marseille avec ses sites de formations et nécessitent une logistique, des structures et des professeurs pour leur organisation.

ENQUETE D'OPINION : Il s'agit d'une enquête descriptive, observationnelle, réalisée auprès des internes en Médecine Générale présents sur le territoire alpin de mai 2017 à mai 2018. Les répondants souhaitent le développement de l'enseignement décentralisé. Plus les internes réalisent de stage sur le territoire, plus ils réalisent de modules de DES décentralisés. Toutefois, le confort n'est pas l'unique motivation des internes à réaliser des modules d'enseignement décentralisés. La participation aux cours en groupe restreint, fortement plébiscitée dans l'enquête, suscite pour les participants une meilleure interaction entre les étudiants ainsi qu'avec l'intervenant et améliore la qualité de l'enseignement. Plusieurs solutions sont à envisager afin de pérenniser l'UPTD alpine. La mise à disposition de plus de logements pour les internes, l'ouverture de postes d'internat de gynécologie médicale, la mise à disposition de structures d'accueil des internes et le recrutement de Maîtres de stage universitaires de Médecine Générale. Nous pourrions espérer, comme les internes de l'étude, que l'enseignement décentralisé développe à l'avenir.

CONCLUSION : La réforme du troisième cycle des études médicales a souhaité accélérer le virage ambulatoire de la formation des jeunes médecins et s'affranchir du modèle hospitalo-centré. Le DUMG a prouvé que la décentralisation de la formation est possible en faisant évoluer cette dernière pour qu'elle soit plus proche des territoires. Le département alpin ayant des perspectives démographiques encourageantes, il serait intéressant d'élargir ce concept à d'autres facultés de médecine françaises.

MOTS CLÉS : décentralisation, unité pédagogique territoriale décentralisée, réseau de soins, maillage hospitalo-libéral, internat de Médecine Générale, territoire alpin (04-05), démographie médicale