



HAL
open science

Stage en médecine de montagne : ressenti des internes de médecine générale de la faculté d'Aix Marseille

Charles Dhalluin

► **To cite this version:**

Charles Dhalluin. Stage en médecine de montagne : ressenti des internes de médecine générale de la faculté d'Aix Marseille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04133047

HAL Id: dumas-04133047

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04133047v1>

Submitted on 19 Jun 2023

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

**Stage en médecine de montagne :
ressenti des internes de médecine générale de la faculté d'Aix Marseille**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 14 Juin 2023

Par Monsieur Charles DHALLUIN

Né le 11 mai 1993 à Tourcoing (59)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Président

Madame le Professeur Associé JANCZEWSKI Aurélie

Directeur

Monsieur le Docteur (MCA) THÉRY Didier

Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Stage en médecine de montagne :
ressenti des internes de médecine générale de la faculté d'Aix Marseille**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 14 Juin 2023

Par Monsieur Charles DHALLUIN

Né le 11 mai 1993 à Tourcoing (59)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Président

Madame le Professeur Associé JANCZEWSKI Aurélie

Directeur

Monsieur le Docteur (MCA) THÉRY Didier

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Asseseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC	:	Pr. Gabrielle SARLON
➤ Développement DPC	:	Pr. Frédéric CASTINETTI Pr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

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

Chargés de mission

▪ PASS - LAS	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Pr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Patrick DESSI
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Lily BLANC-PACCHIONI

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur	:	Pr. Bruno FOTI
Directeurs adjoints	:	Pr. Michel RUQUET
	:	Pr. Anne RASKIN
Chargés de mission		
▪ Formation initiale	:	Pr. Michel RUQUET
▪ Recherche	:	Pr. Anne RASKIN
▪ Formation continue	:	Pr. Frédéric BUKIET
▪ Relations internationales	:	Pr. Hervé TASSERY
▪ Internat et diplômes d'études spécialisées	:	Pr. Virginie MONNET-CORTI
▪ Affaires générales	:	Dr. Alain TOSELLO

ÉCOLE DE MAIEUTIQUE

Directrice	:	Madame Carole ZAKARIAN
Chargés de mission		
▪ 1 ^{er} cycle	:	Madame Estelle BOISSIER
▪ 2 ^{ème} cycle	:	Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur	:	Pr. Laurent BENSOUSSAN
Directrice Adjointe	:	Pr. Valérie AGHABABIAN

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur	:	Pr. Sébastien COLSON
------------------	---	-----------------------------

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

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

2009

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

2010

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

2011

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

2012

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

2013

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

2014

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

2015

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

EMERITAT

2016

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

2017

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

2018

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

2019

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

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023
M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2023
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

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

1974

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

1975

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

1976

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

1977

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

1978

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

1980

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

1981

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

1982

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

1985

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

1986

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

1987

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

1988

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

1989

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

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre Surnombre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETTELE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric

COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle Surnombre
DEVILLIER Raynier
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane disponibilité
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GONZALEZ Jean- Michel
GAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HRAIECH Sami
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas disponibilité
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre disponibilité
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

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

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

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

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 et Technologies de Communication 4604**

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

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

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

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

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (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)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

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

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

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

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

Remerciements:

Au Professeur GENTILE Stéphanie, Présidente du jury

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse.

Je vous remercie pour votre confiance et l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail.

Veillez recevoir à travers lui le témoignage de ma reconnaissance et mon respect.

Au Professeur JANCZEWSKI Aurélie, Directrice de thèse

Je te remercie de m'avoir proposé de diriger cette thèse.

J'ai eu le privilège de bénéficier de ton enseignement au cours des cercles de lecture et des soirées RSCA.

Je te remercie pour ton soutien et ton expérience tout au long de ce travail.

Au Docteur THERY Didier, Membre du jury

Vous avez accepté de juger mon travail et j'en suis très honoré.

Je vous remercie pour votre disponibilité et espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

A mes parents, merci pour votre amour et votre soutien depuis toutes ces années. J'espère que vous êtes fiers de la personne que je suis devenue. Je vous aime.

Papa, tu aurais dû être là ce soir, tu avais prévu de raccourcir ton séjour sur les chemins de Compostelle pour me voir soutenir ma thèse et devenir docteur. La vie en a décidé autrement et j'en suis effondré. Tu me manqueras particulièrement ce soir.

Maman, merci d'avoir toujours été derrière moi à tous les niveaux, tes bons petits plats réconfortant en rentrant de la fac et surtout ta carbonnade flamande. Mille mercis, je serai toujours là pour toi.

A mes frères et sœur, j'espère qu'on restera toujours aussi proche malgré la distance qui nous sépare maintenant. Ça a été un réel plaisir de grandir avec vous. Je vous aime les moches.

Emilie, j'oublierai pas les soirées Pékin Express à me cacher dans ta chambre.

Loïc, il est loin le temps où tu m'aidais avec les DM de maths.

Etienne, « Krikou vient dans la hutte... »

Aux pièces rapportées Yann et Charlotte, et votre passion commune pour Claude François et "Podium"

A ma filleule, Léna ma petite choucroute de la mer des Caraïbes et à Luca et Agathe.

A mes grands-parents,

A mon parrain et ma marraine, merci de m'accompagner depuis toutes ces années.

A Sophie, la meilleure des cousine

A Pierre, maintenant que j'en ai fini avec cette thèse je vais enfin pouvoir me mettre vraiment au vélo et avoir le plaisir de te déposer sur le bord de la route (ahahah y'a du taff). Bravo pour être devenu l'athlète que tu as toujours voulu être. Rendez-vous en septembre pour venir t'encourager pour les championnats du monde d'Ironman. Sans oublier ta fiancée Julie et future consœur 😊.

Aux bikers de la route 69: Charlotte, Justine, Léa, Sixtine, Marion, Julie, T-Daq, Jimbo, Philippe, Jellab, Dix Watts, Antoine, Vivien, Gabin... les « copains » d'externat lillois. Toujours un plaisir

de vous revoir autour d'une bière lors de mes moins en moins fréquentes remontées nordistes ou de passer des vacances avec vous.

Aux chatons qui aiment les aubergines de Manosque:

Marwane et Léa, merci de m'accueillir chez vous à chacun de mes passages marseillais. Vous êtes de belles personnes, ne changez pas. Hâte de vous voir débarquer dans le Var.

Jeanne et Julien, je vous remercie pas pour cette fameuse soirée au ski 😊 mais j'ai quand même hâte de fêter votre union.

A youness, le pire voyou des voisins marseillais.

Aux gens "pas fun" et qui n'ont pas le matos de l'internat d'Ajaccio,

U mellu, i Zini, Célie Santuch', Mathilde caprice de poire, Christophe la bergère, Flo la chaudière et Hélène.

J'ai été ravi d'être votre FFI pour ces 5 mois de Club Med'(ical). A toutes nos sorties baaaaaateau et aux litres de myrthe qu'on a bu dans des jacuzzi aux 4 coins de la Corse.

Aux briançonnais : Claudie, MC, Alice, Claire, Clément, Pilou et Sylvain

Plus à l'aise de descendre des shots sur ski que de descendre des pistes à ski, mais bon en même temps on n'avait pas trop le choix...

A Patrico, merci de m'avoir fait découvrir le ski rando, maintenant faudrait juste que tu arrêtes de faire le mec ahah.

A l'équipe de centre médical de Montgenèvre Pierre-Michel, Michèle et Jean

Merci de m'avoir fait découvrir et donner goût à la médecine de montagne. Qu'il y ait encore plusieurs saisons à travailler ensemble et à laisser nos traces dans la poudreuse à la Plane ou ailleurs.

A mes petites Ondjjine et Charlène, je pense que je n'aurais pas pu mieux tomber pour finir cet internat. A nos retours de soirée en décapotable (RIP la 207) avec "petit juif" à fond.

A Ben le petit coquin de sort. Merci pour ton aide lors de mes premiers départ plage en kite, tu m'as sauvé plus d'une fois. J'espère que tu vas enfin te qualifier pour les JO. Et à Victo, la 4^e coloc qui doit nous supporter tous les week-ends.

A Zavier alias carquei le sang, le seul vrai corsico-marseillais de Calvi (avec l'accent svp) qui soit fréquentable même si il a des petits pecs.

Hâte de profiter de l'été avec vous, et de se retrouver au 20e sens ou à Brise mes c***** pour boire des pintes et à vous dire "Je m'en fous moi je suis thésé..." ahaha

Aux médecins avec qui j'ai pu travaillé au cours de ces études et qui m'ont appris comment être un bon médecin.

Aux internes, médecins et amis qui ont participé à ce travail, mille mercis cette thèse c'est aussi grâce à vous.

Table des matières

Introduction.....	4
Matériel et méthode	6
Résultats.....	9
I. La médecine de montagne, une vie à la montagne	10
A. Lien à la montagne	10
B. La montagne, une qualité de vie	10
C. La montagne et ses activités	11
D. Les difficultés de la vie en montagne	11
1. La difficulté de se déplacer	11
2. L'isolement social et culturel	12
3. L'obstacle du logement.....	12
4. Travail pour le conjoint	12
II. La médecine de montagne, une activité attrayante	13
A. Un stage de choix.....	13
B. Des conditions de travail agréables.....	13
C. Les avantages "en nature"	14
D. Le travail en équipe	14
E. Un désir d'apprentissage de la traumatologie	15
F. Recherche d'une activité d'urgence	16
G. Une pratique dynamique.....	17
H. Une pratique rémunératrice	17
III. La médecine de montagne, une activité médicale différente.....	18
A. MdeM différent de la MG "classique"	18
B. Un exercice isolé.....	18
C. Une patientèle hétérogène	18
D. Le mode d'exercice	19
1. Une activité non programmée.....	19

2.	Une activité irrégulière	19
3.	La permanence de soins	20
4.	Gestion de flux et savoir travailler dans l'urgence	20
E.	Peu de médecine chronique.....	21
F.	Le couplage MdeM - MG "classique"	21
IV.	La médecine de Montagne, une activité "technique"	22
A.	La prise en charge du patient traumatisé.....	22
B.	Analgésie.....	22
C.	Technicité.....	23
1.	L'imagerie.....	23
2.	Les gestes	24
3.	L'immobilisation.....	24
4.	L'obligation de moyen	24
D.	Expertise	25
E.	L'évaluation de l'urgence et transfert du patient.	26
F.	Urgence vitale.....	26
G.	Désir de compléter leur formation.....	26
V.	La médecine de montagne, une activité essentielle.....	28
A.	Pour le patient	28
1.	Service au patient	28
2.	Radioprotection	28
B.	Pour les urgences.....	28
C.	Pour les villages de stations.....	29
VI.	La médecine de montagne, un point sur l'avenir.....	30
A.	Attirance pour un exercice de MdeM	30
B.	De la place pour s'installer en stations.....	30
D.	Développer les réseaux	31
E.	Un exercice dépendant du climat.....	32
F.	La covid	32
G.	Adaptation des stations.....	32

Discussion	34
I. Forces et Limites de l'étude	34
A. Forces.....	34
B. Limites.....	36
II. Confrontation aux données de la littérature.	37
A. La médecine de montagne, une activité singulière et indispensable.	37
B. Un stage formateur	38
1. La traumatologie	38
2. L'imagerie.....	39
3. Prise en charge de la douleur aiguë.....	40
4. Apprentissage de gestes techniques	41
5. Prise en charge des urgences vitales	42
C. Nécessité d'une amélioration de la pratique	43
D. Influence sur le devenir professionnel	43
Conclusion	45
Références bibliographiques.....	47
Annexe.....	50
Abréviations / Acronymes	51

Introduction

Depuis la réforme du 3^e cycle des études médicales de 2017, dont les principes étaient la modernisation du système de formation, la simplification du dispositif existant, l'acquisition progressive des compétences professionnelles et la reconnaissance des qualifications, les internes choisissant comme spécialité la médecine générale se sont vus offrir l'opportunité de réaliser deux stages en médecine ambulatoire nommés :

- SN1 au cours de la phase dite "socle" qui permet l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à son exercice.
- SASPAS au cours de la phase dite "d'approfondissement" qui permet l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie. (1)

Pour les internes choisissant la subdivision de Marseille, l'offre de stage est étendue et diversifiée que ce soit en termes de géographie ou de pratique afin d'approcher tous les modes d'exercice et types de structures de soins. Cela grâce à l'étroite collaboration entre l'ARS PACA et le SAIHM. (2)

Parmi ces modes d'exercice, des stages en médecine de montagne sont proposés et peuvent être choisis par les internes de médecine générale le souhaitant. Ils se regroupent dans le département des Hautes-Alpes dans les stations de Montgenèvre, des Orres ainsi que de Vars.

La médecine de montagne est un exercice médical particulier qui est au croisement de la médecine générale et de la médecine d'urgence. L'association des médecins de montagne s'attache à faire connaître et défendre la spécificité de l'exercice médical en montagne et compte plus de 300 médecins généralistes qui exercent dans les stations de sports d'hiver françaises mais aussi dans les vallées. Une grande partie de l'activité des médecins de montagne se concentre sur la traumatologie due au sports d'hiver. (3)

En effet, ils assurent la prise en charge de 8 millions d'usagers des pistes chaque saison soit 120 à 140 000 blessés chaque année. L'hiver l'incidence du risque est de 2.3 blessés pour 1000 JS (Journées-Ski).

Ils permettent ainsi d'éviter le passage par les services d'urgence des hôpitaux locaux. La part des patients blessés transférés à l'hôpital ou en clinique immédiatement après la prise en charge au cabinet est de 5,1% sur les 10 dernières années.

Les diagnostics résultants de traumatismes, tous sports confondus, se répartissent entre les entorses (41,8%), les fractures (21%), les contusions (20,5%), les pathologies musculaires et tendineuses (6,3%), les plaies (4,1%) et les luxations (3,9%).

Les types de lésions spécifiques sont les ruptures du LCA (17%), les fractures du poignet (6,8%), les traumatismes crâniens (3,4%), les entorses du pouce (3,2%), les luxations gléno-humérales (3,1%) et les entorses de cheville (1,8%). (4)

Les médecins de montagne permettent également le maillage médical des territoires de montagne tout le reste de l'année.

Il y a un réel attrait des internes de médecine générale de la faculté d'Aix-Marseille pour les stages de médecine de montagne puisqu'ils sont rapidement pris lors des choix d'internes. Dans ce contexte, l'objectif de cette étude était de recueillir le ressenti des internes qui avaient réalisé un stage de médecine de montagne.

Matériel et méthode

Approche qualitative

Afin de répondre à notre objectif de recherche, il a été décidé entre le chercheur et la directrice de thèse de recourir à une méthodologie qualitative basée sur l'approche par la théorisation ancrée. Cela nous a permis de proposer une théorie sur le vécu d'une population, c'est-à-dire les internes de médecine générale, par rapport à un événement : le stage de médecine de montagne.

Ce travail a été réalisé en essayant de répondre au maximum aux critères COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research)

Population

L'échantillon a été recruté parmi les connaissances du chercheur ainsi que parmi les listes de choix de stage des internes marseillais ayant réalisé un ou plusieurs stages de médecine de montagne. Le chercheur a accepté une part d'effet "boule de neige".

Le recrutement a été poursuivi jusqu'à ce que soit estimée l'absence d'idée nouvelle apparaissant lors de l'analyse des nouveaux entretiens, c'est-à-dire obtention d'une saturation théorique des données.

Le questionnaire quantitatif de début d'entretien permettait de décrire l'échantillon de la population étudiée, en fonction du :

- Sexe
- Âge
- Année d'ECN
- Faculté d'origine
- Stage réalisé en SN1 ou SAPSAS
- Stage réalisé en été ou en hiver

Recueil de données

Le recueil des données s'est déroulé du 24 janvier au 3 avril 2023.

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés par le chercheur à partir d'un guide d'entretien afin de centrer le discours du médecin sur le thème étudié et d'éviter le hors-sujet tout en laissant une grande place à la liberté d'expression.

Le guide d'entretien a évolué au cours des entretiens, deux versions de celui-ci ont été utilisées. Il comprenait 8 questions ouvertes. (Annexe)

Le chercheur était médecin remplaçant de médecine générale en année thèse à la Faculté de Marseille.

Les entretiens ont été réalisés selon la convenance de la personne interrogée, soit au domicile du chercheur ou des personnes interrogées, soit sur son lieu de travail ou encore par visioconférence.

Chaque participant a donné son consentement oral avant le début de l'entretien. Les données ont été enregistrées à l'aide d'un enregistreur numérique. Elles ont ensuite été retranscrites intégralement et anonymisées en utilisant le logiciel Word. Les retranscriptions n'ont pas été soumises aux participants concernés pour être corrigées.

La saturation des données a été obtenue à la suite de 11 entretiens. Cela signifiait qu'aucune nouvelle idée n'avait émergé au cours de deux entretiens successifs.

Analyse des données

L'analyse a été réalisée en trois phases :

- Codage : l'attribution de codes correspondants aux significations retrouvées dans le verbatim.

Les codes étaient consignés dans le logiciel Excel.

Plus de la moitié des entretiens (6/11) ont bénéficié d'une triangulation des données par confrontation des résultats du chercheur et d'un lecteur ayant déjà réalisé une thèse qualitative.

- Analyse thématique : regroupement des codages par sous-thèmes puis par thèmes définis, permettant l'encodage axial.
- L'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif, obtenu par l'articulation des catégories entre elles.

Cadre légal

Les participants ont consenti librement à la participation à cette étude.

Un accord verbal était recueilli auprès des participants pour l'enregistrement, la retranscription, l'analyse et l'utilisation des données recueillies et était susceptible d'être retiré à n'importe quel moment de l'étude.

Lors de la retranscription, les entretiens ont été anonymisés et les informations susceptibles de permettre d'identifier les participants ont été supprimées. Les enregistrements audios ont été effacés une fois les entretiens retranscrits.

Dans ce contexte, aucune déclaration à la CNIL n'a été nécessaire.

Résultats

Parmi les internes contactés, un seul a refusé de participer, par manque de temps ou d'intérêt pour le sujet de recherche. Un interne n'a pas répondu à notre e-mail.

Au total, onze entretiens semi dirigés ont été réalisés entre le 24 janvier et le 3 avril 2023.

La durée des entretiens variait de 14 minutes à 38 minutes.

231 codes ont été générés, regroupés en 61 catégories conceptuelles.

Les caractéristiques de la population d'inclusion sont illustrées dans le tableau suivant.

	Sexe	Age	ECN	Faculté d'origine	SN1/SASPAS	Été/hiver
Interne 1	M	29	2020	Roumanie	SASPAS	Hiver
Interne 2	F	31	2018	Montpellier	SASPAS	Été
Interne 3	M	28	2019	Grenoble	SN1 et SASPAS	Hiver*2
Interne 4	M	28	2020	Italie	SN1	Été
Interne 5	M	28	2019	Lille	SASPAS	Hiver
Interne 6	M	29	2019	Lille	SASPAS	Hiver
Interne 7	M	30	2018	Grenoble	SASPAS	Hiver
Interne 8	M	30	2017	Lyon Sud	SASPAS	Hiver
Interne 9	F	28	2020	Marseille	SN1	Hiver
Interne 10	F	28	2020	Bordeaux	SN1	Hiver
Interne 11	F	27	2018	Poitiers	SN1	Hiver

I. La médecine de montagne, une vie à la montagne

A. Lien à la montagne

La majorité des internes interrogés avaient un lien avec la montagne avant ce stage. Certains plus particulièrement car ils y avaient vécu ou grandi et souhaitaient y vivre.

« Toujours vécu à la montagne, j’y ai grandi et j’espère bien y retourner vivre après la fin de mon internat » E.4

Pour d’autres l’idée de vivre en montagne leur plaisait parce qu’ils y allaient souvent pour voir de la famille ou pour les souvenirs de vacances en montagne.

« J’allais régulièrement en vacances à la montagne, ça a toujours été des bons moments et des parties de plaisir notamment avec la famille ou les amis. » E.6

Un seul interne n’avait aucun lien avec la montagne.

« J’avais pas vraiment de lien avec la montagne (...) je n’allais pas en vacances en montagne. » E.10

B. La montagne, une qualité de vie

La plupart des internes interrogés portaient un « état d’esprit montagne » et aimaient l’esprit qu’il régnait en montagne.

« Ça a toujours été une passion pour moi et ça s’est affirmé au fil des années. La montagne pour moi c’est un peu l’aventure, un des seuls endroits où l’on peut s’évader et qui a encore son petit côté inexploré, donc y’a un côté ludique et surtout du plaisir, du repos. J’associe tout ça à la montagne (...) quand tu partages avec des amis c’est hyper agréable. » E.8

Et cela tout au long de l’année :

« J’adore la montagne, je suis complètement amoureuse de la montagne, été comme hiver. » E.11

Ils opposaient la qualité de vie entre la ville et la montagne et leur besoin de se retrouver plus en nature, cela a même été une des raisons de changement de région pour l'internat.

« On avait envie d'être plus en lien avec la montagne, la nature et justement un peu moins avec la ville (...) ouais envie de changer un peu d'air. » E.3

C. La montagne et ses activités

Les internes interrogés étaient en grande partie sportifs et pratiquaient les différentes activités que la montagne offrait. Ils avaient soif d'en découvrir d'autres.

« Je fais du VTT, du parapente, du ski alpin, du ski de fond et du ski rando (...). Ça c'est du régulier mais j'essaie de toucher à un peu tous les sports. » E.6

D. Les difficultés de la vie en montagne

Les internes n'avaient pas seulement relevé les bons côtés de vie en montagne. Les inconvénients étaient aussi soulignés.

1. La difficulté de se déplacer

Les internes notaient que les déplacements en montagne étaient souvent plus longs et moins pratiques qu'ailleurs, notamment en hiver lorsque les chaussées sont enneigées.

« Je faisais un peu de route pour aller en stage, environ 45 min (...) c'était une petite difficulté de faire la route surtout quand il neigeait et que les routes n'étaient pas bien dégagées » E.11

Pour un interne, l'absence de permis de conduire et le manque de transport en commun régionaux l'avaient condamné à rester « exilé ».

« C'était vraiment difficile de bouger pour visiter ou rentrer chez moi ou même sur Marseille d'ailleurs. » E.10

2. L'isolement social et culturel

Pour les internes interrogés, cela semblait plus difficile de rencontrer du monde dans les régions montagneuses. L'offre culturelle était moins présente également selon eux.

L'éloignement social de leur famille ou ami été compliqué à gérer pour certains mais le fait que ce soit seulement pour un stage de 6 mois les faisait relativiser.

« Mais je ne connaissais personne dans le coin, mes amis étaient loin puis pas grand-chose à faire en station hormis du sport donc c'était un peu compliqué mais finalement 6 mois ça passe vite puis c'est compliqué de rencontrer des nouvelles personnes » E.4

3. L'obstacle du logement

Plus de la moitié des internes avaient rencontré des difficultés à trouver un logement lors de leurs stages en MdeM. Ils mettaient cet obstacle sur le compte du tourisme et du fait que sur les périodes de vacances, les locations soient chères.

« La difficulté pour trouver un logement parce que quand tu es en station de ski tout se loue à la semaine donc ça revient un peu cher, finalement j'ai vu avec la mairie pour qu'il me trouve un studio pas trop cher mais c'était pas incroyable. » E.3

4. Travail pour le conjoint

Une des difficultés majeures, pour les internes interrogés, était la difficulté à trouver du travail en montagne pour le conjoint. Ils mettaient en évidence que le secteur de montagne était un secteur très fermé avec comme seul métier ceux en rapport avec le tourisme.

« Pour la personne avec qui tu es ben il faut qu'elle trouve du travail donc sauf si elle est dans le tourisme, c'est chaud. » E.4

II. La médecine de montagne, une activité attrayante

A. Un stage de choix

Pour tous les internes interrogés, hormis un seul, le stage de MdeM était un choix.

Certains avaient déjà pour idée de devenir médecin de montagne et donc ce choix s'installait dans un projet professionnel allant jusqu'à allonger leur internat ou à faire un inter-CHU pour être certain d'avoir ce stage.

« C'était un vrai projet professionnel, j'avais pu palper l'ambiance de médecine de montagne sur des stages éphémères et du coup me dirigeant vers cette direction professionnelle je voulais que mon stage d'autonomisation soit en raccord avec mon projet définitif. J'ai dû faire des pieds et des mains pour pouvoir faire un inter-CHU et être sûr d'avoir ce stage » E.6

Les autres s'étaient basés sur les recommandations de connaissances ou d'internes ayant déjà fait leur stage en médecine de montagne.

« Après discussion avec des internes passés en stage de médecine de montagne beaucoup me l'ont recommandé » E.5

B. Des conditions de travail agréables

Les internes rapportaient des conditions de travail agréables dans une ambiance familiale avec leurs maîtres de stage universitaire.

« J'avais l'impression d'être son fils, on mangeait ensemble le midi c'est très agréable et ça change de l'ambiance de l'hôpital ou on a moins ce côté familial de la médecine. » E.4

Le cadre de travail y était aussi pour beaucoup, les cabinets de stations étant dans la plupart des cas au pied des pistes.

« Le cadre de travail est incroyable, de la salle de consultation on a vu sur les montagnes et le coucher de soleil tous les soirs » E.5

La possibilité de pratiquer du sport en pleine nature lorsque l'activité était plus calme, sur la pause de midi ou juste à la sortie de stage était un vrai plus pour ces internes.

« Entre midi et deux ou je pouvais aller faire du ski de fond, ça coupait la journée pour mieux repartir l'après-midi. » E.5

C. Les avantages "en nature"

Lors de leur stage les internes ont pu profiter de quelques avantages bien spécifiques à la médecine de montagne.

Les stations offraient le forfait de ski pour toute la saison d'hiver.

« On avait le forfait saison de ski offert par la station aussi donc j'ai pas mal progressé en ski, j'ai dû skier 30 jours sur tout l'hiver ça c'était cool » E.3

Certains ont pu bénéficier d'autres activités comme d'un baptême en hélicoptère ou encore la découverte de la motoneige.

« On m'a emmené faire un tour en hélico, ça c'était assez incroyable d'avoir pu profiter de ça, grâce aux secouristes. » E.11

Grâce aux pisteurs, un interne a appris les notions de nivologie et les conséquences que cela pouvait entraîner sur les pathologies traumatiques.

« Les pisteurs, ils m'ont expliqué beaucoup d'éléments sur les caractéristiques de la neige, la stabilité du manteau neigeux (...) et ce que ça pouvait entraîner comme blessures » E.5

D. Le travail en équipe

Les internes appréciaient le fait que la pratique de la médecine de montagne se fasse en équipe. Ce qui leur permettait selon eux de s'occuper plus du côté médical. Ils pouvaient

également demander des avis auprès de leurs collègues concernant un doute qu'ils avaient sur une prise en charge ou une lecture de radiographie.

« Dans les cabinets ou j'ai fait mes stages il y avait toujours une secrétaire une infirmière et même parfois une manipulatrice radio » E.3

Le compagnonnage était selon eux plus important et nécessaire que dans un stage de médecine classique du fait de la spécificité de la pratique de la médecine de montagne.

« Je me suis jamais senti mis en difficulté parce que mon MSU était toujours présent à côté si j'avais besoin » E.7

Tout ceci leur a permis d'acquérir une capacité à travailler en équipe mais également à devoir gérer une équipe notamment sur les interventions de médecin correspondant SAMU

« Sur les interventions MCS tu te retrouves un peu à manager une équipe ça on te l'apprend dans aucun stage ni à la fac » E.6

D'autres internes avaient apprécié prendre en charge complètement le patient jusqu'à faire des actes non médicaux si besoin. Cela leur semblait plus rapide que de gérer une équipe et de déléguer les tâches à chacun.

« On fait des actes qui ne relèvent pas de la médecine mais plus du paramédical (...) j'ai bien aimé qu'on prenne en charge le patient complètement nous-même et sans aide d'une infirmière. J'ai l'impression qu'on perd moins de temps que de déléguer pour tous les actes. »

E. Un désir d'apprentissage de la traumatologie

Le choix de ce stage se faisait en grande partie par l'appétence des internes pour la traumatologie.

« J'étais déjà intéressé par la médecine du sport, la traumatologie du sport et la traumatologie en général. Au début je voulais être chir ortho finalement j'ai fait MG puis c'est vrai que ce stage là c'était un peu le stage que j'avais en ligne de mire. » E.8

En effet, la traumatologie est présente toute l'année, que ce soit lors de la saison d'hiver avec les sports de glisse ou bien l'été avec les activités de randonnées ou de VTT.

« C'est sûr que l'hiver avec le ski qui est une activité très traumatogène mais il y a une vraie activité de traumatologie l'été également » E.4

Pour certains, ce stage a permis de mettre en application le DIU qu'ils faisaient en parallèle pour compléter leur formation.

« Pendant ma dernière année d'internat j'ai fait le DIU de traumatologie du sport et ça m'a vraiment permis de mettre en l'application une partie de ce que je voyais en cours » E.5

F. Recherche d'une activité d'urgence

Les internes ayant choisi ce stage le faisaient également pour l'activité d'urgence que représente la médecine de montagne.

« J'aime le côté mini-urgence qui change de la médecine de ville classique. J'ai toujours aimé l'urgence faire des gestes » E.8

Pour certains internes, ce stage les a rassurés sur les urgences, les a encouragés à reprendre des gardes aux urgences, ou encore les a décidés à continuer l'activité de médecin correspond SAMU.

« Je suis aussi en train de m'orienter pour reprendre des gardes aux urgences donc c'est vrai que j'ai moins peur de faire des urgences qu'avant (...) puis continuer l'activité de MCS » E.7

Ce stage a également permis à un des internes de confirmer son droit au remords vers la spécialité de médecine d'urgence.

« Changement de spécialité vers la médecine d'urgence et donc ça à confirmer mon choix que c'était surtout les urgences qui m'intéressaient » E.4

G. Une pratique dynamique

Les internes interrogés trouvaient l'activité de médecin de montagne dynamique, où la routine ne s'installait que très peu.

« Pour moi c'est quelque chose de dynamique d'attractif (...) sans trop de routine parce que ça c'est quelque chose que je crains beaucoup » E.1

« Je me vois moins être assise derrière un bureau toute la journée à enchaîner les patients et à être passive entre guillemets » E.2

H. Une pratique rémunératrice

Pour les interrogés, l'activité de médecine de montagne leur paraissait lucrative avec les cotations et associations de cotations spécifiques à la médecine de montagne qui pouvaient s'avérer parfois complexes.

« Financièrement c'est intéressant parce que forcément tu brasses beaucoup de blessés et que tu fais des gestes »

« Les cotations qui n'étaient pas faciles à connaître donc ça c'était la difficulté au début mais c'était un défi et c'est pour ça que j'étais venu aussi, apprendre de nouvelles choses. » E.8

Certains internes semblaient gênés de se faire payer plus cher que lors d'une consultation classique et ils faisaient part de la difficulté à pratiquer le tiers payant.

« On demande plus d'argent au patient que ce qu'on demande en ville, parfois ça va au-dessus de 100 euros » E.2

Ils comprenaient que l'activité n'était pas aussi intense toute l'année et que certaines périodes pouvaient être creuse en terme d'activité médicale. Les charges du cabinet, elles, étaient plus importantes que dans un cabinet classique.

« trop de charge pour une activité essentiellement sur les périodes de vacances scolaires » E.10

III. La médecine de montagne, une activité médicale différente

A. MdeM différent de la MG "classique"

Les internes interrogés mettaient en avant la diversité de la pratique de la médecine générale. C'était un plus pour eux de découvrir une pratique différente avec une organisation qui lui est propre du fait de cette différence.

« Le côté aussi polyvalent, j'ai choisi la médecine générale pour pouvoir faire ce que je veux et un peu tout en même temps (...) Je voulais découvrir l'activité de médecine de station qui est différente de celle des médecins de la vallée » E.11

B. Un exercice isolé

Tous les internes notaient que la médecine de montagne était une pratique différente par le fait qu'elle s'exerce dans un milieu isolé.

« Le manque de ressource dû à la géographie et ça s'était quelque chose qui m'intéressait en médecine de montagne » E.1

L'éloignement de l'hôpital et des spécialistes était vécu difficilement pour eux mais cela les poussait à aller plus loin dans la prise en charge du patient.

« Les gens doivent faire 1h-1h30 de bagnole pour aller sur l'hôpital le plus proche ou voir le spécialiste ben t'essaies d'aller un peu plus d'aller plus loin dans la prise en charge du patient et c'est ça que je trouve intéressant » E.4

C. Une patientèle hétérogène

Les internes reconnaissaient la particularité de la médecine de montagne par le fait d'avoir une patientèle très hétérogène et la difficulté de s'adapter entre chaque patient.

« Savoir jongler entre différents types de patients parce que pour le coup c'est très varié entre le touriste qui vient parce qu'il s'est blessé et puis tu as le saisonnier qui veut pas s'arrêter de travailler ou qui consomme des drogues donc un peu un population précaire » E.3

Les touristes étaient considérés comme des consommateurs de soins et une patientèle difficile à éduquer du fait qu'ils ne soient que de passage.

« Une grande partie de la patientèle qui est consommatrice de soin parce qu'en vacances, le moindre rhume doit avoir un antibiotique parce qu'ils ne veulent pas pourrir leurs vacances »

La patientèle étrangère était également importante avec des compétences linguistiques nécessaires pour échanger avec les patients.

« J'ai pu aussi améliorer mon anglais, y'a tellement d'étrangers que parfois tu parles plus anglais que français certains jours. » E.5

D. Le mode d'exercice

1. Une activité non programmée

L'activité médicale en médecine de montagne était également particulière, étant une médecine du non programmé elle fonctionne sans rendez-vous, une nouveauté pour plusieurs internes.

« Médecine non programmée, du sans rendez-vous, avec une patientèle surtout de passage. C'est beaucoup des pathologies aiguës et ça m'a permis de savoir gérer un agenda qui n'était pas connu d'avance. » E.9

2. Une activité irrégulière

L'activité se concentrait surtout en fonction du tourisme et donc sur les périodes de vacances scolaires mais également en fonction des heures de la journée.

« En fait c'est l'activité saisonnière hein. On va dire que l'intensité dépend des journées mais même de l'heure dans la journée parce qu'avant 10-11h y'a pas grand-chose hormis les blessés de la veille. Après de 11h à 18h c'est non-stop et ensuite ça se calme. (...) »

3. La permanence de soins

Les médecins de montagne sont en permanence de soin quotidiennement. Ils travaillent sept jours sur sept et sont d'astreintes toutes les nuits lors des périodes touristiques.

« On travaillait le week-end et parfois on était d'astreinte la nuit par roulement » E.7

4. Gestion de flux et savoir travailler dans l'urgence

La gestion du flux de patient était un apprentissage pour ces internes avec la nécessité de savoir gérer une salle d'attente de patients et des blessés qui arrivent de façon aléatoire par les pisteurs

« Quatre barquettes qui arrivent en même temps, ça peut être stressant d'avoir quelqu'un qui a super mal et qu'il faut gérer les autres patients alors qu'en ville c'est un patient à la fois (...) donc vraiment le tri, prioriser en fonction de l'urgence quoi. » E.2

Ces conditions d'exercice faisaient qu'il fallait savoir travailler dans des situations délicates tout en restant concentrer malgré l'intensité de l'activité.

« Gérer les coups de bourre quand ça part dans tous les sens et il faut se concentrer, parce que souvent dans un cabinet de montagne c'est pas comme dans un cabinet de ville ou on est en consultation avec une personne, c'est calme. Là l'environnement c'est pas vraiment calme, on est dans une pièce on fait les papiers en même temps des gens viennent nous interrompre y'en a qui sont en observation, y'a un médecin qui fait qqch à côté donc voilà. Des fois il faut s'interrompre parce qu'une radio est lancée il faut se mettre derrière la vitre en plomb donc c'est aussi apprendre à rester concentrer dans une ambiance un peu hostile avec beaucoup de bruit. » E.7

E. Peu de médecine chronique

Les internes regrettaient le fait que la pratique de la médecine de montagne soit une médecine aigüe ou subaigüe et qu'il y avait peu de suivi ou de pathologie chronique à gérer. Cela amenait à ne pas avoir le suivi et le vécu du patient.

« J'avais choisi la médecine générale pour faire du suivi, d'être le médecin de famille, connaître l'entourage du patient et ça on le retrouve très peu en médecine de montagne (...) les patients qui viennent te voir une fois et tu les revois plus donc y'a pas ce suivi. » E.5

F. Le couplage MdeM - MG "classique"

Tous les internes tendaient à dire que le couplage des stages de médecine de montagne et de médecine générale « classique » était une très bonne chose. Pour eux la formation leur paraissait plus complète comme cela. Les pratiques étaient différentes mais complémentaires.

« Organisé en 3 secteurs différents avec un cabinet au pied des pistes où on faisait uniquement de la traumatologie, un cabinet dans la station où on avait de la traumatologie et de la médecine et un dernier cabinet dans la vallée avec uniquement de la médecine et donc les pathologies chroniques des habitants de la vallée (...) formation complète avec la capacité de gérer 70% des cas de traumatismes en fin d'hiver et d'être complètement autonome sur le plan médical pour le reste. » E.3

IV. La médecine de Montagne, une activité “technique”

A. La prise en charge du patient traumatisé

Le premier contact avec le patient était important, il se faisait en général à l'accueil du cabinet, l'aide des pisteurs était indispensable afin de pouvoir « techniquer » le patient, c'est-à-dire immobiliser le patient afin de les soulager et retirer les éléments pouvant gêner l'examen clinique.

« Patients qui arrivent coquillés avec les pisteurs et on fait le bilan général on va dire c'est à dire qu'on les immobilise de façon à les soulager, pour l'antalgie, protéger le rachis ou le membre potentiellement atteint » E.2

La diversité des pathologies traumatiques était pointée du doigt par les internes et cela à tout âge de la vie de l'enfant au senior.

« Beaucoup de pathologies traumatiques différentes de la fracture à la luxation en passant par le trauma crânien mais aussi les trauma non osseux et que soit chez l'enfant ou chez l'adulte » E.4

Ils devaient également pouvoir conseiller le patient sur les examens complémentaires à faire, si un suivi par un spécialiste était nécessaire et quand. Tout cela s'apprenait au cours du stage.

« savoir suivre un patient blessé niveau traumato c'est quelque chose si t'es pas passé en tant qu'interne en médecine de montagne c'est dur d'improviser. Il faut lui donner les ordonnances pour les radios de contrôle, la thromboprophylaxie etc... » E.1

B. Analgésie

Pour les internes interrogés la prémédication était quelque chose d'important étant donné que le patient traumatisé arrivait souvent douloureux au cabinet. Savoir le soulager rapidement était quelque chose d'essentiel afin de pouvoir ensuite examiner le patient.

« Antalgie en urgences aussi, par exemple mettre de l'Actiskenan, mettre du fentanyl en intra nasal ou l'utilisation du Pentrox » E.2

Parfois l'analgésie de premier recours n'était pas suffisante, l'utilisation de la voie intraveineuse avec les différentes drogues était nécessaire. Les règles d'administration et les différentes posologies devaient être connues.

« J'ai appris à gérer tout ce qui est prémédication, j'en avais déjà fait un peu au SAMU mais c'est vrai que c'est un côté que j'adore en médecine de pouvoir perfuser de soulager le patient avec différents antalgiques comme la kétamine, la morphine, l'hypnovel euh voilà c'était un bel apprentissage. » E.8

C. Technicité

Les cabinets de médecine de montagne sont souvent bien équipés étant donné l'éloignement des structures médicales.

1. L'imagerie

La radiographie était un outil indispensable pour un cabinet de médecine de montagne devant le nombre important de consultations liées aux traumatismes. Son utilisation était une découverte pour tous les internes interrogés.

« Gestion de tout ce qui était l'imagerie : apprendre à tirer tes radios, chercher les meilleures incidences, savoir lire un radio, savoir à quoi être attentif. » E.6

Dans un des cabinet de station, un échographe permettait d'aller plus loin dans la prise en charge du patient pour les traumatismes non osseux.

« Un appareil d'échographie portable pour faire les fast-écho ça c'était un vrai plus et ça m'a permis de connaître et savoir repérer les critères de gravité d'un trauma abdominal comme un épanchement intra-abdominale » E.4

2. Les gestes

Le médecin de montagne était un médecin ayant des capacités manuelles notamment pour les gestes de réduction de luxation ou de fracture.

« Gestes de réduction pour les luxations d'épaule, les intra focale de xylocaïne dans le trait de fracture pour réduire une fracture de poignet » E.5

Les gestes d'urgence devaient également être connus.

« ACR, qu'on arrivait pas à perfuser donc on a dû poser un cathéter intra osseux, c'était super impressionnant j'avais jamais vu ça. » E.4

3. L'immobilisation

Pour les internes, les différents types de traumatismes nécessitaient de connaître et de savoir utiliser les différents types d'immobilisations orthopédiques possibles.

« Immobilisations aussi, y a tellement de choses différentes, les plâtres, les résines, toutes les attelles souples ou thermoformables qu'on peut utiliser. » E.2

La connaissance des différentes marques et caractéristiques d'attelles était primordiale pour avoir une meilleure adhésion du patient.

« Important de voir les différences entre les différentes marques parce que clairement le patient va être plus ... on va dire compliant s'il est confortable dans son attelle que s'il l'est pas » E.5

4. L'obligation de moyen

Le fait d'avoir ce plateau technique sur place était un réel besoin en médecine de montagne mais parfois devant la peur de passer d'une erreur médicale cela devenait un outil qui pouvait primer sur l'examen clinique.

« On ne servirait pas à grand-chose si on n'avait pas la radio clairement mais après c'est sûr que je l'utilisais peut-être trop par rapport à ce que j'aurais dû parce que si on passe à côté d'une fracture alors qu'on a la radio sur place » E.5

D. Expertise

Pour les internes interrogés ce stage leur avait apporté une expertise dans le domaine de la traumatologie. L'amélioration du « gut-feeling » avec la façon dont se meuvent les patients

« C'est aussi un peu de l'instinct quand tu vois comment le mec qui arrive, sa façon de se tenir, tu te dis souvent ah ça doit être ça. » E.6

« Après pour tout ce qui est traumato j'ai beaucoup appris et ça m'aide au quotidien (...) et je me sens meilleur que mes co-internes à ce niveau-là. » E.4

L'examen des différentes articulations n'avait plus de secret pour eux : du genou en passant par l'épaule. C'était une aide pour donner un diagnostic et savoir quel examen complémentaire prescrire.

« la traumato ça m'a vraiment apporté, les examens des différentes articulations et ça ben ça me sert au quotidien de savoir si c'est une lésion musculaire, tendineuse ou bien plutôt osseuse pour demander les bons examens complémentaires » E.7

Grâce à la radiographie, les internes se sont améliorés à la lecture des clichés de radiographies et le repérage des différentes fractures si bien que lorsqu'ils travaillent dans d'autres services ou lors de remplacement, ils regardent les images avant le compte rendu du radiologue.

« La lecture de radiographie... de faire des radiographies ça c'est vraiment spécifique on fait que là-bas, c'est que dans un stage de médecine de montagne qu'on a l'occasion d'être manip radio. Donc ça m'a vraiment apporté des connaissances sur la lecture et mieux repérer les différents types de fractures, bois vert, motte de beurre, spiroïde » E.4

« Je vais pas regarder les CR de radio avant les images mais c'est sûr que je me sens à l'aise. » E.7

E. L'évaluation de l'urgence et transfert du patient.

Les internes pointaient la nécessité de savoir évaluer l'urgence. Reconnaître les situations qui nécessitaient de faire un bilan au régulateur du SAMU pour décider ensemble la meilleure destination et le meilleur transport pour le transfert du patient.

« La gestion quand même de l'urgence, l'évaluation du niveau d'urgence de savoir qui on envoie aux urgences et comment, si on a besoin d'une ambulance et ou si on demande un hélico, l'organisation des secours quoi et ça on y est confronté tous les jours » E3

« Faire la correspondance avec le 15 ou faire les bilans avec le médecin du SAMU, globalement en ville on n'appelle pratiquement jamais le 15 » E.2

F. Urgence vitale

Tous les MSU de médecine de montagne étaient médecin correspondant SAMU. Cela a permis aux internes de découvrir les interventions de MCS. Ces interventions se pratiquaient en dehors du cabinet médical et parfois à même les pistes notamment pour les patients polytraumatisés ou les douleurs thoraciques.

« L'activité MCS, sortir du cabinet aller sur une urgence vitale, un poly trauma grave, gérer une analgésie dans un zone en dehors de ta zone de confort avec les installations du cab, c'était des expériences super enrichissantes qui encore une fois te poussent en autonomisation et qui te donnent envie d'apprendre un peu plus. » E.6

G. Désir de compléter leur formation

Pour la plupart des internes, ce stage leur avait donné envie de compléter leur formation avec des formations ou des DU en rapport avec la montagne notamment ceux organisés par les facultés, par les services d'urgences via la formation de MCS, ou encore par l'association des médecins de montagne.

« J'aimerais me former encore à la médecine de montagne et notamment avec des DU de secours montagne (...) plus participer aux activités de MCS et participer aux formations de l'association des médecins de montagne » E.6

La FST de médecine du sport était également une formation qui intéressait les internes même si elle n'était pas complètement en rapport avec la montagne.

« J'ai su par contre que j'aimé la traumatologie ça m'a poussé à continuer dans la médecine du sport et à faire la FST et c'est ce que je fais aujourd'hui » E.8

V. La médecine de montagne, une activité essentielle

A. Pour le patient

1. Service au patient

De ces entretiens, il ressortait que le service au patient était très important. Les cabinets de stations étaient essentiels pour les patients qui vivent à l'année dans ces villages reculés mais aussi pour tous les touristes qui s'y rendent en vacances.

« niveau du service qu'on apporte au patient c'est assez incroyable, on le voit assez rapidement, on lui fait la radio, on l'immobilise, il n'a plus mal, on lui prescrit les soins pour chez lui: la radio de contrôle, l'anticoagulation si besoin, les consignes de surveillance, la kiné, s'il doit voir le chirurgien » E.2

La prise en charge globale du patient se faisait en majorité au cabinet de station, hormis pour les cas plus graves nécessitant un transfert aux urgences pour une prise en charge hospitalière.

« sans qu'il soit obligé d'aller aux urgences et d'attendre 3h sur un brancard, il est souvent très reconnaissant » E.5

2. Radioprotection

La sécurité du patient est primordiale notamment lors des examens d'imagerie et nécessite des précautions particulières de radioprotection

« la formation de radioprotection avec l'association des médecins de montagne » E.2

B. Pour les urgences

L'activité des médecines de montagne était au carrefour entre la médecine générale et la médecine d'urgence avec des médecins formés à ces deux types de médecines. Le recours aux

urgences y est peu fréquent ce qui permet de soulager les services d'urgences qui sont saturés qui plus est lors des périodes touristiques, tout en faisant économiser de l'argent à la société.

« Ça évite que tous les blessés des pistes soient redirigés sur les urgences locales et en plus ça aurait coûté plus cher à la société s'ils avaient été aux urgences » E.2

C. Pour les villages de stations

Selon les internes interrogés, il y a de plus en plus d'habitants dans les régions montagneuses notamment depuis la covid.

« Depuis le covid, il y a quand même beaucoup de monde qui a décidé de quitter les villes pour s'installer à la campagne à la montagne à la mer donc on voit qu'il y a de plus d'habitants dans les montagnes et qu'ils y restent » E.4

La présence d'un médecin à l'année est quelque chose de vital pour n'importe quel village mais plus encore pour les villages de montagne où l'éloignement de la ville se fait ressentir dans le domaine médical.

« C'est indispensable d'avoir un médecin dans une station » E.8

Ils mettaient également en lumière la difficulté de recrutement, du fait de l'âge avancé de la plupart des médecins de montagne en activité. Les départs en retraite sont nombreux et le manque de médecin formé à cette pratique de la médecine se fait ressentir.

« La plupart des médecins de montagne sont proches de la retraite et il y a peu de gens qui font de la MdeM donc c'est vrai qu'il peut y avoir des problèmes de recrutement » E.7

VI. La médecine de montagne, un point sur l'avenir

A. Attirance pour un exercice de MdeM

Pour plus de la moitié des internes interrogés, l'exercice de médecin de montagne les intéressait que ce soit en remplacement, en collaboration ou même en installation pour ceux dont le stage les a confortés dans l'envie de devenir médecin de montagne.

« confirmer que j'appréciais cette activité médicale particulière, c'est vrai un plaisir de travailler là-dedans donc à la sortie de l'internat je me suis dirigé vers la médecine de montagne (...) j'aimerais m'installer en station dans une structure qui prenne des internes pour partager ma pratique » E.6

« je suis actuellement en collaboration dans un cabinet de montagne » E.2

Pour d'autres, même si le stage leur a plu, ils s'orientaient plus vers une pratique de la médecine générale dite classique dans la vallée.

« La médecine de station c'est bien mais disons que ça serait pas ma pratique quotidienne je trouve ça un peu trop répétitif, je préfère m'installer dans la vallée. » E.11

B. De la place pour s'installer en stations

Les internes considéraient qu'il était facile de s'installer dans les stations de ski étant donné le grand nombre de départs à la retraite des médecins de montagne et la croissance de la démographie dans les zones alpines. Cela impacte également sur le recrutement de remplacement ou d'adjoint en médecine de montagne car peu de d'internes étaient formés à cette pratique de la médecine.

« Puis là on est dans une période un peu de renouvellement parce que la plupart des médecins de montagne sont proches de la retraite donc il va y avoir de la place pour s'installer. » E.3

C. Pour travailler en station

Pour les internes interrogés étant passés en stage de MdeM il y avait plusieurs conditions nécessaires et indispensables pour travailler en stations de ski : il fallait avoir fait un stage de MdeM ou une formation et avoir fait la formation de médecin correspondant SAMU.

« Pour moi si on n'a pas fait de stage en médecine de montagne c'est compliqué d'arriver en station sans formation en amont » E.2

« La formation de correspondant SAMU, ça me semble indispensable pour exercer en médecine de montagne parce qu'on peut vite avoir des gros traumatismes qu'il faut savoir gérer le temps que le SAMU arrive sur place » E.4

D. Développer les réseaux

Pour les internes, il était nécessaire de développer plus de liens avec les hôpitaux locaux pour faciliter les échanges et les demandes d'avis de spécialistes.

« Développer les liens avec les hôpitaux, créer des lignes directes pour avoir accès à un spécialiste en traumatisme surtout. » E.6

Ils trouvaient également que les prises en charge étaient peu protocolisées ou inadaptées à la médecine de montagne étant donné les conditions d'exercice. Un développement de la recherche était nécessaire pour s'accorder entre les médecins de montagne.

« On fait des choses mais pas vraiment protocolisé. Ça serait bien de développer la recherche en médecine de montagne pour avoir nos recommandations à nous et qu'on pousse à actualiser nos connaissances. Améliorer la formation continue et qu'on s'accorde sur nos façons de faire (...) c'est pour ça que j'aimerais faire une thèse sur les traumatismes crâniens en sports d'hiver » E.6

E. Un exercice dépendant du climat

Les internes se sentaient préoccupés concernant les contraintes climatiques auxquelles les stations de ski devront probablement faire face avec le réchauffement climatique et le manque ou l'absence de neige qui en découlera. Ils imaginaient des saisons d'hiver plus courtes notamment dans les stations de moyennes montagnes qui seront plus touchées qu'en haute montagne.

« Ça va dépendre de l'enneigement et du réchauffement climatique, y' beaucoup de station de moyenne montagne pour lesquelles ça va être compliqué de rester ouverte toute la saison d'hiver. (...) il faudra peut-être choisir d'exercer dans les stations en haute montagne pour pas avoir ce problème. » E.6

F. La covid

Pour les internes ayant réalisé leur stage de médecine de montagne lors de la période de la COVID, cela a été mal vécu. Ils se sentaient amputés dans leur formation avec une activité réduite notamment au niveau de la traumatologie. Cette dernière était quasiment inexistante, du fait de la fermeture des remontées mécaniques et cela avait engendré beaucoup de frustration.

« L'hiver covid en fait un mois avant le début du stage on a appris que les stations seraient fermées donc ça a été un peu la douche froide parce que beaucoup d'attente et au final on s'est rendu compte qu'on aurait pas l'affluence qu'il y a d'habitude dans les stations »

G. Adaptation des stations

Malgré les deux derniers points, les internes restaient optimistes concernant la pratique de la médecine de montagne. Ils pensent que les stations s'adapteront étant donné les répercussions qu'entraîneraient les fermetures de stations sur l'économie des vallées.

« Les stations essaient d'être de plus en plus dans du quatre saisons avec des nouvelles activités pour avoir du tourisme toute l'année (...) économiquement ça fait vivre des milliers de personnes, les vallées sont remplies de personnes vivant du tourisme donc ils vont s'adapter et proposer d'autres activités si c'est pas le ski (...) ça entrainera toujours de l'activité médicale pour les médecins sur place » E.5

Discussion

I. Forces et Limites de l'étude

A. Forces

L'objectif de l'étude était de recueillir le ressenti des internes de MG lors de leurs stages en cabinet de médecine de montagne. La question de recherche était explicite et compréhensible.

Cette étude semblait pertinente car il était important de recueillir le vécu des internes de MG face à un phénomène susceptible d'affecter directement leur pratique quotidienne et leur avenir professionnel. Dans la bibliographie il n'y avait pas d'étude qui s'intéressait au ressenti des internes de médecine générale lors de leurs stages de médecine de montagne.

Du fait de sa méthode de recrutement des participants et par l'utilisation de questions ouvertes, la méthode qualitative par théorisation ancrée semblait être la plus adaptée pour répondre à la question de recherche.

Les participants choisis semblaient être les plus appropriés pour fournir les éléments recherchés par l'étude. L'importance d'avoir une variété de caractéristiques individuelles telles que l'âge, la faculté d'origine, le type de stage ainsi que la période de stage afin d'obtenir une grande variabilité des profils.

Les entretiens individuels paraissaient cohérent avec l'approche pour permettre aux participants de s'exprimer avec la plus grande liberté possible.

La collecte des données, au moyen d'un enregistreur vocal et d'une retranscription « mot par mot » constituait une méthode systématique et exhaustive.

Le double codage en vue de la triangulation des données a été réalisé par une lectrice ayant déjà fait l'expérience de la recherche qualitative. Après confrontation des 6 premiers entretiens et devant une absence de différence significative de codage, la triangulation des données a été arrêtée.

La saturation des données a été obtenue au bout de onze entretiens, justifiant l'arrêt des entretiens.

L'anonymat et la confidentialité des participants ont été maintenus tout au long de l'étude, en supprimant notamment les caractéristiques personnelles des participants.

Au cours de la rédaction, chaque élément d'analyse était illustré par des verbatims.

Tout au long de cette étude, nous avons suivi les items des grilles de qualité en recherche qualitative COREQ (consolidated criteria for reporting qualitative research).

B. Limites

Le manque d'expérience en méthode qualitative du chercheur peut présenter un manque de reproductibilité. Le fait d'avoir une directrice de thèse habituée à la méthode qualitative a pu pallier cet effet. L'ouvrage de Jean-Pierre LEBEAU : Initiation à la recherche qualitative en santé nous a guidé à chaque étape de cette étude.

Le chercheur étant lui-même médecin de montagne au moment de l'étude, cela a pu avoir une influence sur la formulation des questions, la collecte et l'analyse des données.

Le recrutement a été effectué parmi les listes de choix de stage disponible via le SAIHM, plusieurs participants étaient des connaissances du chercheur et le chercheur a accepté l'effet « boule de neige ».

Seuls les internes de MG de Marseille ont été interrogés alors que les stages de médecine de montagne existent dans d'autres facultés telles que Grenoble, Lyon ou Toulouse ou encore Nice.

Parmi les internes interrogés peu avaient réalisé leurs stages sur la période estivale, ce qui s'explique par la fermeture de certains terrains de stage. En effet, l'activité étant concentrée uniquement sur juillet et août, certains MSU ne prennent pas d'interne.

Il manquait dans cette étude le ressenti des internes de MG ayant refusé de participer par manque de temps ou d'intérêt pour le programme.

La technique d'enregistrement ne nous a pas permis d'étudier le comportement non verbal des participants.

Le consentement des participants a été donné par oral uniquement, il n'a donc pas été retranscrit.

II. Confrontation aux données de la littérature.

A. La médecine de montagne, une activité singulière et indispensable.

Des entretiens, il ressortait que les internes étaient attachés à leurs qualités de vie et que pour apprécier un stage trois facteurs étaient déterminants :

- Environnemental : la montagne, impression de vacances
- Personnel : trajets, loisirs, l'école et le travail du conjoint à proximité
- Professionnel : épanouissement dans le travail, une patientèle agréable

On retrouve cela dans la thèse de Marie Delfino qui souligne l'importance de la qualité de vie lors des stages ou de l'installation des jeunes médecins.(5)

On note aussi que le fait d'être originaire d'un milieu montagnard ou rural prédispose à l'attraction de ce type de stage. Un phénomène similaire a été étudié au Québec pour l'exercice en zones reculées dans l'étude de Bilodeau et al. (6)

Les internes ayant réalisé leur stage de MdeM appréciaient le travail en équipe. En effet, les cabinets de station de montagne sont majoritairement pourvus d'auxiliaires médicaux. Ceux-ci peuvent être des secrétaires médicales, des infirmières ou même des manipulatrices radio. La présence d'auxiliaires augmente le temps total de prise en charge d'un patient, mais elle diminue celui de prise en charge par le médecin.

Les secours en station de ski sont régis par la "loi montagne". La responsabilité de la prise en charge des blessés des pistes incombe au maire de la ville. Il se fait par les pisteurs qui grâce à leur expérience font un bilan initial, conditionnent, puis orientent vers le centre de soins adapté (7)(8). Dans plus de 97% des cas le centre de soins adapté est le cabinet de médecine de montagne d'après l'observatoire d'accidentologie de montagne. (4)

L'éloignement des cabinets de MdeM par rapports aux structures hospitalières est souvent important. Selon l'association des médecins de montagne, la distance moyenne entre le cabinet et le SMUR/SAMU le plus proche est de 27,5 km. Le délai moyen d'intervention du

SMUR varie entre 30-40 min par la route, et de 15 à 35 min en hélicoptère. Celui d'une ambulance peut aller entre 12 et 55 min. (8)

C'est la raison pour laquelle les médecins de montagne sont polyvalents et effectuent des actes d'imagerie, des immobilisations, des gestes de petite chirurgie, etc...

On peut donc se poser la question de l'absence de médecin de montagne sur les services d'urgences, si tous les blessés arrivaient dans ces structures déjà surchargées. Hormis les polytraumatisés, peu nécessitent une hospitalisation et ce malgré des pathologies parfois lourdes comme les fractures diverses +/- réduction, les luxations d'épaule, les plaies... De plus, le coût de prise en charge est moindre en station que dans un service d'urgences, ne serait-ce que par la restriction des déplacements.

En plus d'être une activité indispensable afin de ne pas surcharger les urgences des hôpitaux des zones alpines, la médecine de montagne permet de faire des économies sur les coûts de prise en charge des traumatismes.

D'après une thèse réalisée dans la région nord alpine, le coût de la prise en charge d'un poignet non chirurgical immobilisé gérée par le médecin généraliste en station de sport d'hiver avoisinerait les 64.83 euros +/-16.52 euros alors qu'une prise en charge à l'hôpital serait de l'ordre de 86.08 euros +/-20.70 euros. (9)

On retrouvait également une réduction du coût de prise en charge d'une luxation antérieure gléno-humérale en cabinet de station par rapport à l'hôpital dans la thèse réalisée par Marine Mougery. (10)

B. Un stage formateur

1. La traumatologie

Une des raisons qui avait amené les internes à réaliser le stage de médecine de montagne était leur appétence pour la traumatologie. En effet 20 à 40 % des consultations des médecins de montagne sont dues aux traumatismes des sports de montagne. Cela leur apporta une certaine expertise en traumatologie.

Ils semblaient plus à l'aise avec l'examen des différentes articulations et notamment des tests sur les articulations du genou et de l'épaule.

Plusieurs thèses réalisées dans le cadre de la médecine de montagne ont permis de donner des éléments en vue d'une amélioration des pratiques que ce soit pour les internes ou les médecins en exercice. Un score diagnostic ALPScore a été créé par des thésards afin de guider les médecins non expérimentés en traumatologie pour repérer les lésions du ligament croisé antérieur. (11) Un nouveau test diagnostique de rupture du LCA a été évalué dans l'étude de Bucher Camille (12).

La thèse Nelly Martin soutenue en 2022 montrait que les médecins généralistes s'estimaient peu formés à la traumatologie et qu'il y avait une perte de l'enseignement des techniques manuelles (réalisation de plâtre, réduction de luxation...). Tout cela amenait les médecins généralistes à délaisser la traumatologie en cabinet. La majorité était demandeur de la création d'un outil numérique d'aide à la prise en charge en traumatologie. (13)

La prise en charge des plaies était quotidienne dans les cabinets de stations. On retrouve cela dans une enquête de Rabuel et Trouvé qui conclut que les médecins de montagnes sont formés, équipés et organisés pour prendre en charge les plaies dans 85 % des cas. Cette activité est valorisante pour le médecin, diminue le coût pour la société et surtout évite pour le patient le déplacement et l'attente aux urgences. (14)

2. L'imagerie

Un des apports importants du stage de médecine de montagne était la découverte et l'apprentissage de la radiologie. Les internes interrogés n'avaient jamais réalisé de radiographie auparavant. Ils ont dû apprendre les différentes incidences pour chaque articulation, savoir faire des clichés comparatifs pour la traumatologie pédiatrique si nécessaire mais également connaître l'intensité des rayons à délivrer en fonction du membre à radiographier. Tout ceci en respectant les règles de radioprotection pour le patient et lui-même. Aucune étude retrouvée ne s'est intéressée à ce sujet, il serait intéressant de connaître

les difficultés qu'ont les personnes qui n'ont pas suivi de formation de manipulateur en radiologie à savoir réaliser des radiographies.

En résulte de cet apport, la lecture des clichés de radiographie réalisés. Les internes se sentaient plus à l'aise après leur stage de MdeM sur la lecture des radiographies et le repérage de lésions osseuses traumatiques. Tout en reconnaissant qu'ils n'étaient pas devenus radiologues pour autant. Une étude s'était intéressée à la concordance entre la lecture de l'urgentiste et du radiologue pour les radiographies en traumatologie dans un centre hospitalier de La Réunion. Cette étude retrouvait une concordance moyenne de 0,90 jugée comme excellente. Les discordances retrouvées étaient significatives pour la population pédiatriques de par le manque d'expérience des praticiens urgentistes vis à vis des spécificités de la population pédiatrique soie. Ces discordances n'avaient pas entraîné de retentissement majeur sur la prise en charge des patients. (15)

En cabinet de médecine de montagne, les clichés radiologiques ne sont pas relus par un radiologue. La nécessité d'expliquer au patient les consignes de re-consultation en cas de persistance de la douleur ou d'impotence était une obligation.

3. Prise en charge de la douleur aigüe

La prise en charge de la douleur est quelque chose de primordial en médecine de montagne comme l'ont fait remarquer les internes interrogés. La prémédication faisait partie des connaissances acquises lors de ce stage. L'utilisation d'antalgiques forts (kétamine, fentanyl...) étant normalement réservée à l'usage hospitalier ou à l'utilisation en anesthésie ou urgences pré-hospitalières. En médecine de montagne elle peut se faire grâce à la dotation du SAMU pour les médecins ayant réalisé la formation MCS, elle permet de soulager le patient en attendant un transfert hospitalier ou bien de réaliser un geste douloureux. (16) Tous les MSU exerçant en médecine de montagne étaient MCS. La thèse de Sébastien Guyot et Martin Pinet a montré que cette formation MCS permettait un meilleur taux de soulagement et donc une meilleure prise en charge des douleurs aigües sévères d'origine traumatique. (17)

La thèse de Dupouet sur l'expérience de pratique de l'analgésie en traumatologie par les médecins de montagne montre également la multitude de moyens d'analgésie que les médecins exerçant en médecine de montagne ont. (18)

L'utilisation du MEOPA (Kalinox) n'était pas mentionnée par les internes. Son utilisation est probablement limitée par son coût et l'absence de prise en charge par la sécurité sociale.

Les internes interrogés étaient d'accord sur le fait que l'analgésie n'était pas une fin en soi mais une utilité pour parvenir rapidement au moyen analgésique prioritaire qui est l'immobilisation.

4. Apprentissage de gestes techniques

Notre étude a mis en évidence la curiosité des internes pour les gestes techniques. Ce qui pourrait aller dans le sens d'une étude réalisée sur les déterminants à l'installation. Près de la moitié des internes en médecine générale qui ont pour projet de s'installer étaient motivés pour faire des gestes technique. La volonté et la motivation de faire des actes en médecine générale ne semblent pas être un frein important. (19) (20)

Beaucoup de gestes ont pu être réalisés en cabinet de station et appris au cours de ce stage.

L'apprentissage des gestes de réduction de luxation notamment gléno-humérale qui était la plus fréquente lors des traumatismes liés aux sports d'hiver. Une étude faite par Pierre Michelon proposait un protocole de prise en charge des luxations gléno-humérales antérieures pour les médecins de montagne afin d'augmenter le taux de réussite mais surtout améliorer la rapidité et la qualité de prise en charge. (21)

Les différentes immobilisations possibles devaient également être connues : résine, plâtre, attelle orthopédiques thermoformables ou non, circulaire ou ouverte afin d'immobiliser le membre lésé mais aussi de soulager le patient notamment lorsqu'un geste chirurgical à distance était nécessaire. (22)

Le risque thrombo-embolique devait être évalué pour savoir si une anticoagulation préventive était nécessaire. La connaissance de ce risque était bien connue des médecins de montagne

confrontés quotidiennement aux possibles évènements thrombo-emboliques comme le montre l'étude sur l'évaluation de la connaissance et de l'adhésion des MdeM au protocole issu de l'étude M2M thrombose. (23)

L'exemple le plus spécifique restait l'analgésie intra-focale, qui semble être en France restreinte à l'usage seul des médecins de montagne, et permet de soulager rapidement la douleur de repos ainsi que de réduire les fractures dans des conditions d'antalgie satisfaisantes. Elle est surtout utilisée dans la prise en charge des fractures fermées de l'extrémité distale du radius. L'AIF séduit car elle est rapide à mettre en œuvre, peu onéreuse et ne nécessite ni plateau technique lourd, ni personnel spécialisé. Ne faisant pas partie des recommandations d'experts, les médecins de montagne, organisés en réseau, proposent des formations théoriques et pratiques par compagnonnage afin de transmettre ce savoir comme le montre les thèses de SOMMERS.L sur l'analyse des pratiques de l'AIF ou encore celle réalisée sur la recherche d'un consensus dans l'AIF. (24,25)

5. Prise en charge des urgences vitales

Les internes soulignaient la nécessité de connaître les prises en charge des urgences vitales de par l'éloignement des structures d'urgences les plus proches. Pour être à l'aise avec ces gestes une formation de MCS et une mise à jour annuelle devait être faite.

Deux thèses réalisées en milieu de montagne montrent que les médecins de stations doivent être équipés et formés aux gestes d'urgences vitales comme la prise en charge de l'arrêt cardiaque et l'acquisition de l'intubation. (26,27)

Ceux qui étaient en stage pendant la pandémie de covid-19 se sont sentis lésés dans leur formation puisque dans les stages libéraux, les consultations et l'activité médicale se sont raréfiées notamment avec la fermeture des stations. On retrouve cette même idée dans la thèse d' Anaïs Barthe et de Liza Perrin sur le vécu de la pandémie COVID-19 par les internes de médecine générale de la faculté Aix-Marseille. (28)

C. Nécessité d'une amélioration de la pratique

Malgré tous ces acquis les internes avaient l'impression que les choses n'étaient pas vraiment protocolisées dans l'activité de médecine de montagne ou bien que les recommandations n'étaient pas totalement applicables du fait des conditions particulières d'exercice.

Par exemple, la thèse de Anne-Sophie ALOÏSI proposait la création d'un protocole commotion dans les traumatismes crâniens légers qui prendrait en compte de manière synchrone, à la fois les dernières recommandations et le contexte géographique des médecins de montagne afin d'aider à la prise de décision concernant les transferts hospitaliers des patients victimes de TCL. On imagine donc que ce protocole permettrait de résoudre le problème des médecins qui transfèrent par excès ou par défaut. (29)

Il semble important de développer la recherche en MdeM pour produire des protocoles et recommandations afin d'améliorer les prises en charge en cabinet de médecine de montagne.

Les liens avec les hôpitaux devaient être créés et/ou améliorés afin d'avoir accès aux avis de spécialistes et d'optimiser la prise en charge des patients. Une thèse réalisée en 2022 portant sur la description d'une filière d'avis et d'orientation pour les urgences traumatiques non graves, entre médecins de montagne et médecins des urgences traumatologiques de Grenoble a contribué à améliorer la qualité de prise en charge des patients par une meilleure communication et coopération médicale. Cette organisation permet une meilleure anticipation des moyens humains et matériels à l'hôpital et une diminution du nombre de passages non essentiels aux urgences en différant certaines prises en charge. L'utilisation d'une messagerie sécurisée et ergonomique est indispensable pour pérenniser ce dispositif. (30)

D. Influence sur le devenir professionnel

Les stages ambulatoires réalisés par les internes lors de leur internat influencent sur l'identité et les projets professionnels des étudiants comme le montre la thèse de Mathilde COUDREUSE-CHICHOUX soutenue en 2012. En effet ce stage semblait être un tournant majeur

dans l'établissement et l'affinement du projet professionnel des futurs généralistes en permettant un ajustement des représentations de l'exercice libéral. (31)

Si certains internes avaient choisi le stage de MdeM parce qu'il s'inscrivait dans un projet professionnel il a également influencé d'autres internes sur leur avenir professionnel et notamment sur l'installation ou la collaboration en cabinet de médecine de montagne.

La nécessité d'être passé en stage de médecine de montagne pour pratiquer cet exercice semblait nécessaire. On retrouve cette influence dans la thèse soutenue en 2016 par Nathalie Brizard et Marine Durand sur les déterminants à l'installation en cabinet de médecine de montagne chez les jeunes installés et les internes en médecine générale du secteur alpin. (32)

La formation médecin correspondant SAMU était indispensable à la formation des médecins de montagne selon les internes interrogés. Cette formation volontaire est complémentaire de l'activité habituelle du médecin et de sa participation à la PDSA. Elle correspond à une mission de service public d'AMU, pour offrir des relais compétents au SAMU, dans des zones isolées. L'objectif est de réduire le délai de réponse à l'urgence, par une prise en charge de proximité et de qualité, idéalement 24h/24 7j/7. Cette fonction est accessible à tout médecin exerçant dans les secteurs définis, indépendamment de leur mode d'exercice.

La thèse de Villatte.E montrait l'efficacité du dispositif MCS dans la réponse à l'aide médicale urgente dans les secteurs de montagne grâce au développement et à la formation des médecins de montagne pour assurer à l'ensemble de la population un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes. (33)

Les internes interrogés souhaitaient maintenir les compétences acquises au cours de ce stage et en continuant à se former via les DU et FST proposés par la faculté de Marseille mais également par les formations organisées par l'association des médecins de montagne. On retrouve ces mêmes souhaits dans une thèse soutenue en 2016 par Negroni.A. (34)

Conclusion

La médecine de montagne est une pratique de la médecine générale très peu connue des internes ou des patients. C'est pourtant une activité essentielle pour les habitants et acteurs des régions montagneuses mais également des touristes qui s'y rendent en vacances afin d'avoir un accès aux soins dans ces zones isolées.

L'environnement alpin avait été apprécié par la totalité des internes ayant réalisé leurs stages en médecine de montagne. La qualité de vie en montagne semblait leur paraissait très agréable malgré les difficultés qu'on peut y trouver et les activités alpines étaient pratiquées par la majorité.

L'activité des médecins de montagne s'articule principalement autour de 4 axes: consultations de médecine générale, traumatologie, prévention (saisonniers) et les urgences ce qui en fait une activité variée et dynamique.

L'acquisition des nouvelles connaissances et d'une expertise en traumatologie a permis aux internes de s'épanouir à travers ce stage et de les utiliser dans leurs pratiques quotidiennes. Ils reconnaissaient cependant une nécessité d'améliorer les pratiques et de développer des protocoles spécifiques à la médecine de montagne.

Tout cela à influencer les internes sur leurs avenir professionnels, la moitié des interrogés étant devenue médecins de montagne ou bien intéressée par une pratique de la médecine de montagne après leurs internats. Pour les autres ils s'orientaient vers une médecine générale traditionnelle dans les vallées ou ailleurs mais essayaient de garder les acquis de ce stage.

La médecine de montagne était souvent opposée à la médecine générale traditionnelle par leurs différences de par le lieu et le mode d'exercice. Le couplage de ces deux types de stages permettait une certaine complémentarité nécessaire à l'acquisition d'une pratique exhaustive de la médecine générale.

Références bibliographiques

1. DGOS. La réforme du 3ème cycle des études de médecine [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medecine-reforme-du-3eme-cycle/r3c>
2. SAIHM. Map des villes des stages [Internet]. Google My Maps. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1i20wu7ruuXQAkj3oyQhCuyKGCHk>
3. L'association des médecins de montagne | Médecins de Montagne - MDEM [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.mdem.org/lassociation-des-medecins-de-montagne>
4. Association des médecins de montagne. Observatoire accidentologie des sports d'hiver.
5. Delfino M. Quels peuvent être les facteurs favorisant l'installation des médecins généralistes dans le Var? 2021.
6. Bilodeau H, Leduc N, Van Schendel N. Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec.
7. Champagne J. L'organisation des secours en stations de sports d'hiver.
8. Chauvet M. Vers quelles structures de proximité orienter les blessés évacués par les services des pistes?: définition d'un « "centre de soins approprié" ».
9. Virard J, Desseigne G. Coûts pour l'assurance maladie des prises en charge initiales de traumatologie en station de sports d'hiver et dans trois hôpitaux publics de la région nord alpine: étude descriptive au cours de l'hiver 2013-2014.
10. Mougery M. Impact économique des réductions de luxation d'épaule en médecine de montagne en comparaison aux services d'accueil des urgences : étude des coûts réalisée à partir des données de l'Assurance Maladie dans la région Provence Alpes Côte d'Azur.
11. Bader A, Guillon Y. ALPScore: création d'un score diagnostique des ruptures du ligament croisé antérieur, adapté pour les médecins de premier recours novices en traumatologie, suite à un traumatisme du genou à ski.
12. Bucher C. Validité du test du levier dans le diagnostic clinique de rupture du ligament croisé antérieur du genou.
13. Martin N. Besoins numériques pour la prise en charge traumatologique en soins primaires. 2022.
14. Rabuel K, Trouvé A. Enquête de pratique sur la prise en charge d'une plaie post-traumatique en médecine générale en station de montagne. 2018.

15. Szwarc-Ronda A. Évaluation de la concordance entre la lecture de l'urgentiste et du radiologue pour les radiographies en traumatologie des membres aux urgences du CH de Saint Benoit.
16. Beauregard LB, Guevara F. Gestion de la dotation des médecins correspondants du SAMU du réseau Nord-Alpin: difficultés et solutions.
17. Guyot S, Pinet M. Prise en charge des douleurs aiguës sévères par le médecin généraliste: rapport du système « "Médecin Correspondant SAMU" » au sein du réseau des médecins de montagne.
18. Dupouet A. Expériences de pratique de l'analgésie en traumatologie par les médecins de montagne. Étude qualitative réalisée au printemps 2020. 2020.
19. Braun Neves C. ETRE OU NE PAS ETRE MEDECIN GENERALISTE Enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes. 2015.
20. Barjoud G. État des lieux sur la pratique des gestes techniques en cabinet de médecine dans les Hauts-de-France: enquête quantitative auprès de médecins généralistes.
21. Michelon P. Protocole de prise en charge de la luxation antérieure de l'épaule en cabinet de station: résultats d'une enquête de pratique auprès des médecins de montagne.
22. Perini R. Pratique d'immobilisation rigide en médecine générale dans la petite traumatologie du membre supérieur.
23. Kleiber J, Mirabel J. Évaluation de la connaissance et de l'adhésion des médecins de montagne au nouveau protocole issu de l'étude M2M thrombose dans le cadre de la prescription de la thromboprophylaxie chez les traumatisés du membre inférieur.
24. Somers L. Anesthésie intra-focale: analyse des pratiques. 2018.
25. Romieu AMH, Champenois J. Recherche d'un consensus dans l'anesthésie intra-focale (AIF) des fractures déplacées à bascule postérieure de l'extrémité distale du radius en extra-hospitalier.
26. Pince G. Epidémiologie des arrêts cardiaques extrahospitaliers en milieu montagne. 2022.
27. Marot C. L'intubation préhospitalière réalisée en secours en montagne n'a pas de lien avec le devenir neurologique des patients traumatisés crâniens graves.
28. Barthe A, Perrin L. Vécu de la pandémie COVID-19 par les internes de médecine générale de la faculté Aix-Marseille. 2022.
29. Aloïsi AS. Les traumatismes crâniens légers chez l'adulte dans les sports de glisse: enquête de pratique sur la prise en charge par les médecins de montagne. 2019.
30. Quéré C. Description d'une filière d'avis et d'orientation pour les urgences traumatiques non graves, entre médecins de montagne et médecins des urgences

traumatologiques de l'hôpital sud de Grenoble : analyse des échanges : hiver 2021 - 2022.
2022.

31. Chichoux MC. Influence du stage ambulatoire de niveau un sur le projet d'installation des internes en D.E.S. de médecine générale de la faculté de Grenoble.

32. Brizard N, Durand M. Déterminants à l'installation en cabinet de médecine de montagne chez les jeunes installés et les internes en médecine générale du secteur alpin.

33. Villatte E. Efficience du dispositif médecin correspondant du SAMU dans la réponse à l'aide médicale urgente.

34. Negroni A. Le maintien des compétences en médecine générale : pratiques, évaluation et attentes. 2016.

Annexe

Guide d'entretien - version finale (2/2)

1. Caractéristiques de l'échantillon

Sexe

Âge

Année d'ECN

Ville d'origine/fac d'origine

Semestre réalisé : SN1 et/ou SASPAS

Période de stage été/hiver

2. Guide d'entretien

Quel est votre rapport à la montagne ?

Pourquoi avez-vous choisi un stage de médecine de montagne ?

Comment avez-vous vécu ce stage ?

Quelles sont les difficultés que vous auriez pu percevoir au cours du stage (professionnel et/ou personnel)?

Quelles compétences ce stage vous a-t-il apporté ?

Qu'ont-elles apporté à votre pratique actuelle ?

En quoi ce stage a-t-il influencé vos choix professionnels par la suite ?

Comment voyez-vous l'exercice de la médecine de montagne pour les prochaines années?

Avez-vous autre chose à ajouter?

Abréviations / Acronymes

AIF : analgésie intra-focale

AMU : aide médicale urgente

DIU : diplôme inter-universitaire

DU : diplôme universitaire

FST : formation spécialisée transversale

LCA : ligament croisé antérieur

MdeM : médecine de montagne

MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

MG : médecine générale

MSU : maître de stage universitaire

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SN1 : Stage de niveau 1

TCL : traumatisme crânien léger

PDSA : permanence des soins ambulatoires

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Résumé

Introduction : La médecine de montagne (MdeM) est un exercice particulier de la médecine générale peu connue des internes. Les internes de la faculté d'Aix-Marseille ont la possibilité de réaliser leurs stages ambulatoires dans certains cabinets de station. L'objectif de cette thèse est de recueillir le ressenti des internes lors de leurs stages ambulatoires en MdeM.

Matériel et méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés des internes ayant réalisé un stage en médecine de montagne.

Résultats : 11 entretiens ont été réalisés entre janvier 2023 et avril 2023. L'analyse des entretiens a permis de regrouper le ressenti des internes en plusieurs grands thèmes : apport et vie à la montagne, une médecine attrayante mais singulière, une médecine technique et une activité indispensable en devenir.

Conclusion : Ce stage était bien vécu par les internes et leur a permis l'acquisition de nouvelles connaissances spécifiques à la médecine de montagne. Il a également influencé les pratiques et le devenir professionnel de ces internes.

Mots-clés : médecine de montagne, ressenti des internes, recherche qualitative.