



HAL
open science

**Développement d'un mode d'exercice mixte
urgences-médecine générale pour améliorer l'offre de
soins dans les zones de faible densité médicale.
Recensement de l'avis des médecins généralistes et
urgentistes des Alpes-de-Haute-Provence**

Sandra Pedrosa

► **To cite this version:**

Sandra Pedrosa. Développement d'un mode d'exercice mixte urgences-médecine générale pour améliorer l'offre de soins dans les zones de faible densité médicale. Recensement de l'avis des médecins généralistes et urgentistes des Alpes-de-Haute-Provence. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02428865

HAL Id: dumas-02428865

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02428865>

Submitted on 6 Jan 2020

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

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



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Développement d'un mode d'exercice mixte urgences - médecine générale
pour améliorer l'offre de soins dans les zones de faible densité médicale.
Recensement de l'avis des médecins généralistes et urgentistes des
Alpes-de-Haute-Provence.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 7 Novembre 2019

Par Madame Sandra PEDROSA

Née le 26 août 1990 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ROCH Antoine	Président
Monsieur le Docteur SKRZYPEK Nicolas	Directeur
Monsieur le Professeur ALBANÈSE Jacques	Assesseur
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	Assesseur
Madame le Docteur WIRAMUS Sandrine	Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Développement d'un mode d'exercice mixte urgences - médecine générale
pour améliorer l'offre de soins dans les zones de faible densité médicale.
Recensement de l'avis des médecins généralistes et urgentistes des
Alpes-de-Haute-Provence.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 7 Novembre 2019

Par Madame Sandra PEDROSA

Née le 26 août 1990 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ROCH Antoine	Président
Monsieur le Docteur SKRZYPEK Nicolas	Directeur
Monsieur le Professeur ALBANÈSE Jacques	Assesseur
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	Assesseur
Madame le Docteur WIRAMUS Sandrine	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

Mis à jour 01/01/2019

*

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MM	MM
AGOSTINI Serge	FAVRE Roger	NOIRCLERC Michel
ALDIGHIERI René	FIECHI Marius	OLMER Michel
ALESSANDRINI Pierre	FARNARIER Georges	OREHEK Jean
ALLIEZ Bernard	FIGARELLA Jacques	PAPY Jean-Jacques
AQUARON Robert	FONTES Michel	PAULIN Raymond
ARGEME Maxime	FRANCOIS Georges	PELOUX Yves
ASSADOURIAN Robert	FUENTES Pierre	PENAUD Antony
AUFFRAY Jean-Pierre	GABRIEL Bernard	PENE Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola	GALINIER Louis	PIANA Lucien
AZORIN Jean-Michel	GALLAIS Hervé	PICAUD Robert
BAILLE Yves	GAMERRE Marc	PIGNOL Fernand
BARDOT Jacques	GARCIN Michel	POGGI Louis
BARDOT André	GARNIER Jean-Marc	POITOUT Dominique
BERARD Pierre	GAUTHIER André	PONCET Michel
BERGOIN Maurice	GERARD Raymond	POUGET Jean
BERNARD Dominique	GEROLAMI-SANTANDREA André	PRIVAT Yvan
BERNARD Jean-Louis	GIUDICELLI Roger	QUILICHINI Francis
BERNARD Pierre-Marie	GIUDICELLI Sébastien	RANQUE Jacques
BERTRAND Edmond	GOUDARD Alain	RANQUE Philippe
BISSET Jean-Pierre	GOUIN François	RICHAUD Christian
BLANC Bernard	GRILLO Jean-Marie	RIDINGS Bernard
BLANC Jean-Louis	GRISOLI François	ROCHAT Hervé
BOLLINI Gérard	GROULIER Pierre	ROHNER Jean-Jacques
BONGRAND Pierre	HADIDA/SAYAG Jacqueline	ROUX Hubert
BONNEAU Henri	HASSOUN Jacques	ROUX Michel
BONNOIT Jean	HEIM Marc	RUFO Marcel
BORY Michel	HOUEL Jean	SAHEL José
BOTTA Alain	HUGUET Jean-François	SALAMON Georges
BOURGEADE Augustin	JAQUET Philippe	SALDUCCI Jacques
BOUVENOT Gilles	JAMMES Yves	SAN MARCO Jean-Louis
BOUYALA Jean-Marie	JOUVE Paulette	SANKALE Marc
BREMOND Georges	JUHAN Claude	SARACCO Jacques
BRICOT René	JUIN Pierre	SASTRE Bernard
BRUNET Christian	KAPHAN Gérard	SCHIANO Alain
BUREAU Henri	KASBARIAN Michel	SCOTTO Jean-Claude
CAMBOULIVES Jean	KLEISBAUER Jean-Pierre	SEBAHOUN Gérard
CANNONI Maurice	LACHARD Jean	SERMENT Gérard
CARTOUZOU Guy	LAFFARGUE Pierre	SERRATRICE Georges
CAU Pierre	LAUGIER René	SOULAYROL René
CHABOT Jean-Michel	LE TREUT Yves	STAHL André
CHAMLIAN Albert	LEVY Samuel	TAMALET Jacques
CHARREL Michel	LOUCHET Edmond	TARANGER-CHARPIN Colette
CHAUVEL Patrick	LOUIS René	THOMASSIN Jean-Marc
CHOUX Maurice	LUCIANI Jean-Marie	UNAL Daniel
CIANFARANI François	MAGALON Guy	VAGUE Philippe
CLEMENT Robert	MAGNAN Jacques	VAGUE/JUHAN Irène
COMBALBERT André	MALLAN- MANCINI Josette	VANUXEM Paul
CONTE-DEVOLX Bernard	MALMEJAC Claude	VERVLOET Daniel
CORRIOL Jacques	MARANINCHI Dominique	VIALETTES Bernard
COULANGE Christian	MARTIN Claude	WEILLER Pierre-Jean
DALMAS Henri	MATTEI Jean François	
DE MICO Philippe	MERCIER Claude	
DESSEIN Alain	METGE Paul	
DELARQUE Alain	MICHOTÉY 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	

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 DETCHAN
(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-Bre)
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 T. MARRIE (Canada)
Sir 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			2016		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011	M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011	M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011	M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011	M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011	M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
2009			M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011	M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012	M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
2010			M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014	M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
2011			M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015	M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015	M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015	2017		
2012			M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015	M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015	M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015	M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015	M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015	M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015	M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015	M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018
2013			2018		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016	M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016	M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016	M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016	M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016	M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016	M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016			
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016			
2014					
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017			
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017			
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017			
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017			
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017			
2015					
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018			
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018			
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016			
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016			
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016			
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016			

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
BREGÉON 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

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

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>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)</p>	<p>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)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMMONOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)</p>	
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
<p>GUEDJ Eric (PU-PH) GUYE Maxime (PU-PH) <i>MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre</i> TAIEB David (PU-PH)</p> <p>BELIN Pascal (PR) (69ème section) RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)</p> <p>CAMMILLERI Serge (MCU-PH) VION-DURY Jean (MCU-PH)</p> <p>BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)</p>	<p>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)</p>
BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604	CHIRURGIE DIGESTIVE 5202
<p><i>CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre</i> GAUDART Jean (PU-PH) GIORGI Roch (PU-PH)</p> <p>CHAUDET Hervé (MCU-PH) DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH) GIUSIANO Bernard (MCU-PH) MANCINI Julien (MCU-PH)</p> <p>ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section) BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)</p>	<p>BERDAH Stéphane (PU-PH) HARDWIGSEN Jean (PU-PH) SIELEZNEFF Igor (PU-PH)</p> <p>BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)</p>
	CHIRURGIE GENERALE 5302
	<p>DELPERO Jean-Robert (PU-PH) MOUTARDIER Vincent (PU-PH) SEBAG Frédéric (PU-PH) TURRINI Olivier (PU-PH)</p> <p>BEGE Thierry (MCU-PH) BIRNBAUM David (MCU-PH)</p>

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)

GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUY'S Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERRROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (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)
 HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-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)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-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)

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)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

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)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

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

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**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)

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)

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

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

IMMUNOLOGIE 4703	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701
<p>KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)</p> <p>FERON François (PR) (69ème section)</p> <p>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)</p> <p>BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)</p>	<p>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)</p> <p>DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH) LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)</p> <p>POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)</p>
MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603
<p>BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)</p> <p>MILLION Matthieu (MCU-PH)</p>	<p>BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)</p> <p>TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)</p> <p>BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)</p>
MEDECINE D'URGENCE 4805	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905
<p>KERBAUL François (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH)</p>	<p>BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)</p>
MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602
<p>BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) FRANCES Yves (PU-PH) <i>Surnombre</i> GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)</p> <p>EBBO Mikael (MCU-PH)</p> <p>GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)</p> <p>ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)</p> <p>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)</p>	<p>LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)</p> <p>BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH) SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)</p>
NUTRITION 4404	NEPHROLOGIE 5203
<p>DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH)</p> <p>ATLAN Catherine (MCU-PH) <i>disponibilité</i> BELIARD Sophie (MCU-PH)</p> <p>MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)</p>	<p>BERLAND Yvon (PU-PH) <i>Surnombre</i> BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphanne (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-PH) JOURDE CHICHE Noémie (PU PH) MOAL Valérie (PU-PH)</p>
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROCHIRURGIE 4902
<p>CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)</p>	<p>DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH)</p> <p>CARRON Romain (MCU PH) GRAILLON Thomas (MCU PH)</p>
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
<p>CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)</p>	<p>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)</p>

<p align="center">OPHTALMOLOGIE 5502</p> <p>DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i></p>	<p align="center">PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904</p> <p>DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)</p>
<p align="center">OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501</p> <p>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) <i>Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)</p>	<p align="center">PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803</p> <p>BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) <i>Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)</p>
<p align="center">PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502</p> <p>RANQUE Stéphane (PU-PH)</p> <p>CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)</p>	<p align="center">PHILOSOPHIE 17</p> <p>LE COZ Pierre (PR) (17ème section) MATHIEU Marion (MAST)</p>
<p align="center">PEDIATRIE 5401</p> <p>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)</p> <p>COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)</p>	<p align="center">PHYSIOLOGIE 4402</p> <p>BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)</p> <p>BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) <i>(disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH)</p> <p>RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)</p>
<p align="center">PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903</p> <p>BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)</p>	
<p align="center">PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16</p>	
<p>AGHABABIAN Valérie (PR)</p>	
<p align="center">RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302</p> <p>BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOITRE 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)</p>	<p align="center">PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101</p> <p>ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) CHARPIN Denis (PU-PH) <i>Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)</p> <p>MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)</p>
<p align="center">REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802</p> <p>GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH)</p> <p>HRAIECH Sami (MCU-PH)</p>	<p align="center">THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804</p> <p>AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH)</p> <p>DAUMAS Aurélie (MCU-PH)</p>
<p align="center">RHUMATOLOGIE 5001</p> <p>GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)</p>	<p align="center">UROLOGIE 5204</p> <p>BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)</p>

Remerciements

Merci, aux membres de mon jury pour leur présence ce jour,

A Nicolas Skrzypek pour avoir accepté de m'accueillir dans l'univers de la médecine de montagne et m'avoir transmis la beauté de cette spécialité, de m'avoir orientée dans mes choix de carrière avec sagesse et bienveillance, et de m'avoir amenée vers les urgences,

Au Professeur Antoine Roch et à son service qui m'ont permis de confirmer mon amour pour la médecine d'urgences,

Au Professeur Albanèse pour m'avoir accueillie et appris dans son service,

Au Docteur Wiramus pour sa gentillesse, son soutien, son modèle qui nous guide un peu toutes...

Au Docteur Gerbeaux pour mes premières bases d'externes et ses conseils légendaires que je garde précieusement pour garder l'esprit ouvert aux diagnostics différentiels...

Merci aux médecins auprès de qui j'ai appris mon métier, pour la patience et leur soif de transmission ...

Merci à Carmen pour le soutien, les rigolades, la psychologie, la tutelle, l'amitié, pour être un peu SAM parfois ! Si tes prémonitions à 3 ans sont vraies, j'en serai chanceuse et fière. Merci pour les corrections et l'aide si précieuse...

Merci à Francis Bouvier pour le symbole et les valeurs,

Merci à Nicolas Skrzypek pour m'avoir montré quel médecin je voulais devenir,

Merci à Pierre Patin et Yves Marchandy de m'avoir appris à l'être.

Merci à toutes les équipes paramédicales qui ont joué un rôle déterminant pour faire de moi le médecin que je suis.

A la médecine C où tous a commencé et merci à Stéphanie et Hélène pour le soutien sans faille de ces débuts,

Aux urgences de Toulon et pédiatriques de Nord,

Aux infirmières de la réanimation des brûlés de votre humanité et d'avoir été tant à l'écoute dans ce semestre si spécial,

Merci aux ambulanciers et infirmiers du SAMU 13 pour nous avoir accueillis dans leur refuge, intégrés dans les camions et soutenus dans l'adversité !

Merci,

A ma famille qui m'a toujours soutenue de près ou de loin en comprenant toujours ces temps d'absence... merci à Cécile, Mireille, Tato pour votre bienveillance, merci à Caroline si proche malgré la distance et nos emplois du temps,

Aux copains de la bande Endoumoise, qui dans les prémices de cette aventure m'ont tant apporté,

Aux amies des débuts de médecine, Julie et Lucia, dont les chemins sont ailleurs mais avec qui nous devons partager ces jours si importants,

A toute la joyeuse bande d'internat... « si on reconnaît quelqu'un à ses copains, je sais que les miens sont très très bien » qui me rendent fière d'avoir choisi la même voie qu'eux.

A ceux des débuts et de toujours, Claire, M-C, Lise-No, Alizée, Pierrot, Pauline, « T »,

Aux urgentistes, mon phare Morgane, Eve, David, Vallon, « Q », Cécé... pour nos gardes, et pour les congrès d'excellence,

Aux copains de pédiatrie, Hélène frontale comme on aime, Doudou pour la découverte de la Duchesse de Bourgogne, ton avis cardio et les sessions skis à venir, Juju pour la rébellion, Mathilde et Tish pour les orientations de carrière,

A Victorine pour ce semestre de réa pour le soutien, la gentillesse et l'amitié,

A mes acolytes d'externat Hugo et Stéphane pour nos inlassables soirées aux Membres et à toutes celles qui ont suivi et qui viendront, pour l'absurdité constante, pour les rires, pour les pleurs, pour la tendresse cachée, pour l'amitié précieuse,

A ma soupape Thoramienne et surtout ma co-voyageuse d'internat Estelle, à l'hébergement des week-ends frileux et de la rédaction intensive de thèse... merci pour ces instants volés de nature et de voyages au bout du monde,

A Zé, pour le soutien et pour se laisser porter avec moi par les grands canards blancs ici et au bout du monde, merci pour rendre les cookies si spéciaux...

Merci à Papou d'avoir mis dans mon esprit le chemin vers cette vocation, et de m'avoir appris jusqu'au bout, c'est à lui que je dédie ce travail,

Merci à mes parents qui m'ont supportée à chaque instant, dans les réussites, les désillusions et les doutes et sans qui je n'aurais pas pu aller au bout de ce rêve. Vous avez en tout instant été d'un soutien indéfectible, merci, sincèrement.

Vous êtes extraordinaires,

Je vous aime.

I. Table des matières

I.	Table des matières	1
II.	Introduction.....	2
III.	Matériel et méthode	4
IV.	Résultats.....	8
A.	Population	8
1.	Sexe	8
2.	Age.....	8
3.	Activité.....	9
4.	Temps de travail clinique et non clinique	9
B.	Critère de jugement principal : « le développement d’un exercice mixte permettrait une amélioration de l’offre de soins dans les Alpes-de-Haute-Provence ».	11
C.	Critères de jugement secondaires.....	14
1.	L’accès aux soins.....	14
2.	La qualité des soins.....	15
3.	Concernant la qualité de vie des médecins.....	18
4.	Concernant l’incitation à l’installation de nouveaux médecins	19
5.	Le développement de l’exercice mixte.....	21
V.	Discussion	23
A.	Le choix du lieu et le contexte.....	23
B.	L’accès aux soins.....	25
C.	La qualité de vie des médecins.....	26
D.	La qualité des soins.....	28
E.	L’incitation à l’installation	30
VI.	Conclusion	34
VII.	Références.....	35
VIII.	Annexes	37
A.	Annexe 1 : Questionnaire.....	37
IX.	Abréviations.....	42

II. Introduction

Depuis les années 2000, la question de la permanence des soins et de la désertification médicale est soulevée par la communauté médicale, les médias et les pouvoirs publics sans que le problème ne semble trouver de réponse satisfaisante.

Plusieurs méthodes ont été étudiées et initiées telles que la création de maisons médicales ou des incitations à l'installation par la rémunération. Ces méthodes visent à inciter l'installation des jeunes générations pour favoriser leur implantation en libéral dans des zones parfois « désertées ». Malheureusement, elles ne semblent pas apporter une réponse suffisante à ces difficultés.

En effet, le problème semble plus profond, et les médecins libéraux ne veulent plus, pour la majorité, exercer dans les mêmes conditions que les médecins des générations partant aujourd'hui à la retraite.

Dans le département des Alpes-de-Haute-Provence c'est un problème récurrent et chaque départ de médecin soulève à nouveau la difficulté du maintien d'une présence médicale. Les contraintes territoriales impliquent aussi des difficultés d'exercice : avec l'éloignement des services hospitaliers, les médecins sont confrontés à la gestion d'urgences médicales, parfois vitales, et sont souvent isolés pour leurs prises en charge. De plus, la permanence de soins ambulatoires (PDSA) s'organise entre ces médecins libéraux qui deviennent les « seuls » garants du maintien de l'état de santé d'un bassin de population parfois étendu.

Par ailleurs, les services d'Urgence des centres hospitaliers de périphérie restent en difficulté pour maintenir des effectifs médicaux stables et se retrouvent en charge d'une part majeure des consultations de premiers recours. La charge de travail y est alors très importante et les gardes intenses. Actuellement, les services d'urgences sont d'ailleurs en proie à une crise. La grève nationale des urgences au printemps 2019 est le témoin d'un mal croissant du service public à assurer son rôle et à « absorber » la recrudescence des consultations dans les services d'urgence.

Féminisation de la profession, souhait de temps pour la formation, refus du travail de nuit, volonté de « profiter de sa vie personnelle », de « voir grandir ses enfants » sont autant de facteurs avancés par les nouvelles générations pour justifier d'un exercice moins contraignant qu'auparavant.

Mais comment palier ce bouleversement des mentalités et de la pratique médicale sans en faire payer le prix aux patients dont les besoins de santé sont grandissants avec le vieillissement de la population notamment dans les zones déjà considérées comme « fragiles » (1).

Devant ce constat et la difficulté de motiver l'installation des médecins dans ces zones territoriales en difficultés, il nous semblait intéressant d'envisager le développement d'un exercice mixte. Autrement dit un statut de médecin généraliste-urgentiste exerçant à la fois dans un service d'urgence mais réalisant aussi des plages de consultations de médecine générale (parfois en cabinet à distance de l'hôpital) et ainsi de repenser l'organisation de la permanence des soins de façon globale sans dissocier les différents acteurs mais en les imaginant tous au sein d'une même organisation.

Selon nous, ce mode d'exercice permettrait une meilleure répartition des consultations de premier recours entre tous. Les patients auraient un système de recours extra-hospitalier plus facile qui permettrait de désengorger les urgences et les médecins pourraient se relayer comme dans un système de garde permettant aussi aux libéraux de profiter d'un rythme de vie plus souhaitable.

Il nous semblait pertinent d'interroger les médecins urgentistes et généralistes des Alpes-de-Haute-Provence sur ce sujet pour répondre à la problématique suivante :

Quelle est l'opinion des médecins généralistes et urgentistes des Alpes de Haute Provence concernant le développement d'un exercice mixte pour améliorer l'offre de soins dans les zones territoriales en difficulté ?

III. Matériel et méthode

Pour répondre à la question posée, nous avons réalisé une enquête d'opinion tentant de recueillir le maximum de réponses auprès de la population concernée.

Un questionnaire type soulevant différents points concernant le développement d'un exercice mixte (aspects pratiques, points de vue sur différentes perspectives attendues ou sources d'inquiétudes avec le développement de cet exercice). Les résultats sont anonymes.

Le questionnaire est joint en Annexe 1.

Le questionnaire a été construit sur la base des différentes sources bibliographiques citées dans le travail, d'échanges avec les médecins, pharmaciens et personnels paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes) exerçant dans ces zones rurales et avec les étudiants en médecine quant à leur ressenti sur la possibilité de partir exercer dans les zones territoriales isolées.

La littérature et les problèmes soulevés notamment par les nouvelles générations sont concordants : inquiétudes quant à l'isolement, au temps de travail, à la nécessité de devoir gérer des urgences vitales, pression sociale, difficultés administratives liées à l'installation sont des problèmes redondants soulevés par les futurs médecins généralistes. De plus les femmes représentent une partie de plus en plus importante de la population dans la profession et soulèvent le problème de la gestion d'un cabinet et d'une vie de famille avec notamment la gestion d'un congé maternité lorsqu'elles sont installées dans leur propre cabinet.

La population cible est celle des médecins généralistes et urgentistes des Alpes-de-Haute-Provence (04). Le questionnaire a été transmis par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre du 04 à l'ensemble de la population. Un premier envoi de mail a été réalisé fin juin, suivi d'un rappel à 1 et 2 mois. Afin d'optimiser le nombre de réponses, nous avons contacté les médecins directement par téléphone, à leur cabinet ou aux urgences pour s'assurer de la bonne réception du mail et insister sur l'importance de leur participation.

L'enquête s'adresse aux médecins généralistes ou urgentistes. Elle concerne donc les médecins exerçant une activité libérale, les médecins exerçant dans les services d'urgence, les médecins généralistes ayant un exercice mixte (hospitalo-libéral avec une activité hospitalière aux urgences ou en service conventionnel) ou salarié.

Par défaut ceux qui ne correspondaient pas à ces critères étaient exclus.

La population totale sondée était de 250 médecins (1). Elle correspond à l'effectif total de médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre dans le département, tous modes d'exercices confondus (y compris les médecins retraités). Les chiffres publiés par le site de l'ARS recensent 186 médecins généralistes actuellement en exercice.



La taille de l'échantillon devait être de 100 participants pour obtenir une puissance de 80% au risque alpha de 5%.

Nous avons recueilli 94 réponses (soit une participation de 37%).

Le questionnaire a été diffusé via Google (Google Form), les données recueillies sur Google sheets et transférées sous Excel pour une première analyse sur Excel Stat. Les statistiques ont été complétées par une analyse sur pvalue (2).

La **question principale** porte sur l'avis des médecins généralistes et urgentistes des Alpes-de-Haute-Provence sur le développement d'un exercice mixte pour améliorer l'offre de soins.

La réponse était considérée comme positive pour les personnes répondant « oui » ou « c'est possible, vous pensez qu'il faut développer cette idée » et négative pour les personnes répondant « C'est plutôt une mauvaise idée, vous voyez beaucoup de facteurs qui rendent cet exercice inenvisageable » ou « Vous êtes contre, c'est une idée qui vous paraît absurde, "on ne fait pas le même métier" ».

Le **critère de jugement principal** a été défini comme suit : selon les médecins généralistes et urgentistes des Alpes de Haute Provence, le développement d'un exercice mixte permettrait une amélioration de l'offre de soins.

Les **critères secondaires de jugement** portent sur :

- La manière dont pourrait être développé cet exercice sur le plan pratique :
 - Salariat et/ou rémunération partiellement indexée sur le nombre de consultations libérales,
 - Développement de dossiers médicaux partagés,
 - Consultations libérales réalisées à proximité et/ou distance de l'hôpital,

Les questions étaient sous la forme « l'exercice mixte peut-il... » et les réponses possibles étaient « oui » ou « non ».

Des analyses univariées ont ensuite été réalisées pour chaque donnée recueillie en fonction de l'avis général des médecins et en fonction des caractéristiques de la population interrogée.

- Les bénéfices et inquiétudes attendus avec le développement de cet exercice dans 4 domaines :
 - L'accès aux soins médicaux, qui selon nous pourrait être amélioré au niveau de la couverture territoriale et d'un élargissement de la permanence de soins ambulatoires.
 - La qualité des soins médicaux, qui selon nous pourrait être améliorée par une meilleure communication entre médecins, une connaissance des filières, un accès à la formation continue plus aisé.
 - La qualité de vie des médecins, qui selon nous serait améliorée par une variété des exercices, un partage de la charge de travail plus équitable, une diminution de la charge administrative en libéral.

- L'attrait de l'exercice dans le département pour les jeunes installés avec une formation aux urgences en début de carrière, moins de « stress » lié à l'isolement lors de l'installation dans certaines zones.

Nous avons demandé si le développement d'un exercice mixte pouvait, selon eux, influencer chacun de ces critères via un questionnaire par des échelles de Likert cotées de 1 (tout à fait d'accord) à 5 (pas du tout d'accord).

Tous les répondants ont été interrogés sur ces sujets. Les résultats ont ensuite été analysés indépendamment pour ces quatre facteurs et en fonction des résultats à la question principale. Les statistiques descriptives univariées utilisées pour la comparaison entre les deux groupes ont été effectuées par le test du Chi2 et de Fisher pour les variables catégorielles.

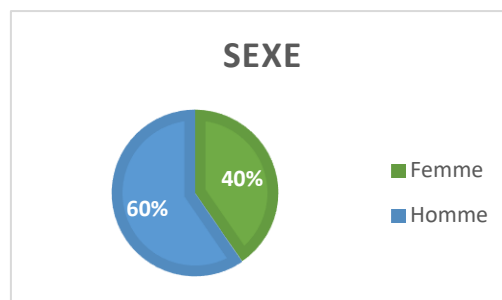
IV. Résultats

A. Population

Sur 250 médecins inscrits au registre du Conseil de l'Ordre des médecins dans le département 04 pour l'année 2019, nous avons obtenu 94 réponses (soit 37%).

1. Sexe

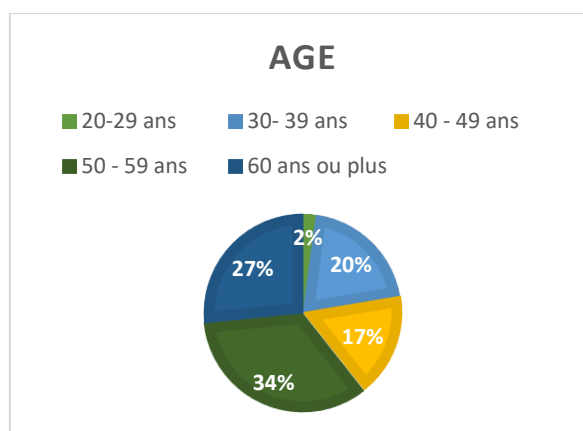
La population ayant répondu à notre étude est composée à 60% d'hommes pour 40% de femmes.



Ce résultat est parfaitement représentatif de la population étudiée. En effet en 2018, les données du Conseil National de l'Ordre des médecins dans le département des Alpes-de-Haute-Provence retrouvent un taux de 41.4% de femmes.

2. Age

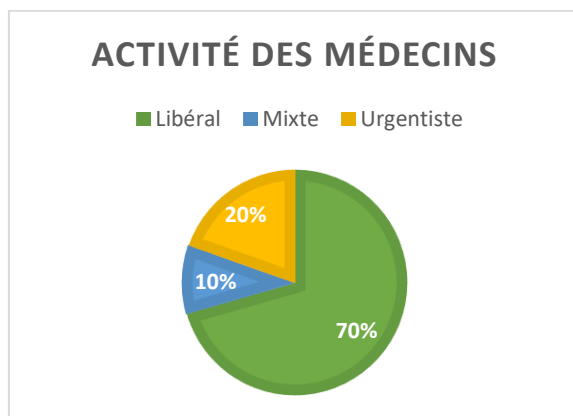
L'âge des médecins interrogés est représenté dans le graphique suivant :



61% des médecins ayant répondu à notre étude ont plus de 50 ans, 27% ont plus de 60 ans. Environ un quart des interrogés ont donc plus de 60 ans ce qui est représentatif de la population des médecins généralistes du O4 (1).

3. Activité

Le graphique suivant représente la répartition des activités des médecins de notre étude.



Une personne déclare un exercice salarié en service hospitalier hors urgences, ce mode d'exercice n'a pas été représenté dans le graphique.

D'après les publications du Conseil National de l'Ordre des médecins sur la démographie médicale dans le département en 2015, la répartition de l'exercice des médecins généralistes était la suivante : libéral 59,2% ; mixte 9,4% ; salarié (service conventionnel ou urgences) 31,3%.

4. Temps de travail clinique et non clinique

Nous avons comparé le temps de travail clinique et non clinique (administratif et temps de formation) par semaine (en heures/ semaine) en fonction des différents modes d'exercice des médecins interrogés. Les résultats sont détaillés dans le tableau suivant.

		Libéral (n = 65)	Salarié (n = 20)	Mixte (n = 9)	n	p
Temps clinique (h/sem)	<40	7 (11%)	1 (5%)	4 (44%)	12	<0.01
	40-49	18 (28%)	13 (65%)	2 (22%)	33	-
	50-59	23 (35%)	5 (25%)	1 (11%)	29	-
	>60	17 (26%)	1 (5%)	2 (22%)	20	-

Temps administratif (h/sem)	<1	4 (6.2%)	6 (30%)	0 (0%)	10	0.031
	1-2	21 (32%)	7 (35%)	3 (33%)	31	-
	2-3	16 (25%)	2 (10%)	0 (0%)	18	-
	>3	24 (37%)	5 (25%)	6 (67%)	35	-
Temps de formation (h/sem)	<2	31 (48%)	13 (65%)	4 (44%)	48	0.18
	2-4	23 (35%)	5 (25%)	2 (22%)	30	-
	4-6	4 (6.2%)	0 (0%)	1 (11%)	5	-
	6-8	1 (1.5%)	0 (0%)	2 (22%)	3	-
	>8	6 (9.2%)	2 (10%)	0 (0%)	8	-

Le groupe salarié comprend 19 médecins généralistes ayant un exercice en médecine d'urgence et 1 ayant un exercice de praticien hospitalier en service conventionnel.

Concernant le temps de travail clinique, il existe une différence significative sur le temps de travail en fonction des différents modes d'exercice.

On note que 61% des médecins ayant un exercice libéral exclusif déclarent une activité clinique de plus de 50 heures par semaine.

Les médecins urgentistes, quant à eux, déclarent majoritairement (58%) travailler entre 40 et 49 heures par semaine et 66% d'entre eux travaillent moins de 50 heures par semaine. Concernant les médecins ayant un exercice mixte, ils déclarent pour 44% d'entre eux exercer moins de 39 heures par semaines et sont 66% à exercer moins de 50 heures par semaine.

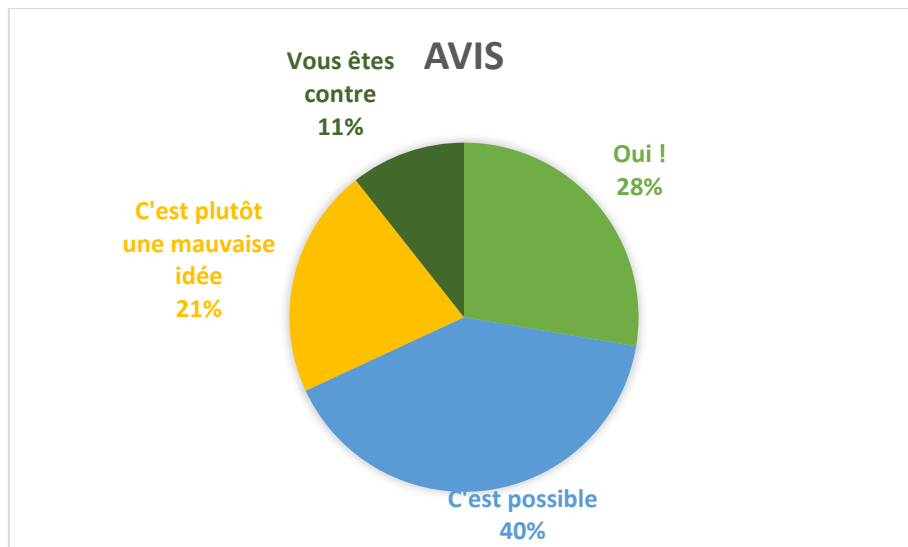
Le temps de travail non clinique a été étudié en 2 sous catégories : le temps consacré à la formation médicale continue et le temps de travail administratif.

- ❖ Formation médicale continue : nous n'avons pas mis en évidence de différence significative dans le temps consacré à la formation continue entre les différents groupes ($p=0.18$).
- ❖ Temps de travail administratif : ce temps de travail est statistiquement différent entre les différents modes d'exercice ($p=0.031$). Les médecins salariés sont 65% à déclarer un temps de travail administratif de moins de 2h par semaine alors que les médecins ayant un exercice libéral ne sont que 38% dans ce cas (37% déclarent plus de 3h de travail administratif hebdomadaire) et que ce taux chute à 33% pour les médecins ayant un exercice mixte.

B. Critère de jugement principal : « le développement d'un exercice mixte permettrait une amélioration de l'offre de soins dans les Alpes-de-Haute-Provence ».

Concernant l'avis général sur l'exercice mixte nous avons demandé aux médecins interrogés s'ils pensaient que le développement d'un tel exercice pourrait améliorer l'offre de soins dans leur département.

4 réponses étaient acceptées et sont représentées dans le graphique suivant :



Les réponses « Oui ! » et « C'est possible, je pense qu'il faut développer cette idée » étaient considérées comme favorable au développement de l'exercice.

A l'inverse, les réponses « C'est plutôt une mauvaise idée, vous voyez beaucoup de facteurs qui rendent cet exercice inenvisageable » ou « Vous êtes contre, c'est une idée qui vous paraît absurde, "on ne fait pas le même métier" » étaient considérées comme défavorables.

D'après notre étude 68% des médecins se sont déclarés en faveur au développement d'un exercice pour améliorer l'offre de soins dans le 04.

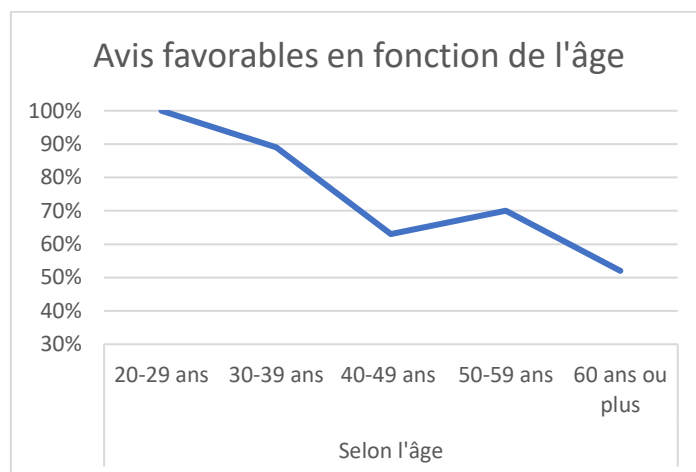
❖ Avis sur le développement d'un exercice mixte en fonction du mode d'exercice

		Libéral (n = 65)	Salariat (n = 20)	Mixte (n = 9)	n	p
Avis	Favorable	39 (60%)	18 (90%)	7 (78%)	64	0.028
	Défavorable	26 (40%)	2 (10%)	2 (22%)	30	-

Le groupe salarié comprend 19 médecins urgentistes et un praticien hospitalier ayant un exercice en service conventionnel.

L'avis sur l'exercice mixte est donc significativement différent selon le mode d'exercice (p=0.028).

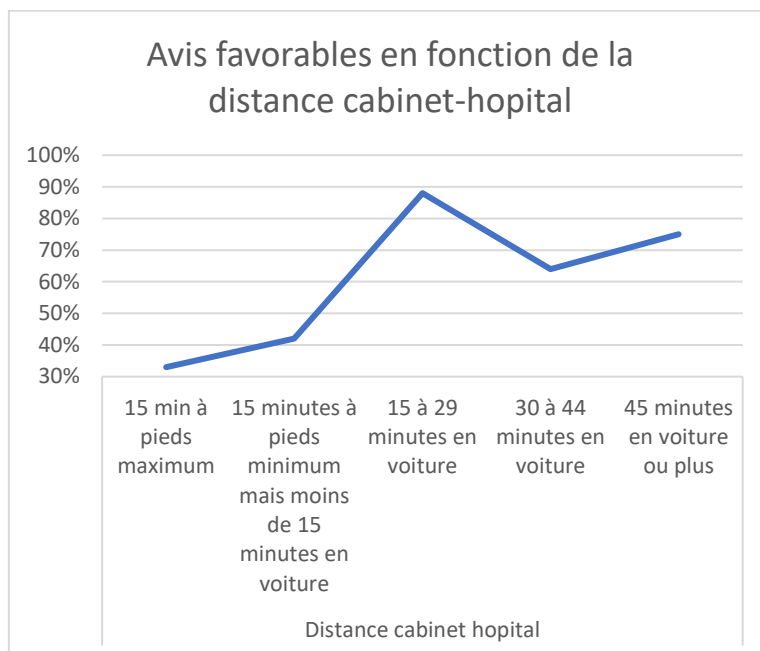
❖ Avis sur le développement d'un exercice mixte en fonction de l'âge



Age (ans)		< 40 (n = 20)	40-49 (n = 16)	50-59 (n = 33)	>60 (n = 25)	n	p	test
Avis	Favorable	18 (90%)	10 (62%)	23 (70%)	13 (52%)	64	0.053	Chi2
	Défavorable	2 (10%)	6 (38%)	10 (30%)	12 (48%)	30	-	-

On note une tendance à un avis plus défavorable chez les médecins interrogés les plus âgés. Cependant il n'y a pas de différence significative sur le développement d'un exercice mixte en fonction de l'âge (p=0.053).

- ❖ Avis sur le développement de l'exercice mixte en fonction de la distance des médecins libéraux entre leur cabinet et les urgences hospitalières les plus proches.



Distance cabinet-urgences les plus proches (en voiture) :

Nous avons pour cela interrogé les médecins sur la durée qui séparait leur cabinet des urgences les plus proches, facteur qui nous semblait plus intéressant à analyser. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant.

Durée (minutes)		< 15 (n = 30)	15-29 (n = 17)	30-44 (n = 11)	>45 (n = 16)	n	p
Avis	Favorable	12 (40%)	15 (88%)	7 (64%)	12 (75%)	46	<0.01
	Défavorable	18 (60%)	2 (12%)	4 (36%)	4 (25%)	28	-

Sur ce point on constate que les médecins dont le cabinet se situe à moins de 15 minutes en voiture des urgences hospitalières les plus proches ne sont que 40% à se prononcer en faveur du développement de ce mode d'exercice alors que les médecins exerçant en libéral à plus de 15 minutes en voiture des urgences les plus proches y sont favorables à 77%.

D'après le test de Fisher ces résultats sont significatifs et il existe un lien entre l'avis des médecins sur le développement d'un exercice mixte et la distance qui les sépare des urgences les plus proches.

C. Critères de jugement secondaires

Après réflexion, nous avons identifié différentes perspectives d'amélioration dont nous avons fait part aux médecins participant à l'étude. Ces 4 perspectives d'amélioration attendues par le développement d'un exercice mixte sont selon nous : l'accès aux soins, la qualité des soins, la qualité de vie des médecins, l'incitation à l'installation des jeunes médecins.

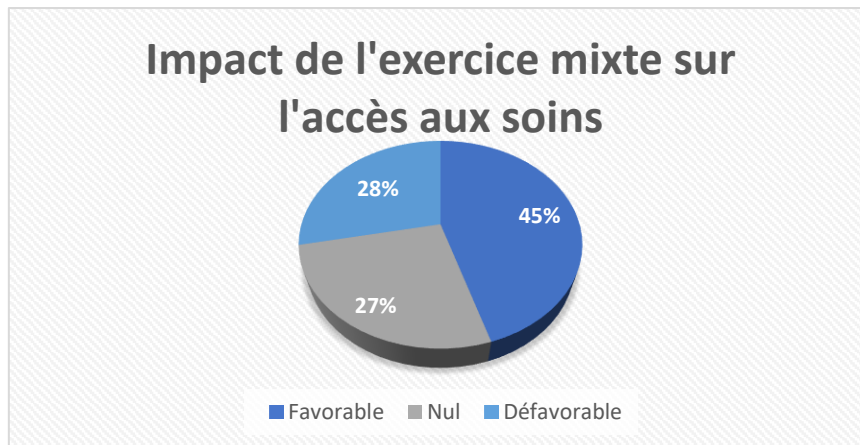
1. L'accès aux soins

Sur cette thématique, 2 questions ont été soumises aux médecins. L'exercice mixte pourrait-il améliorer l'accès aux soins en assurant une présence médicale dans les zones désertées et/ou une permanence médicale de médecine générale (à proximité des hôpitaux dans ce cas).

Exercice mixte		Avis favorable (n = 64)	Avis défavorable (n = 30)	n	p
Améliorer la PDSA à proximité des hôpitaux, n	Oui	38 (59%)	12 (40%)	50	0.17
	Pas d'impact	14 (22%)	8 (27%)	22	-
	Non	12 (19%)	10 (33%)	22	-
Apporter une présence médicale dans des zones sous dotées, n	Oui	27 (42%)	4 (13%)	31	<0.001
	Pas d'impact	27 (42%)	4 (13%)	31	-
	Non	10 (16%)	22 (73%)	32	-

Nous avons montré que les médecins favorables au développement de l'exercice mixte étaient 42% à penser que celui-ci pourrait améliorer la présence médicale dans des zones désertées. A l'inverse, ceux qui y sont défavorables sont 73% à penser que la présence médicale en zone désertée ne sera pas améliorée ($p < 0.001$).

Concernant la permanence des soins, une amélioration est attendue sur ce point pour 59% des médecins en faveur contre 40% des médecins qui y sont défavorables et il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes ($p = 0.17$).



2. La qualité des soins

Les facteurs associés à la qualité des soins identifiés comme pouvant être influencés positivement par le développement de l'exercice mixte sont :

- Une amélioration du maillage en réseau de soins,
- Une diminution du nombre de consultations de médecine générale aux urgences,
- Une meilleure compréhension des contraintes des différents exercices,
- Une amélioration de la communication entre médecins libéraux et SAMU,
- Une meilleure connaissance des filières d'urgence,
- Une amélioration de la formation médicale continue.

Nous avons aussi identifié 3 facteurs pouvant être perçus comme un risque induit par le développement de ce mode d'exercice :

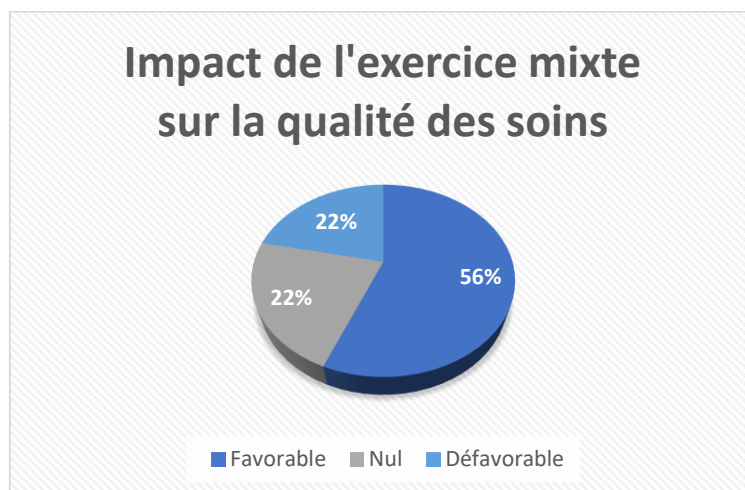
- Un risque de détérioration du suivi des patients,
- Un risque de désengagement dans le fonctionnement des services d'urgence par les médecins hospitaliers,
- Un risque d'induire une contrainte supplémentaire pour les services d'urgence.

Exercice mixte		Avis favorable (n = 64)	Avis défavorable (n = 30)	n	p
Organisation du réseau de soins	Amélioration	42 (66%)	8 (27%)	50	<0.001
	Nul	18 (28%)	6 (20%)	24	-
	Dégradation	4 (6.2%)	16 (53%)	20	-
Diminuer le nombre de consultations de médecine générale aux urgences	D'accord	51 (80%)	12 (40%)	63	<0.001
	Pas d'impact	9 (14%)	4 (13%)	13	-
	Pas d'accord	4 (6.2%)	14 (47%)	18	-
Compréhension des contraintes	Amélioration	45 (73%)	20 (67%)	65	0.14
	Nul	13 (21%)	4 (13%)	17	-
	Non amélioration	4 (6.5%)	6 (20%)	10	-
Communication entre libéral et hospitalier	Amélioration	50 (78%)	14 (47%)	64	<0.001
	Nul	9 (14%)	4 (13%)	13	-
	Dégradation	5 (7.8%)	12 (40%)	17	-
Meilleure connaissance des filières spécifiques d'urgence	D'accord	50 (78%)	12 (40%)	62	<0.001
	Pas d'impact	10 (16%)	6 (20%)	16	-
	Pas d'accord	4 (6.2%)	12 (40%)	16	-
Impact sur la formation médicale continue	Amélioration	50 (81%)	10 (33%)	60	<0.001
	Pas d'impact	9 (15%)	12 (40%)	21	-
	Impact négatif	3 (4.8%)	8 (27%)	11	-
Risque de nuire à l'investissement	Oui	9 (14%)	22 (73%)	31	<0.001
	Pas d'impact	20 (31%)	8 (27%)	28	-
	Non	35 (55%)	0 (0%)	35	-
Risque de nuire au suivi	Oui	6 (9.7%)	24 (80%)	30	<0.001
	Pas d'impact	20 (32%)	6 (20%)	26	-
	Non	36 (58%)	0 (0%)	36	-
Risque de contraindre un peu plus les services d'urgences	Oui	11 (17%)	24 (80%)	35	<0.001
	Pas d'impact	23 (36%)	4 (13%)	27	-
	Non	30 (47%)	2 (6.7%)	32	-

Concernant la qualité des soins, nous avons établi un lien entre l'avis des médecins sur le développement de l'exercice mixte et plusieurs éléments faisant espérer une amélioration de la qualité des soins.

Les médecins favorables à cet exercice relèvent plusieurs facteurs comme pouvant être améliorés par son développement : l'organisation d'un réseau de soins plus global et organisé, une diminution du nombre de consultations de médecine générale aux urgences, une meilleure communication entre le libéral et l'hospitalier, une meilleure connaissance des filières d'urgence, une amélioration de la formation médicale continue. Nous avons établi un lien pour toutes ces variables avec l'avis général sur le développement de l'exercice mixte ($p < 0.001$).

Concernant les facteurs d'inquiétude que nous avons pu noter, les médecins ayant répondu NON à la question principale craignent que le développement de l'exercice mixte nuise à l'investissement professionnel dans chaque domaine, nuise au suivi des patients et contraigne un peu plus les services d'urgences en leur demandant d'assurer des missions supplémentaires.



3. Concernant la qualité de vie des médecins

Sur le plan de la qualité de vie des médecins, nous les avons interrogés sur les différents items. Selon eux, le développement d'un exercice mixte pourrait :

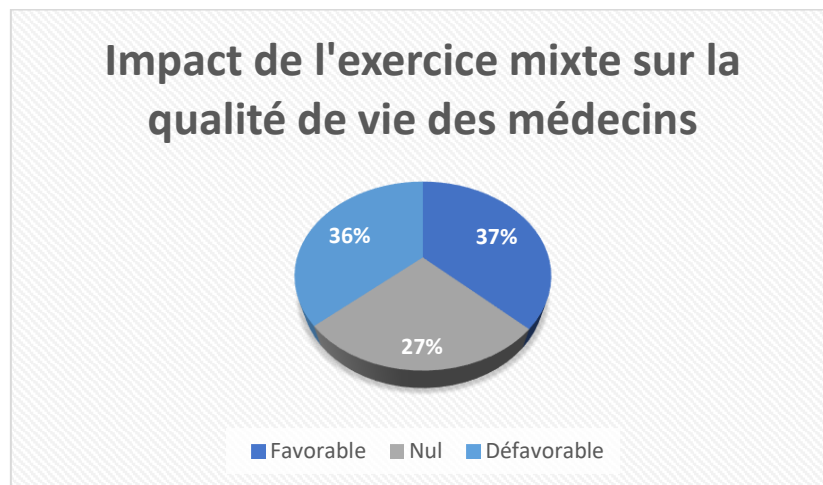
- Diminuer les contraintes administratives des médecins (inhérentes à l'exercice libéral),
- Diversifier le rythme de travail des médecins,
- Permettre aux médecins libéraux isolés de poser plus facilement des vacances ou de s'absenter,
- Nuire à la liberté d'organisation des médecins libéraux.

Exercice mixte		Avis favorable (n = 64)	Avis défavorable (n = 30)	n	p
Contraintes administratives	Diminution contraintes	21 (33%)	2 (6.7%)	23	<0.001
	Pas d'impact	17 (27%)	2 (6.7%)	19	-
	Majoration contraintes	26 (41%)	26 (87%)	52	-
Diversifier le travail	Diversification	38 (59%)	2 (6.7%)	40	<0.001
	Pas de diversification	26 (41%)	28 (93.3%)	54	-
Nuire à la liberté d'organisation des libéraux	D'accord	16 (25%)	24 (80%)	40	<0.001
	Pas d'impact	24 (38%)	4 (13%)	28	-
	Pas d'accord	24 (38%)	2 (6.7%)	26	-
Vacances pour libéraux isolés	D'accord	28 (44%)	8 (27%)	36	0.026
	Pas d'impact	20 (31%)	6 (20%)	26	-
	Pas d'accord	16 (25%)	16 (53%)	32	-

Tous les facteurs étudiés dans le domaine de la qualité de vie des médecins sont statistiquement associés à l'avis général concernant le développement de l'exercice mixte.

Dans les 2 groupes on note une crainte de majoration des contraintes administratives avec le développement de cet exercice.

Concernant l'avis sur l'impact du développement de l'exercice mixte sur la qualité de vie des médecins, les résultats, prenant en compte les aspects positifs et les inquiétudes possibles attendus, sont présentés dans le schéma suivant :



4. Concernant l'incitation à l'installation de nouveaux médecins

Ce facteur nous semblait fondamental à aborder. En effet, les études actuelles, notamment l'étude menée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins concernant les freins à l'installation des médecins dans les zones rurales soulèvent plusieurs problématiques dont l'isolement et l'éloignement par rapport aux services publics.

Ces facteurs soulevés nous paraissent pouvoir être améliorés par le développement de l'exercice mixte et nous avons donc demandé aux médecins interrogés s'ils pensaient que le développement d'un exercice mixte pouvait jouer sur des arguments en faveur de l'installation des médecins dans le département :

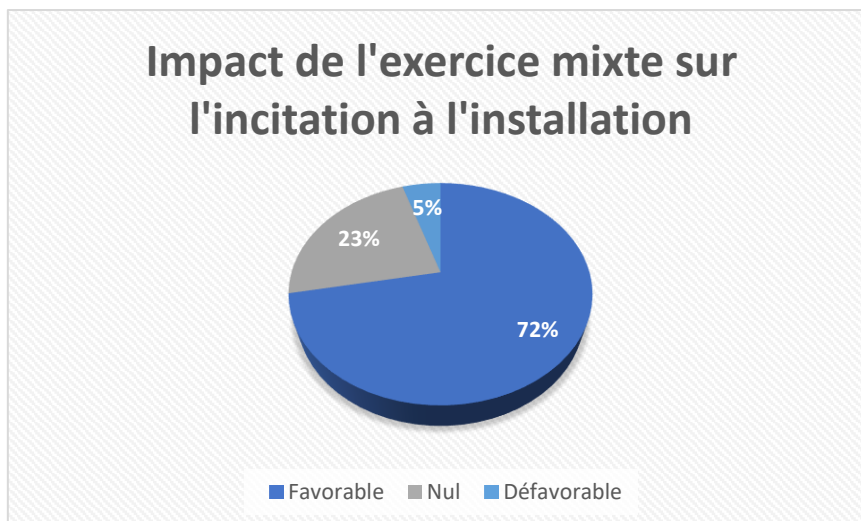
- Le développement de l'exercice mixte en lui-même pourrait-il inciter l'installation de médecins par un attrait pour cet exercice même (envie d'un exercice d'urgentiste et de médecine libérale)
- L'accès plus aisé aux services publics pourrait être un facteur favorisant pour l'installation des médecins dans ces zones,
- Le fait de se sentir plus à l'aise dans les situations d'urgence grâce à un exercice mixte pourrait favoriser l'installation,
- La crainte de l'isolement pourrait être diminuée par le développement de cet exercice et favoriser l'installation.

Exercice mixte		Avis favorable (n = 64)	Avis défavorable (n = 30)	n	p
Intérêt pour l'exercice mixte	D'accord	38 (59%)	6 (21%)	44	<0.001
	Pas d'impact	20 (31%)	12 (43%)	32	-
	Désaccord	6 (9.4%)	10 (36%)	16	-
La proximité de services publics	D'accord	57 (89%)	24 (80%)	81	0.48
	Pas d'impact	5 (7.8%)	4 (13%)	9	-
	Désaccord	2 (3.1%)	2 (6.7%)	4	-
Gestion des urgences rassurante	D'accord	48 (75%)	14 (47%)	62	<0.01
	Pas d'impact	14 (22%)	10 (33%)	24	-
	Désaccord	2 (3.1%)	6 (20%)	8	-
Crainte de l'isolement	Diminuée	43 (69%)	14 (50%)	57	0.043
	Pas d'impact	14 (23%)	6 (21%)	20	-
	Augmentée	5 (8.1%)	8 (29%)	13	-

Il existe donc un lien entre l'avis général sur le développement de l'exercice mixte et l'idée que celui-ci pourrait être attrayant pour les médecins s'installant ($p < 0.001$) et l'idée que le fait d'avoir un exercice mixte entre urgences et médecine libérale pourrait être un facteur rassurant pour la gestion des urgences en cabinet ($p < 0.01$). L'exercice mixte pourrait aussi inciter à l'installation par diminution de la crainte de l'isolement ($p = 0.043$).

Concernant l'incitation à l'installation, nous n'avons pas établi de lien avec la proximité des services publics ($p = 0.48$). En effet, dans les 2 groupes les médecins pensent que cette proximité serait un argument incitatif pour l'installation.

Concernant l'incitation à l'installation, les résultats sont exposés dans le graphique suivant :



Sur les 4 facteurs identifiés comme pouvant être des arguments favorisant l'installation des médecins, nous obtenons 72% de réponses favorables sur l'incitation à l'installation.

5. Le développement de l'exercice mixte

Sur le plan pratique, un exercice mixte peut, selon nous, s'exercer de plusieurs façons : à proximité ou à distance d'un hôpital, par une rémunération fixe au nombre d'heures (salarial) ou adaptée en fonction du nombre de consultations, pour apporter une présence médicale dans des zones où elle est inexistante ou pour renforcer ou remplacer des médecins exerçant dans des cabinets déjà existants...

Nous avons interrogé les médecins sur différents items afin de savoir comment ils imaginaient possible le développement d'un tel exercice.

L'exercice mixte pourrait		Avis favorable (n = 64)	Avis défavorable (n = 30)	n	p
Etre complémentaire de l'exercice actuel	oui	63 (98.4%)	20 (67%)	83	<0.001
	non	1 (1.6%)	10 (33%)	11	
Etre exercé dans un cabinet proche de l'hôpital	oui	56 (88%)	24 (80%)	80	0.36
	non	8 (12%)	6 (20%)	14	

Apporter une présence médicale dans des zones désertées	oui	47 (76%)	12 (40%)	59	<0.01
	non	15 (24%)	18 (60%)	33	-
Fonctionner avec des dossiers médicaux partagés	oui	54 (90%)	16 (53%)	70	<0.001
	non	6 (10%)	14 (47%)	20	-
Etre géré par l'hôpital	oui	35 (56%)	20 (67%)	55	0.48
	non	27 (44%)	10 (33%)	37	-
Etre sur un mode Salarié	oui	38 (62%)	14 (50%)	52	0.39
	non	23 (38%)	14 (50%)	37	-
Etre basé sur une rémunération stable	non	40 (70%)	16 (62%)	56	0.6
	oui	17 (30%)	10 (38%)	27	-
Fonctionner avec une rémunération à l'acte	oui	48 (76%)	10 (38%)	58	<0.01
	non	15 (24%)	16 (62%)	31	-
Renforcer des cabinets en difficulté	non	23 (37%)	24 (80%)	47	<0.001
	oui	39 (63%)	6 (20%)	45	-

Les médecins interrogés pensent donc majoritairement (88%) que l'exercice mixte pourrait venir compléter l'offre de soins déjà existante. Ce taux atteint 98% chez les médecins en faveur du développement de cet exercice, taux statistiquement différent ($p < 0.001$) au taux de médecins contre le développement de ce mode d'exercice.

Nous retrouvons des différences statistiquement significatives entre les groupes favorables et défavorables au développement de l'exercice mixte sur la possibilité d'apporter une présence médicale dans des zones désertées ($p < 0.01$), la possibilité d'aller renforcer des cabinets médicaux en difficulté ($p < 0.001$), le développement de dossiers médicaux partagés ($p < 0.001$), et la possibilité de rémunération partiellement indexée sur le nombre d'actes ($p < 0.01$).

V. Discussion

Face aux problématiques de « déserts médicaux » et de permanence de soins ambulatoires (PDSA) nous avons tenté d'imaginer un mode d'exercice alternatif qui permette d'améliorer la situation. Nous avons imaginé un fonctionnement en réseau de soins, plus global, permettant à tous les acteurs médicaux des soins de premiers recours de mieux se répartir la charge de travail et de répondre de façon plus efficace à la demande de soins.

A. Le choix du lieu et le contexte

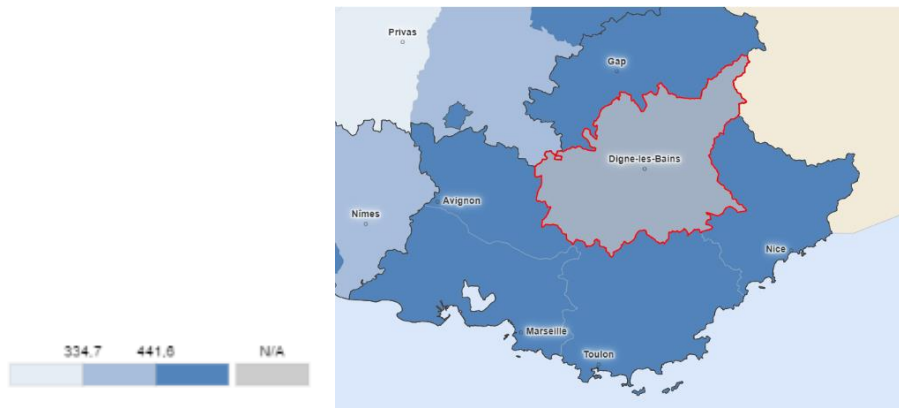
Notre étude a été réalisée dans le département des Alpes-de-Haute-Provence, département qui répondait aux caractéristiques territoriales concernées par ces problématiques et où de nombreux médecins ont un exercice rural dans des zones relativement éloignées des centres hospitaliers.

Malgré diverses procédures incitatives à l'installation, le 04 et de nombreux départements français, souffrent encore d'une difficulté au recrutement et à l'installation pérenne de médecins. Souvent assimilés dans les médias à des « déserts médicaux », ce terme reste très mal défini (3) et péjoratif.

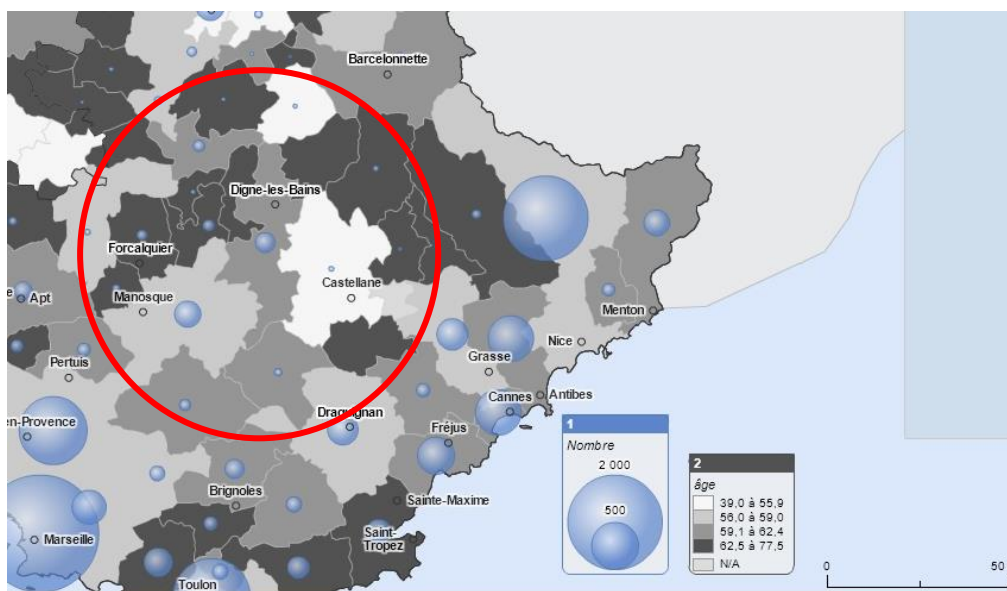
Depuis le début des années 2000 la problématique des « zones fragiles » est soulevée. En 2004, l'Observatoire National de la démographie des professions de santé et la CNAM publient déjà une cartographie de ces zones dites « fragiles » (4). Ces zones sont confrontées à des difficultés territoriales au sens large. Les populations expriment un sentiment d'abandon de la part l'Etat sur des secteurs tels que les transports, l'éducation et l'ensemble des services publics et privés.

Selon une étude de Guillaume Chevillard de 2013 (5), le département des Alpes-de-Haute-Provence serait un « bassin de vie touristique ». Plutôt favorablement dotées en densité de médecins généralistes, ces zones souffrent cependant d'un vieillissement de leurs médecins et de leur population parallèlement plus demandeuse en soins de santé. De plus, elles ont comme caractéristique un éloignement des services. En y exerçant, les médecins sont donc confrontés aux difficultés du territoire lui-même, à l'éloignement des centres hospitaliers et de leur plateau technique, mais aussi à l'isolement.

Ce département est un des départements de notre région où la densité médicale est la plus faible (1):

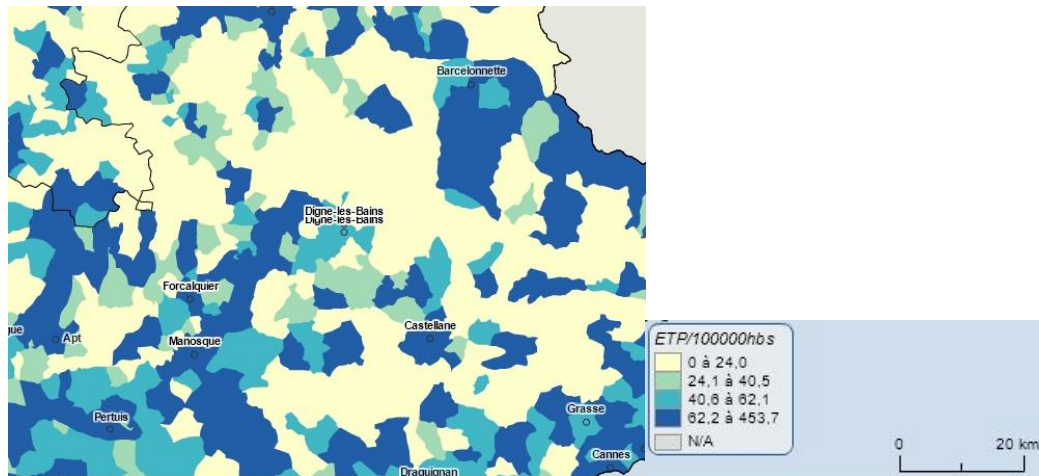


Actuellement les chiffres de l'ARS sont assez préoccupants pour l'avenir : 186 médecins en poste sur le département assurent une densité médicale qui, pour l'instant, est considérée comme satisfaisante. Cependant, 25% de cet effectif médical est âgé de plus de 60 ans. Ceci laisse imaginer un risque de pénurie de médecins libéraux dans les 5 ans à venir si les départs à la retraite ne sont pas remplacés.



Concernant la densité, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES (Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et de la santé) pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premiers recours à un échelon géographique plus fin que les indicateurs usuels (6). La DREES le définit de la manière suivante : « L'APL est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes. Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des

professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. »



Ce modèle est intéressant et nous donne une information plus pertinente que la densité médicale où un biais d'uniformisation territoriale tend à masquer les problématiques spatiales du territoire sur des secteurs plus précis (7).

Sur cette carte, on notera une franche disparité de l'APL entre les centres urbains et péri-urbains où il reste supérieur à 40.6 pour 100 000 habitants et les zones plus éloignées des centres « urbains » où l'APL est effondré (8).

B. L'accès aux soins

Afin d'améliorer l'accès aux soins, la législation impose le maintien de la PDSA pour offrir une continuité de recours médical ambulatoire aux horaires où les cabinets libéraux sont fermés (notamment nuit et week-end à partir du samedi après-midi). En France, ce système dépend d'une organisation départementale basée sur le volontariat des médecins libéraux. Cependant, en cas d'absence de médecin posté pour une garde de PDSA, le préfet peut exiger une réquisition d'un médecin (5)(9). Un système de régulation libérale est organisé via le centre 15 avec une prise des appels libéraux, une activité de conseil médical téléphonique et si besoin une orientation vers une consultation ambulatoire ou urgente. Cependant ce système demeure précaire et se trouve confronté à la gestion de ces appels en dehors des horaires de PDSA où les médecins libéraux sont déjà débordés par leur activité de consultation (programmée ou urgente).

Dans les grandes villes, ces consultations rapides (PDSA ou non) sont assurées par des structures telles que « SOS médecins » ou encore par des médecins exerçant en Maisons Médicales de Garde. Dans les

secteurs plus ruraux, ces structures n'existent pas et ces missions incombent aux médecins généralistes installés (gardes et astreintes de PDSA).

Les services d'accueil des urgences (SAU) constituent un moyen rapide et sûr de premier recours pour les patients. Devant une activité ambulatoire grandissante depuis plusieurs années, leur organisation s'est adaptée et les SAU sont souvent dotés d'un circuit ambulatoire adapté à ces consultations.

Enfin, la télémédecine est actuellement au cœur du débat pour répondre à la demande de soins dans ces zones, et offre de multiples possibilités. En revanche, son application aux urgences vitales demeure une source d'inquiétudes et il reste difficile dans la réflexion sur le maillage territorial de notre réseau de soins d'envisager suppléer totalement une présence médicale.

D'après notre étude, les médecins sont 45% à penser que l'accès aux soins pourrait être amélioré par le développement d'un mode d'exercice mixte principalement en améliorant la PDSA à proximité des hôpitaux. Ce modèle a déjà été initié en Suède où les médecins du service public (la grande majorité) ont l'obligation de participer à la PDSA. Ceci a permis une meilleure coordination du réseau de soin depuis quelques années (9).

Ces résultats sont concordants avec les conclusions d'un rapport de la DRESS de 2018 (7) : l'amélioration de l'APL doit s'envisager sur un maillage large (zonage territorial organisé sur une superficie plus large) en laissant le choix aux médecins de leur commune d'installation afin qu'ils disposent de services publics suffisants. L'installation dans une zone fragile, même si elle est modérément éloignée des zones les moins denses profitera à l'ensemble du territoire en apportant au médecin la qualité de vie qu'il souhaite. Dans notre étude, les médecins semblent assez en accord avec ces chiffres puisqu'ils pensent que le développement d'un mode d'exercice mixte pourrait améliorer la PDSA à proximité des hôpitaux mais leur avis est plus mitigé concernant une amélioration de la présence médicale à distance des centres hospitaliers.

C. La qualité de vie des médecins

Evidemment, le développement de cet exercice implique un changement d'organisation. Le but n'est pas d'être liberticide avec les médecins dont le bien-être est un enjeu indispensable à la pérennisation de leur installation et au maintien de soins de qualité (10). Il semble légitime que la qualité de vie des médecins soit aussi au centre de la réflexion. Améliorer offre de soins et prise en charge des patients

ne passe, selon nous, que par une action commune et souhaitée par le plus grand nombre. Dans notre démarche, il n'est jamais question de contraindre à un nouvel exercice mais uniquement de proposer une alternative qui pourrait s'articuler avec les modes d'exercices actuels. Le travail du Dr Lemaignan (mené en région Auvergne-Rhône-Alpes) (11) comparait la qualité de vie des médecins généralistes ayant un exercice libéral avec ceux ayant un mode d'exercice salarié. La qualité de vie liée à l'état de santé était meilleure dans tous les domaines chez les médecins salariés. Concernant la qualité de vie au travail, les salariés déclaraient une moindre latitude décisionnelle mais une demande psychologique plus faible que les libéraux et inversement. Concernant le temps de travail hebdomadaire il était d'environ 12 heures inférieur chez les salariés ce qui est cohérent avec notre étude où 70% des médecins salariés déclarent travailler moins de 50 heures par semaine contre 39% des médecins libéraux. La qualité de vie, de façon subjective, montraient des taux de satisfaction meilleurs chez les salariés que chez les libéraux et ils déclaraient bénéficier d'un meilleur soutien social que cette étude identifiait comme un facteur protecteur.

Concernant les urgentistes, c'est la pénibilité du travail en lui-même qui est relevée comme facteur défavorable pour la qualité de vie. Le travail du Docteur Moukarzel (12) mené auprès des urgentistes d'Avignon, Marseille et Montpellier révélait d'ailleurs que quasiment la moitié des urgentistes interrogés avaient été ou étaient concernés par le burn out. Les facteurs mis en cause pour expliquer ces chiffres étaient la sévérité des pathologies rencontrées, l'imprédictibilité des situations, la labilité émotionnelle et les situations fréquentes de violence verbale et physique. Dans le 04, la situation est telle qu'à l'été 2019, l'hôpital de Sisteron a été contraint de fermer son service d'urgences pendant la nuit par manque d'effectif médical.

Nous pensons que le développement de l'exercice mixte pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie des médecins en leur permettant de mieux se répartir le travail.

Concernant la problématique de la gestion administrative, les résultats de notre étude révèlent un temps de travail administratif plus important chez les médecins ayant un exercice mixte. Nous expliquons ces résultats par un statut actuellement peu développé dont la rémunération est basée sur une mixité salariale et libérale rendant sa gestion complexe. Cependant si 87% des médecins défavorables à son développement craignent une majoration des contraintes, environ 60% de ceux qui y sont favorables pensent qu'il l'améliorerait ou serait sans effet. Nous pensons que si cet exercice mixte était mieux défini et organisé, le travail administratif pourrait être considérablement diminué et que l'aide d'un secrétariat hospitalier pourrait être un soutien majeur pour les médecins (13).

De plus, nous pensons que le salariat permettrait de diminuer les contraintes administratives (qui constituent un frein à l'installation des médecins (14)) associées à l'exercice libéral (37% déclarent plus

de 3 heures hebdomadaires) et à l'exercice mixte actuel (67% déclarent plus de 3 heures hebdomadaires). Les médecins salariés ne sont que 25% à déclarer plus de 3 heures hebdomadaires de travail administratif et 65% d'entre eux déclarent moins de 2 heures de travail administratif par semaine.

Les médecins salariés et les médecins ayant un exercice mixte sont 86% à se prononcer favorablement au développement d'un mode d'exercice mixte urgence – médecine libérale. Ce taux laisse supposer une perception positive de leurs propres conditions d'exercice, cohérent avec les résultats de l'étude du Docteur Lemaignan (11). Or, chez les médecins défavorables au développement d'un mode d'exercice mixte, cette crainte de perte de liberté semble être un facteur d'inquiétude majeur (80% des réponses) limitant leur intérêt pour cet exercice. Il est donc intéressant de noter que, dans cette étude (11), malgré une diminution de la latitude décisionnelle, les médecins salariés déclarent une meilleure qualité de vie que leurs confrères libéraux.

D. La qualité des soins

C'est un élément fondamental de la réflexion. Quel impact une modification de l'offre de soins actuelle peut-il avoir sur la qualité des soins ?

Les médecins s'installant dans les zones territoriales « fragiles » se retrouvent amenés à gérer des situations d'urgences parfois vitales sans avoir la possibilité d'un soutien technique rapide. D'après la thèse du Dr Skrzypek (15) menée sur le même département, les prises en charge étaient meilleures (matériel adapté, formations) chez les médecins correspondants SAMU et les médecins pompiers qui étaient formés à ces prises en charge et étaient amenés à la gérer plus fréquemment. Certains jeunes médecins généralistes envisageant une installation relèvent ce problème de gestion d'urgences potentiellement graves sans soutien rapide comme problématique pour envisager d'exercer dans ces zones. D'après notre étude, il existe un lien entre l'avis général sur l'exercice mixte et l'amélioration attendue sur la meilleure gestion des situations d'urgences ($p=0.043$).

Au total, dans notre étude, 56% des médecins interrogés pensaient que le développement d'un mode d'exercice mixte pourrait permettre d'améliorer la qualité des soins. En revanche, un tiers (31%) des

réponses mettent en avant une inquiétude sur le développement d'un tel exercice dans la qualité des soins (notamment pour le suivi des patients). Ces inquiétudes ressortent avec un lien fort avec l'opposition au développement de l'exercice mixte puisque 77% des médecins opposés au développement de l'exercice mixte ont répondu positivement (58 réponses sur 75). Ce chiffre laisse suggérer un lien important entre le refus du développement de cet exercice et l'inquiétude des médecins d'un impact négatif sur la qualité des soins.

L'image collective du « médecin de famille » intimement lié aux familles, à leurs générations et leur histoire tend déjà à s'effacer au profit de concepts tels que la décision médicale partagée, où plusieurs acteurs décident collégalement des prises en charge. Evidemment, c'est accepter que l'image collective construite autour du médecin de famille soit en pleine mutation. Pour pallier la crainte des médecins de voir une détérioration du suivi des patients (80% des médecins défavorables au développement d'un exercice mixte) une bonne alternative nous paraît être la mise en place d'un dossier médical partagé sur un ensemble territorial où s'articulerait ce réseau.

Concernant la formation médicale continue, il est intéressant de noter que 81% des médecins favorables attendent une amélioration contre 33% de ceux qui y sont défavorables. Sur ce point, les études réalisées précédemment mettent en évidence le manque de disponibilité, le manque d'organisation et le manque d'informations comme principaux facteurs freinant l'investissement des médecins généralistes pour leur formation médicale continue alors que plus de 95% d'entre eux reconnaissent son importance (16). Le développement de la simulation haute-fidélité dans ce domaine semble apporter des résultats satisfaisants (17) mais l'accès est principalement hospitalier et l'exercice mixte permettrait selon nous un accès plus aisé des médecins ayant un exercice libéral à ce mode de formation. Par ailleurs, nous pensons que l'organisation de séances communes dans un modèle de travail en réseau serait un moyen d'inclure ces temps de formation à l'organisation des médecins et de leur apporter les informations qu'ils souhaitent et donc de pallier les freins identifiés.

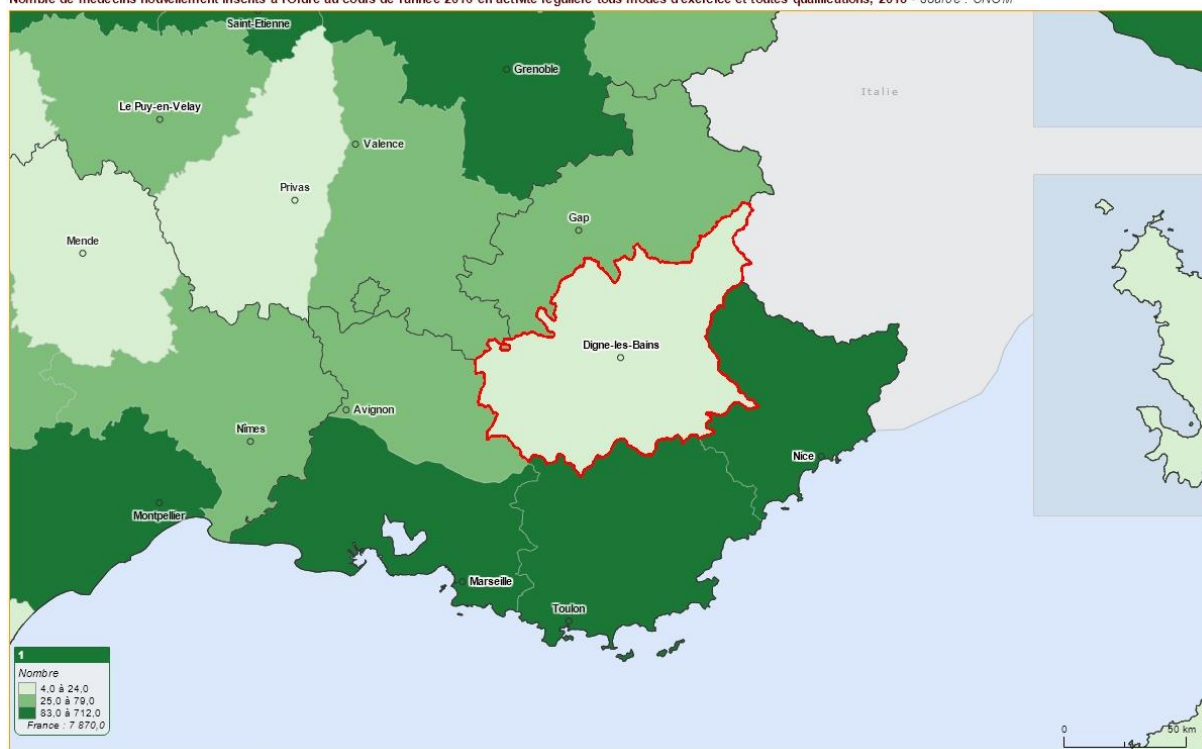
Un point a été identifié comme source d'inquiétude : le risque de contraindre un peu plus les services d'urgence en leur demandant d'assurer une mission supplémentaire (80% des médecins défavorables à l'exercice mixte, $p < 0.001$). La création de lignes de gardes supplémentaires permettant d'assurer des missions en médecine générale ne peut fonctionner que si l'effectif médical le permet et ne doit pas peser sur des services où l'effectif reste insuffisant. Nous avons donc demandé aux médecins s'ils pensaient que le développement de ce mode d'exercice pouvait inciter l'installation de médecins.

E. L'incitation à l'installation

Si le développement de l'exercice mixte peut être séduisant pour améliorer l'offre de soins dans le département il demeure tributaire d'un élément essentiel : l'installation de médecins.

Or, en 2014, les chiffres du CNOM concernant l'inscription au Conseil de l'Ordre dans les départements de PACA mettent en évidence un taux de 0.8% dans les Alpes-de-Haute-Provence contre 7.2% dans le Vaucluse et 3.7% dans les Hautes-Alpes (18). Le département semble peu attractif pour la génération de médecin s'installant.

Nombre de médecins nouvellement inscrits à l'Ordre au cours de l'année 2016 en activité régulière tous modes d'exercice et toutes qualifications, 2016 - source : CNOM



© IGN GéoFla 2015 - France par département

Evidemment, les attraits de ces départements sont différents : les départements les plus recruteurs dans la région sont ceux disposant de métropoles importantes auxquelles s'associent tous les avantages en termes de service public y compris des plus grosses structures hospitalières. Ce sont aussi les départements côtiers auxquels la localisation géographique confère un avantage de qualité de vie souvent plébiscité par leurs habitants.

Pour favoriser l'installation des médecins, l'ARS et les localités ont imaginé plusieurs stratégies. Une des stratégies d'amélioration qui est actuellement plébiscitée est celle du développement de maisons de santé. Quatre maisons de santé ont vu le jour dans le 04 (Forcalquier, la Seyne-les Alpes, Castellane et Sainte-Tulle). L'impact du développement de ces maisons de santé dans les zones de dépeuplement a été étudié (19) : il ne montre pas d'impact significatif tous secteurs confondus. Il ne met notamment

pas en évidence d'amélioration de la densité médicale y compris d'augmentation de la densité des jeunes médecins. Concernant la distance du patient au médecin généraliste elle n'est pas allongée de façon significative. Les études sont encore récentes, et les résultats les plus tardifs après l'ouverture des maisons de santé semblent un peu plus favorables. Ceci laisse espérer un effet possible à long terme non encore mis en évidence dans ces premières analyses. Mais les maisons de santé ne semblent pas être la solution miracle à une problématique complexe et leur localisation ne suffit pas à pallier l'absence médicale dans les zones les plus rurales.

L'autre stratégie qui avait été envisagée pour inciter l'installation de médecins dans les zones fragiles était celle de la rémunération. La revalorisation financière et les aides pour favoriser l'installation dans les zones fragiles ont montré un impact positif pour l'installation des médecins avec parfois des installations pérennes (20). D'après le travail du Docteur Bradant, cette méthode comportait de nombreuses limites et n'apportait qu'une réponse partielle aux problèmes de « déserts médicaux ». Il soulignait l'importance de réfléchir aux spécificités de la médecine rurale pour adapter la formation et identifier les arguments pouvant motiver l'installation de médecins dans ces zones.

Actuellement, l'ARS du 04 propose aussi des contrats de Praticiens Territoriaux de Médecine Générale (PTMG) pour une durée de 1 an reconductible 1 fois. Initiative mise en place depuis 2015, 2 contrats ont été signés jusqu'en 2018. Pourtant la rémunération est intéressante (6900 euros bruts par mois à condition de réaliser 165 consultations minimum par mois) et le contrat assure une protection sociale et un salaire versé pendant les congés maternités et arrêts maladies (21).

D'après notre étude, le développement d'un mode d'exercice mixte pourrait être un axe prometteur puisque 72% des médecins pensent qu'il aurait un impact sur l'incitation à l'installation. Ceci est assez concordant avec l'étude publiée en avril 2019 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins qui interrogeait les médecins sur les motifs limitant leur installation (18). En effet, les éléments principaux soulevés sont : le souhait d'un soutien humain et financier (problématique plutôt retrouvée chez les répondants les plus jeunes) mais aussi une dimension territoriale dont l'impact semble majeur (4). La dimension territoriale inclut plusieurs éléments : l'accès aisé aux services publics, la proximité familiale, les équipements culturels et sportifs ainsi que les transports. Selon cette étude environ 60% des internes et remplaçants relèvent ces critères comme importants ou essentiels dans leur décision d'installation. Il est à noter que 72% des internes interrogés dans cette étude envisageaient un exercice en maison de santé pluridisciplinaire ou en cabinet à plusieurs médecins ou un exercice mixte (salarial et libéral). A l'inverse seulement 10% d'entre eux envisageaient de poursuivre une activité de remplaçant ou un exercice libéral seul. Ceci est concordant avec les résultats de notre étude puisque 86% des répondants pensent que la proximité des services publics pourrait être un facteur incitatif

pour exercer de cette manière quelle que soit leur opinion sur l'exercice mixte ($p=0.48$, avec des taux de réponses positives supérieurs à 80% dans les 2 groupes).

Une autre étude menée en Gironde auprès des internes de médecine générale de Bordeaux tentait de déterminer les facteurs pouvant guider leur installation en maison de santé rurale (22). D'après cette étude, les médecins seraient intéressés par le cadre de vie paisible, une activité à temps partiel et une rémunération confortable. Par ailleurs les freins pour leur installation sont la difficulté d'un accès au travail pour le conjoint ainsi que le souhait d'être salariés. Nous pensons que le développement d'un mode d'exercice mixte permet de se rapprocher des zones péri-urbaines où il existe plus de possibilités professionnelles pour le conjoint. De plus, nous pensons que le salariat pourrait être le mode de rémunération de ce mode d'exercice.

D'après les réponses à notre étude les médecins semblent donc plutôt favorables au développement de ce mode d'exercice et espèrent majoritairement une amélioration dans les domaines de la qualité des soins (56%) et de l'incitation à l'installation (72%).

La majorité des médecins salariés et ayant une activité mixte interrogés dans notre étude, ont déjà une activité en médecine d'urgence, témoignant d'un attrait pour cet exercice, ce qui n'est probablement pas le cas de tous les médecins libéraux interrogés. Ceci peut expliquer les différences retrouvées dans notre analyse entre les différents modes d'exercice. Il est aussi possible que la pénibilité des gardes en médecine d'urgence motive les urgentistes à envisager plus facilement que leurs confrères libéraux une activité mixte. Malgré tout, il est intéressant de constater que chez les salariés et les médecins ayant un exercice mixte nous atteignons 90% de réponses positives pour le développement d'un exercice mixte ; ce chiffre témoigne d'un intérêt pour ce mode d'exercice et une satisfaction des médecins exerçant déjà de cette manière.

Chez les médecins libéraux, le fait que l'exercice mixte soit majoritairement envisagé chez les médecins les plus éloignés des centres hospitaliers plutôt que par ceux qui en sont plus proches peut aussi être le témoin d'une différence d'attrait pour la médecine d'urgence de leur part.

Concernant l'accès aux soins, leur avis est plus mitigé (45%) espérant principalement une amélioration en termes de PDSA à proximité des hôpitaux mais moins de la présence médicale à distance. Ceci est cohérent avec la manière dont les médecins interrogés pensent qu'un tel exercice pourrait être développé sur le plan pratique. En effet, ils sont plus de 80% à penser que le cabinet pourrait être limitrophe à l'hôpital. Concernant la possibilité d'un exercice en zone éloignée pour apporter une

présence médicale, 76% des médecins pour l'exercice mixte l'envisagent contre 40% de ceux qui y sont réfractaires.

Enfin, les craintes soulevées par les médecins qui sont opposés au développement de ce mode d'exercice sont la peur de perdre en liberté et un moins bon suivi des patients. Nous pensons que ces craintes peuvent être atténuées par un développement réfléchi de ce mode d'exercice, assurant aux médecins le maintien, voire l'amélioration, de leur qualité de vie (11) par l'optimisation de la communication globale et la création de dossiers médicaux partagés, pour un suivi optimal des patients.

Une organisation en réseau de soins de premiers recours autour d'un secteur d'urgence paraît donc être une solution intéressante pour améliorer l'accès aux soins. Ainsi, un système de garde pourrait s'organiser, le planning des médecins s'articulant sur des gardes aux urgences mais aussi en secteur libéral dans le bassin géographique couvert par les urgences y compris parfois à distance du centre hospitalier.

VI. Conclusion

D'après notre étude, le développement d'un mode d'exercice mixte permettrait une amélioration de l'offre de soins dans les Alpes-de-Haute-Provence.

La situation dans ce département est aujourd'hui critique. La densité médicale est certes encore acceptable dans certaines zones péri-urbaines, mais les zones rurales demeurent insuffisamment couvertes, avec un effectif médical constitué à 25% de praticiens de plus de 60 ans et un renouvellement insuffisant par les jeunes médecins.

Les mouvements de grèves nationaux persistants témoignent des difficultés actuelles des services d'urgences. L'effectif médical insuffisant à Sisteron a conduit à une fermeture des urgences, la nuit depuis cet été, et les politiques alertent les instances nationales du risque de fermeture du SAMU de Digne face aux multiples départs.

Après analyse de tous ces résultats le développement de ce mode d'exercice ne semble pas utopique et les mesures politiques régionales menées par l'ARS devraient tendre à développer ce genre d'initiatives d'autant que les médecins interrogés dans notre étude y sont majoritairement favorables. De plus, une grande majorité d'entre eux, pense que ce mode d'exercice pourrait inciter de nouvelles installations et améliorer la qualité des soins.

Des mesures concrètes pour assurer le développement d'un tel exercice devraient être initiées afin de rendre attractif l'exercice rural et l'installation dans ces zones fragiles.

Enfin, il nous paraît pertinent d'ouvrir une réflexion sur la formation des internes et médecins afin qu'ils se sentent compétents pour assurer les fonctions demandées par cet exercice varié.

VII. Références

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. 2019 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#sly=a_dep_DR;sid=3;l=fr;i=demo_med.dens_tte_act;v=map2;s=2019;z=464400,6651703,987901,609979
2. pvalue.io [Internet]. [cité 25 sept 2019]. Disponible sur: <https://stats.pvalue.io/app/stats#>
3. Vergier N, Chaput H. Les dossiers de la DRESS: les déserts médicaux. [cité 25 sept 2019]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
4. Véran O. Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public. Trib Santé. 12 juill 2013;(39):77-85.
5. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? Espace Popul Sociétés Space Popul Soc [Internet]. 20 mars 2016 [cité 30 août 2018];(2015/3-2016/1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/eps/6177>
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) - [Internet]. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localise-apl/article/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl>
7. Les dossiers de la DRESS: les déserts médicaux [Internet]. [cité 25 sept 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
8. Permanence des soins : situation critique dans certains départements, toujours moins de médecins impliqués en nuit profonde. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 5 sept 2018]; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/04/05/permanence-des-soins-situation-critique-dans-certains-departements-toujours-moins-de-medecins-impliques-en-nuit-profonde_856766
9. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. Rev Francaise Aff Soc. 2006;(2):91-119.
10. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. The Lancet. nov 2009;374(9702):1714-21.
11. Lemaignan E. La qualité de vie des médecins généralistes exerçant en ambulatoire est-elle meilleure chez les médecins salariés que chez les médecins libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes ? 16 mai 2017;
12. Moukarzel A, Michelet P, Durand A-C, Sebbane M, Bourgeois S, Markarian T, et al. Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors [Internet]. BioMed Research International. 2019 [cité 25 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/6462472/>

13. Chanu A, Caron A, Ficheur G, Berkhout C, Duhamel A, Rochoy M. Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 1 mai 2018;66(3):171-80.
14. Rey M. Comment les jeunes médecins généralistes choisissent leur mode d'exercice. 5 oct 2018 [cité 1 oct 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02010581>
15. Skrzypek N, Bouvier F. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des urgences en milieu rural isolé: l'exemple d'un département rural les Alpes de Hautes Provence. [S.l.]: s.n.; 2013.
16. Aribi L, Chouwayekh S, Charfeddine F, Bouattour W, Marrekchi C, Amami O. Attitudes et attentes des médecins généralistes à l'égard de la formation médicale continue. Réflexions à partir d'une enquête transversale auprès de 73 médecins de la région de Sfax (Tunisie). Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 nov 2018;176(9):875-80.
17. Doll A. Place de la simulation médicale haute fidélité dans la formation médicale continue en médecine générale. 3 juin 2019 [cité 3 oct 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02275901>
18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Etude sur l'installation des jeunes médecins. 2019.
19. Baudier F. Les maisons de santé : une aventure humaine à partager. Santé Publique. 2009;21(hs1):5-5.
20. Brabant. Influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous dotées. [Internet]. 2013 [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4408_Brabant_Influence_des_aides_incitatives_sur_l_installation_de_medecins_generalistes_en_zones_sous-dotees.pdf
21. Agence Régionale de Santé PACA. Inciter les jeunes médecins à exercer dans les Alpes-de-Haute-Provence. [cité 2 sept 2019]; Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/inciter-les-jeunes-medecins-exercer-dans-les-alpes-de-haute-provence>
22. Dagot J. Les déterminants, guidant a priori le choix d'un exercice en maison de santé rurale chez les internes de médecine générale : étude à travers l'exemple de la future maison de santé de Captieux (Gironde). 26 oct 2017 [cité 3 oct 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01635866>

VIII. Annexes

A. Annexe 1 : Questionnaire

Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes et urgentistes des Alpes de Haute Provence concernant le développement d'un exercice mixte afin d'améliorer l'offre de soins.

Ce questionnaire est destiné aux médecins généralistes et urgentistes des Alpes-de-Haute-Provence.

Il ne prendra au maximum qu'une dizaine de minutes !

L'objectif est d'obtenir votre opinion concernant le développement d'un exercice mixte hospitalo-libéral permettant de compléter l'offre de soins existante.

Les freins actuels à l'installation des jeunes médecins sont multiples: isolement, temps de travail, difficultés liées au territoire sont autant de facteurs que les études mettent en évidence. En parallèle les urgences souffrent d'une augmentation constante de leur activité et des difficultés à recruter. Enfin les pouvoirs publics et les médias crient leur impuissance à pallier les problématiques de "déserts médicaux" et de permanence des soins.

Il me semblait pertinent de poser la question de l'intérêt de développer une nouvelle manière d'exercer à des médecins confrontés à ces problématiques au quotidien.

Un premier avis global

Pensez vous que le développement d'un exercice mixte urgentiste - généraliste peut permettre d'améliorer l'offre de soins dans le 04 ? *

*Obligatoire / 1 seule réponse possible

1. Oui !
2. C'est possible, vous pensez qu'il faut développer cette idée
3. C'est plutôt une mauvaise idée, vous voyez beaucoup de facteurs qui rendent cette exercice inenvisageable.
4. Vous êtes contre, c'est une idée absurde, on ne fait pas le même métier.

Imaginons qu'un tel mode d'exercice voit le jour, comment penseriez vous qu'il soit possible ? Dans les items suivants cochez les réponses en fonction de ce qui vous paraît envisageable.

Concernant l'exercice mixte hospitalo-libéral, vous pensez...

	OUI	NON
Qu'il peut être complémentaire de l'exercice actuel		
Qu'il peut être géré par l'hôpital de proximité disposant d'un service d'urgence		
Que les médecins pourraient être salariés de l'hôpital		
Qu'une rémunération partiellement indexée sur le nombre d'actes pourrait inciter la valorisation de cet exercice		
Que la rémunération doit être stable axée sur la rémunération salariale classique		
Que le cabinet peut être limitrophe du service d'urgence		
Que le cabinet peut être éloigné du service d'urgence		
Qu'un dossier médical partagé pourrait exister pour le secteur dépendants de l'hôpital (si accord patients)		
Que les médecins concernés pourraient aller renforcer des cabinets en difficultés (parfois remplacements de courtes durées chez des médecins libéraux en difficultés pour être remplacés au cabinet)		
Que les médecins concernés pourraient apporter une présence médicale dans des zones désertés (locaux disponibles sans présence médicale)		

Concernant l'accès aux soins, vous pensez que le développement d'un exercice mixte

Permettrait aux médecins d'assurer une présence médicale (même partielle) sur des zones de "vrais déserts médicaux".

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Permettrait d'assurer une permanence de soins ambulatoires mais uniquement à proximité des hôpitaux (à l'image des maisons médicales de garde).

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Concernant la qualité des soins, vous pensez que le développement d'un exercice mixte

Permettrait d'améliorer l'organisation en réseau de soins des zones géographiques autour de l'hôpital dont elles dépendent.

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Permettrait de diminuer le nombre de consultations de médecine générale aux urgences.

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Permettrait de mieux comprendre les contraintes des différents exercices.

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Permettrait d'améliorer la communication lors des interactions entre médecin ambulatoire et médecin régulant au SAMU.

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Permettrait une meilleure connaissance des filières spécifiques d'urgence (type AVC) par les médecins en ambulatoire.

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Permettrait d'améliorer la formation médicale continue (participation à des staffs, simulations...)

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Risque de nuire aux prises en charges au long cours des patients par la difficulté de mise en place d'un suivi.

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Risque de nuire à l'investissement professionnel hospitalier en dispersant les médecins sur des activités multiples.

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Risque de contraindre un peu plus les services d'urgences en leur demandant d'assurer des fonctions supplémentaires.

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Concernant la qualité de vie de médecins, vous pensez que le développement d'un exercice mixte

Permettrait de diversifier le rythme de travail et les relations aux patients par ces 2 modes d'exercices (rythme de travail de nuit aux urgences, relations souvent plus "détendues" avec

patientèle en libéral, délégation des soins infirmiers en hospitalier, moins d'administratif en hospitalier...).

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Permettrait une diminution des contraintes administratives (en ambulatoire) inhérentes à l'exercice libéral actuel.

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Permettrait aux médecins ambulatoires isolés de poser plus facilement des vacances (car continuité de la permanence des soins assurée).

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Pourrait nuire à la liberté d'organisation des médecins libéraux (travail dans une organisation à plusieurs nécessitant de s'adapter pour les congés notamment).

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Concernant l'attrait de l'exercice dans le 04, vous pensez que...

La possibilité d'avoir un exercice mixte en lui-même pourrait motiver de jeunes médecins à venir s'installer dans le 04.

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

La proximité de services publics (crèches, écoles, postes...) pourrait être un facteur incitatif.

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

La gestion des urgences en secteur hospitalier pourrait être un facteur rassurant pour la gestion de ces mêmes situations en ambulatoire en secteur isolé.

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

La crainte de l'isolement pourrait être diminuée par l'idée d'exercer dans ce type d'organisation.

Tout à fait d'accord 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord

Age

- 20-29 ans
- 30-39 ans
- 40-49 ans
- 50-59 ans
- 60 ans ou plus

Sexe Homme / Femme

Temps de travail clinique hebdomadaire ? (en moyenne, hors vacance, au cours des trois derniers mois)

- 30 heures ou moins
- 30-39 heures
- 40-49 heures
- 50-59 heures
- 60-69 heures
- 70 heures ou plus

Combien de temps consacrez-vous à votre formation continue (personnel ou temps non

clinique) par semaine ? (en moyenne au cours des 3 derniers mois)

- Moins de 2 heures
- Entre 2 et 4 heures
- Entre 4 et 6 heures
- Entre 6 et 8 heures
- Entre 8 et 10 heures
- Plus de 10 heures

Quelle durée consacrez-vous par semaine au travail administratif ?

- Moins d'1 heure
- Entre 1 et 2 heures en moyenne
- Entre 2 et 3 heures en moyenne
- Plus de 3 heures

Spécialité *

- Généraliste (exercice libéral exclusif, installé)
- Généraliste (exercice libéral exclusif, remplaçant)
- Généraliste libéral réalisant des gardes hospitalières aux urgences
- Urgentiste

Vous avez donc un exercice de médecine libérale, à quelle durée des urgences votre cabinet se situe-t-il ?

Sélectionner

- Moins de 15 minutes à pieds
- Plus de 15 minutes à pieds mais moins de 15 minutes en voiture
- 15 à 29 minutes en voiture
- 30 à 44 minutes en voiture
- Plus de 45 minutes en voiture

IX. Abréviations

04 : Alpes-de-Haute-Provence

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur

PDSA : Permanence de Soins Ambulatoires

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

Introduction : dans les zones à faible densité médicale le maintien de la Permanence de Soins Ambulatoires est un objectif difficile. Les urgences sont en difficulté et les jeunes médecins s'installent peu en zone rurale. Nous nous sommes demandé si le développement d'un mode d'exercice mixte urgence-médecine générale pourrait améliorer l'offre de soins dans les Alpes-de-Haute-Provence.

Méthode : nous avons réalisé une étude d'opinion auprès des médecins généralistes et urgentistes du 04 par un questionnaire préétabli pour recenser leur avis sur le développement d'un mode d'exercice mixte.

Résultats : 68% des médecins interrogés sont favorables au développement de cet exercice. 72% pensent qu'il inciterait l'installation de médecins et 56% qu'il améliorerait la qualité des soins.

Concernant l'amélioration de la qualité de vie des médecins et l'amélioration de l'accès aux soins attendues, les résultats sont plus mitigés (respectivement 37% et 45% d'opinions positives).

Discussion : les médecins pensent majoritairement que l'offre de soins peut être améliorée par un mode d'exercice mixte. Ces résultats sont concordants avec les études notamment concernant l'incitation à l'installation puisque ce mode d'exercice est en accord avec les aspirations des médecins souhaitant s'installer. Concernant l'accès aux soins, les mesures actuelles prises pour améliorer la PDSA restent insuffisante et les médecins interrogés pensent pouvoir espérer une amélioration par le développement de ce mode d'exercice.

La qualité de vie des médecins reste une source d'inquiétude mais une rémunération salariale semble être associée à une meilleure qualité de vie et le développement de ce mode d'exercice doit s'associer à un questionnement sur ce point.

Enfin s'il demeure quelques craintes concernant le suivi des patients, le développement de dossiers médicaux partagés pourrait apporter une solution. Par ailleurs, les médecins pensent que le développement de ce mode d'exercice pourrait améliorer la qualité des soins.

Conclusion : devant une situation critique où la densité médicale reste précaire avec des médecins en exercice, proches de la retraite et peu remplacés, le développement d'un mode d'exercice mixte urgences-médecine générale, pourrait, selon les médecins, améliorer l'offre de soins dans le département.

Mots-clés : exercice mixte, permanence de soins ambulatoires, déserts médicaux, médecine rurale, offre de soins, soins de premiers recours, accès aux soins, Alpes-de-Haute-Provence.