

MÉDECINS

EN PAYS DE

MARTIGUES

n°17

Journal des professionnels de la santé
Quadrimestriel - Gratuit
Septembre 2013

DOSSIER Les inégalités de santé



capm

PAYS DE MARTIGUES

capm - 100 rue de la République - 13200 Martigues

ACTUS

Airfobep devient

Air PACA

ENVIRONNEMENT

Surveillance de la qualité

de l'air à Port-de-Bouc

SOMMAIRE

Actus p 7

Air PACA, fruit de la fusion d'Airfobep et d'Atmo PACA

Dossier p 8

Les inégalités de santé : connaître pour mieux agir

Environnement p 15

Surveillance de la qualité de l'air à Port-de-Bouc, mesures complémentaires 2011/2012 : une étude Air PACA

Approche thérapeutique sur le mésothéliome pleural malin par le professeur Philippe Astoul

Portrait p 20

3 questions au Pr Gille, médecin généraliste libéral à Martigues



ai le plaisir de vous adresser ce numéro de *Médecins en Pays de Martigues* nouvellement édité par la CAPM suite au transfert, au 1^{er} juillet 2013, de la compétence santé des Villes de Martigues, Port-de-Bouc et Saint-Mitre-les-Remparts à la Communauté d'agglomération. Cet outil, développé depuis plus de dix ans continuera à vous apporter des informations locales utiles dans votre pratique quotidienne et à valoriser vos initiatives. Je souhaite qu'il favorise la complémentarité des pratiques médicales entre secteur hospitalier et médecine de ville, et renforce les liens entre médecins et professionnels paramédicaux, à l'image du projet de Pôle de santé que vous portez sur notre territoire, et que je soutiens vivement.

Le Président de la CAPM



Médecins en Pays de Martigues est riche de vos initiatives sur le territoire en faveur d'un accès à la santé pour tous, des données que vous nous confiez pour diffusion au profit des professionnels de santé, et de vos contributions écrites.

De même, les actions que nous portons en faveur d'un déploiement et d'une coordination des ressources locales dans les champs de l'offre sanitaire et médico-sociale, de la prévention, de la connaissance des besoins de santé, s'appuient sur votre participation.

Le Contrat local de santé du Pays de Martigues, en cours d'élaboration, poursuit comme enjeu la réduction des inégalités territoriales, sociales et environnementales de santé, enjeu traité dans le dossier central de ce numéro. Vous avez été nombreux à participer au séminaire de lancement des travaux en juin dernier et à vous mobiliser pour les groupes de travail qui débiteront sous peu. Vos analyses et propositions sont importantes et bienvenues.

De plus, aux côtés de notre Établissement public de coopération intercommunale, des collectivités qui la composent, de l'ARS et de l'État, le Conseil général des Bouches-du-Rhône a fait connaître sa volonté d'apporter la contribution de ses services aux travaux du Contrat local de santé.

Soyons en ici tous remerciés.

**La conseillère communautaire,
vice-présidente de la Commission intercommunale
des affaires sociales et de santé**

Médecins en Pays de Martigues

Contact : Observatoire Communal de la Santé (OCS) -
Hôtel de l'Agglomération Rond-point de l'Hôtel de Ville 13500 Martigues

Tél. : 04 42 06 90 74 - Fax : 04 42 06 90 78 - Email : marielle.ortega@paysdemartigues.fr

Directeur de la publication : Henri Cambessédès / Rédactrice en chef : Catherine German-Labaume

Rédaction : Marielle Ortega / Photos : Georges Xuereb / Conception graphique : Anatome

Impression : Imprimerie CCI - Marseille

Nos remerciements vont à l'ensemble des médecins et autres professionnels qui ont contribué à l'élaboration de ce numéro.

L'édition papier a été tirée en 1600 exemplaires.



Association pour l'enseignement aux enfants malades

Une équipe de professeurs bénévoles de l'AEEM intervient auprès d'enfants en rupture de scolarité pour maladie ou accident, aussi bien à la maison qu'à l'hôpital, du CP à la terminale. Cette intervention peut durer quelques semaines ou une année scolaire. Les cours sont gratuits et personnalisés grâce à la liaison avec la classe de l'enfant. L'association fait tout pour maintenir les enfants dans une scolarité active, éviter la rupture avec l'établissement et l'isolement de l'élève. L'AEEM rayonne sur l'ouest de l'Étang de Berre et prend en charge tout enfant scolarisé dans un

établissement scolaire primaire, public ou privé ou inscrit au CNED. Elle est agréée par l'Éducation nationale et le rectorat et est affiliée à la Fédération pour l'enseignement des malades au domicile ou à l'hôpital. À noter que l'association est à la recherche de professeurs des écoles ou professeurs de secondaire de toutes disciplines.

Pour rejoindre l'AEEM

Espace Martin Luther King - Chemin de la Croix - 13800 Istres
Tel 04 42 56 19 56 - aeem.istres@aliceadsl.fr

Poursuite de l'activité du GCM

Le tribunal de grande instance ayant accepté le plan de continuation du Grand conseil de la mutualité, les centres mutualistes de Martigues et de Port-de-Bouc poursuivent leur activité de soins de premiers recours en proposant à toute la population du territoire une offre de soins en tiers payant, dans le cadre du secteur 1, sans dépassement d'honoraires. Tous deux sont des centres polyvalents fonctionnant avec une équipe de spécialistes, un service d'imagerie médicale, articulé autour de 2 médecins généralistes (prévision de recrutement de 2 médecins généralistes supplémentaires sur Martigues), 1 centre dentaire (3 fauteuils) et une antenne de prélèvements biologiques. Le centre de Martigues propose un service de rééducation fonctionnelle avec balnéothérapie, un SSIAD et héberge une structure d'HAD intervenant sur le territoire géographique de Port-de-Bouc, Port-Saint-Louis, Arles et Saint-Martin-de-Crau. Un magasin d'optique situé à Martigues est aussi attaché à la Direction du territoire. Il s'agit donc d'une offre globale d'accès aux soins maintenue par le GCM.



indicateurs sociaux en quelques chiffres

TAUX BÉNÉFICIAIRES CMU-C

(part de bénéficiaires de moins de 65 ans du régime général de l'Assurance maladie) :

9,6 % à Martigues
22 % à Port-de-Bouc
3,7 % à Saint-Mitre-les-Remparts

Source : ARS Paca-2012

TAUX BÉNÉFICIAIRES RSA

(part d'allocataires du Revenu de solidarité active) :

6,5 % à Martigues
21,8 % à Port-de-Bouc*
3,6 % à Saint-Mitre-les-Remparts

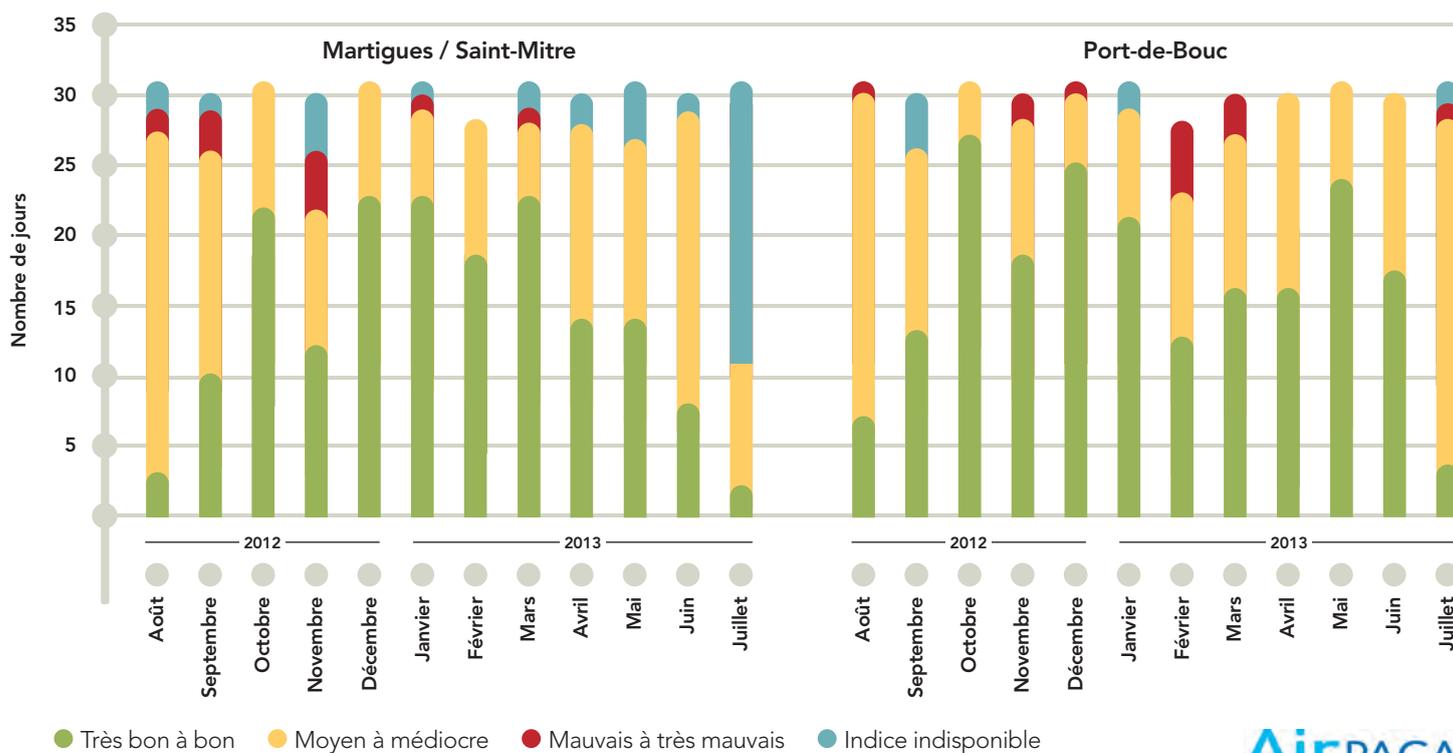
*dont environ 1300 gens du voyages inscrits/AREAT.
Source : Cnaf 2010

Pour en savoir plus : <http://www.sirsepaca.org>

Indice de l'air à Martigues/Saint-Mitre et Port-de-Bouc

L'indice de la qualité de l'air permet de caractériser chaque jour et de manière synthétique la pollution atmosphérique globale d'une zone géographique définie. Cet indice se décline sous forme d'une échelle à 10 niveaux : l'échelle croît de 1 (indice « très bon ») à 10 (indice « très mauvais »).

Qualité de l'air à Martigues/Saint-Mitre et Port-de-Bouc : fréquence des indices par mois d'août 2012 à juillet 2013



● Très bon à bon ● Moyen à médiocre ● Mauvais à très mauvais ● Indice indisponible

Source : Air PACA, association régionale de surveillance de la qualité de l'air.
Plus d'infos : www.airpaca.org



Carte La santé pour tous

La carte *La Santé Pour Tous* à la disposition des acteurs du territoire, présentée ici aux bénévoles du Secours Populaire de Martigues.

Contact : omar.kpodar@paysdemartigues.fr



« Parlons contraception IVG Sexualités »

Le tout nouveau site régional développé par le planning familial 13, volet d'informations et d'échanges sur la sexualité et la contraception, permet une consultation sur les navigateurs de smartphone, tablette et PC (Windows et MAC). Les différentes rubriques proposent des informations sur la sexualité, la contraception, l'interruption de grossesse... La foire aux questions les complète dans une approche plus concrète. L'annuaire, à partir d'un mot en langage naturel (pilule, sida...), permet au public et aux professionnels de trouver le bon interlocuteur, des adresses dans la région et à partir d'une ville ou de sa localisation, des informations générales, une carte et des contacts précis des lieux de prise en charge. Il est aussi possible de poser une question personnelle à laquelle les conseillers du Planning familial répondent sous 48h.

Pour plus d'information : www.parlons-ici.org

Un nouveau médecin coordinateur au réseau gérontologique

Depuis le 2 mai 2013, le docteur Jeanne Rossi a pris ses fonctions de médecin coordinateur du réseau gérontologique porté par le CHM. Forte d'une expérience de dix-sept ans de médecin généraliste à Port-de-Bouc, elle désire permettre au réseau d'assurer pleinement sa fonction de prévention gériatrique.

Cette fonction de prévention au domicile de la personne âgée se fera en entière collaboration avec le médecin traitant, la famille et l'ensemble des acteurs impliqués dans cette prise en charge.

Contacts : les lundis, jeudis et un mercredi sur deux :
Tél 04 42 43 21 64 - reseau.gerontologie@ch-martigues.fr



À noter que le réseau gérontologique organise, en partenariat avec le CLIC et d'autres partenaires, dans le cadre de la journée nationale des aidants familiaux, une manifestation sur l'accompagnement des adultes âgés atteints de troubles cognitifs, le 7 octobre 2013 à partir de 14h30, salle du Grès de Martigues.

À vos agendas

Formations APPUM

Prochaine programmation de l'Association de perfectionnement post-universitaire des médecins de Martigues :

24 septembre 2013 : infectiologie par le professeur Étienne Fournier.

À partir du mois d'octobre, les formations APPUM seront rattachées au Fonds d'action formation des médecins libéraux :

29 octobre 2013

26 novembre 2013

17 décembre 2013

Rendez-vous à partir de 20h30 au Gusto Caffè.

Début des pré-tests et évaluation à 20h45

Pour tout renseignement :

alain-philippe.gille@wanadoo.fr

Contrat local de santé du Pays de Martigues Groupes de travail

**Groupe 1 : penser autrement
l'offre de soins de 1^{er} recours**

· Jeudi 3 octobre 2013

· lundi 14 octobre 2013

20h à 22h30 Maison du tourisme de Martigues

**Groupe 2 : rattraper le retard
et organiser l'offre de prise
en charge des personnes âgées
et des personnes handicapées**

· Lundi 23 septembre 2013 /14h à 17h

· Jeudi 3 octobre 2013/ 14h à 17h

· Lundi 14 octobre 2013/14h à 17h

Salle de réunion CAPM

**Groupe 3 : développer la
connaissance, réduire les risques et
prendre en charge les pathologies
liées au travail et à la qualité de l'air**

· Jeudi 19 septembre 2013

· Jeudi 3 octobre 2013

· Jeudi 10 octobre 2013 17h30 à 19h30

Salle de réunion CAPM

Inscriptions obligatoires :

Tél 04 42 06 90 71

caroline.grousson@paysdemartigues.fr

Air PACA, fruit de la fusion d'Airfobep et d'Atmo PACA

Air PACA, association agréée par le ministère en charge de l'Environnement, assure la surveillance de la qualité de l'air pour près de 5 millions d'habitants sur la région Provence-Alpes-Côte d'Azur où les sources de pollution sont multiples : de nombreux axes de transit, des aéroports, une forte activité maritime et le pôle de Fos-Berre, l'un des plus gros sites industriels européens.

Entretien avec Christelle Pakulic, responsable communication Air PACA

Médecins en Pays de Martigues : Comment est né Air PACA ?

Air PACA est né de la fusion des associations Airfobep et Atmo PACA le 10 janvier 2012. Ce regroupement correspond à l'application de la *Loi Grenelle 2 sur l'Environnement* qui applique et territorialise une loi votée l'année précédente. Cette loi préconise une restructuration administrative qui a pu être réalisée en préservant l'héritage des structures historiques et en mettant en commun les outils et l'expertise afin de répondre aux nombreux défis de nos territoires. Air PACA est une association indépendante par le principe de gouvernance quadripartite (État, collectivités, industriels, associations de défense de l'environnement et de protection du consommateur) défini par la loi sur l'air de 1996.

MM : Quelles sont les missions d'Air PACA ?

Évaluer l'exposition des populations, prévoir et surveiller la qualité de l'air. Informer et sensibiliser la population et les décideurs.

Le dioxyde de soufre : des progrès notables

Emissions atmosphériques :

2003 : environ 182 tonnes / jour

2012 : environ 100 tonnes / jour

Dépassement du seuil d'information des populations :

2003 : 451 heures

2012 : 1 heure

Source : AIR PACA. Polluant émis à 95 % par la source industrielle dans ce territoire, ce composé est mesuré en continu par 26 stations dans le territoire de l'Étang de Berre

Accompagner les acteurs (services de l'État, collectivités, industriels) dans leurs actions en faveur de l'amélioration de la qualité de l'air, en mettant en place des outils d'aide à la décision et une expertise au service de tous.

MM : Quelle est l'organisation d'Air PACA et quelles en sont les incidences pour notre territoire ?

Une présidence tournante est assurée depuis 2012 entre les anciens responsables d'Airfobep et Atmo PACA, avec une nouvelle élection prévue en 2014. C'est Pierre-Charles Maria, professeur de chimie à l'université Sophia Antipolis de Nice, qui en assure la présidence pour l'année 2013. L'assemblée générale réunit 133 membres adhérents (personnes physiques ou morales) regroupés en 4 collèges : les collectivités territoriales, les services de l'État et établissements publics, les industriels, les associations de protection de l'environnement, de consommateurs et personnes qualifiées. Trois comités territoriaux ont été mis en place, sur le Vaucluse et l'ouest des Bouches-du-Rhône, ainsi que sur les Alpes-Maritimes. Animés par un président territorial, ces comités assureront le dialogue avec les acteurs et l'adaptation de la surveillance aux spécificités des territoires.

L'équipe, d'une quarantaine de personnes, avec une composante scientifique et technique forte, est dirigée par Dominique Robin et Xavier Villetard. Un ingénieur référent (Sébastien Mathiot sur le territoire ouest des Bouches-du-Rhône et zone Étang de Berre) est en lien permanent avec chaque territoire et répond aux attentes des différents acteurs locaux en cohérence avec l'approche régionale.



MM : Quels sont vos projets en matière de communication ?

L'harmonisation des outils de communication passe par la création d'un nouveau site internet qui est actuellement en cours de conception. Notre objectif est de mettre en place un site accessible en quelques clics qui réponde aux besoins des différents utilisateurs : grand public, experts, éducation, presse et adhérents. Nous espérons qu'il sera fonctionnel début 2014.

Contact Martigues :

• **Sébastien Mathiot**
04 42 13 01 27
sebastien.mathiot@airpaca.org
Référént territoire ouest des Bouches-du-Rhône

• **Christelle Pakulic**
04 42 13 08 11
christelle.pakulic@airpaca.org
Responsable communication

Inégalités de santé : Connaître pour mieux agir

L'élaboration du Contrat local de santé du Pays de Martigues se poursuit. Après une phase de diagnostic reposant sur des éléments qualitatifs, statistiques et cartographiques, un séminaire de lancement des travaux s'est déroulé le 21 juin 2013 à Martigues à l'invitation des élus de la CAPM et de l'ARS en présence d'une centaine de participants. Emmanuel Vigneron, professeur d'aménagement sanitaire à l'Université de Montpellier, et Etienne Butzbach, médecin, maire de Belfort, invités à cette occasion, ont confirmé le diagnostic local et étayé l'enjeu du CLS : la réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé.

» Un enjeu majeur

Invité lors du séminaire de lancement du Contrat local de santé du Pays de Martigues, le 21 juin dernier, Emmanuel Vigneron, professeur d'aménagement sanitaire à l'Université de Montpellier, part du constat que l'analyse des indicateurs qui ont permis de classer la France comme l'un des pays dont les habitants connaissent la meilleure santé (durée de vie, mortalité évitable, accès au système de soins) masque des inégalités très fortes et qu'il faut prendre la mesure de ces inégalités qui se creusent. Avant la mise en place de la loi HPST du 21 juillet 2009, le préambule de la Constitution de 1945 et la Constitution de 1958 déclaraient que « la Nation assure à tous l'accès à la santé ». Des années quatre-vingt dix à aujourd'hui, la mortalité prématurée a baissé en moyenne de 20 %. Néanmoins, la fragmentation territoriale s'est accrue et la situation de la mortalité prématurée

par rapport à la moyenne nationale s'est dégradée pour plus de 60 % des cantons français. On remarquera, notamment dans le Midi de la France et en PACA, l'apparition et/ou l'extension d'aires de surmortalité. Les inégalités existaient

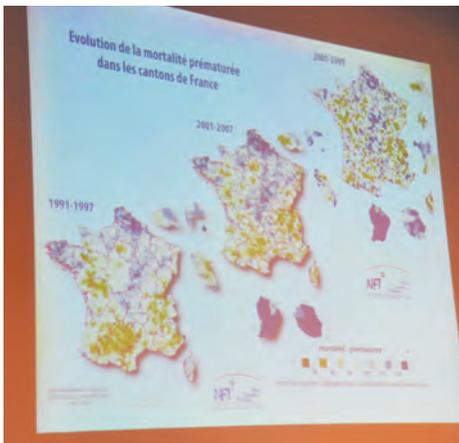
On remarquera, notamment dans le Midi de la France et en PACA, l'apparition et/ou l'extension d'aires de surmortalité

déjà mais elles s'aggravent sous l'effet de la crise économique qui frappe inégalement les territoires et sous l'effet de la concentration de l'offre de soins dans certaines zones. La redéfinition des missions du service public de santé souligne que les territoires de la santé connaissent des inégalités fortes qui tendent à s'accroître. Les inégalités territoriales

de santé constituent une forme insidieuse des inégalités sociales de santé et aux problèmes de l'accessibilité économique se mêlent ceux de l'accessibilité géographique. « Les inégalités de revenus sur le territoire martégalo ont augmenté trop cruellement alors qu'en termes d'accessibilité la dimension financière est la première barrière. »

Emmanuel Vigneron propose et confirme des pistes de solutions concrètes : des actions aux niveaux local, régional et national. Pour le premier niveau, il propose de « désenclaver le champ de la santé pour mieux l'intégrer aux politiques publiques locales », les Contrats locaux de santé en particulier étant mis au service de la réduction des inégalités territoriales de santé en prenant soin « de développer une culture de l'efficacité dans les programmes menés ». Au niveau régional, il recommande de renforcer l'attractivité des centres hospitaliers de premier niveau en améliorant les liens avec les établissements de référence mais aussi les médecins de ville, et d'inciter la participation des collectivités locales à l'élaboration de projets territoriaux de santé. Au niveau national, il souligne que

le législateur sera peut-être amené à trancher sur la liberté d'installation des médecins généralistes, et notamment des spécialistes, afin de lutter contre la concentration car « il n'est pas normal que les patients fassent 50 kms pour se faire soigner ». Pour conclure, Emmanuel Vigneron souligne que « la santé est l'affaire de tous » et qu'il faut donc identifier de nouveaux partenaires en dehors du monde de la santé, afin de parvenir à toucher les populations les plus vulnérables.



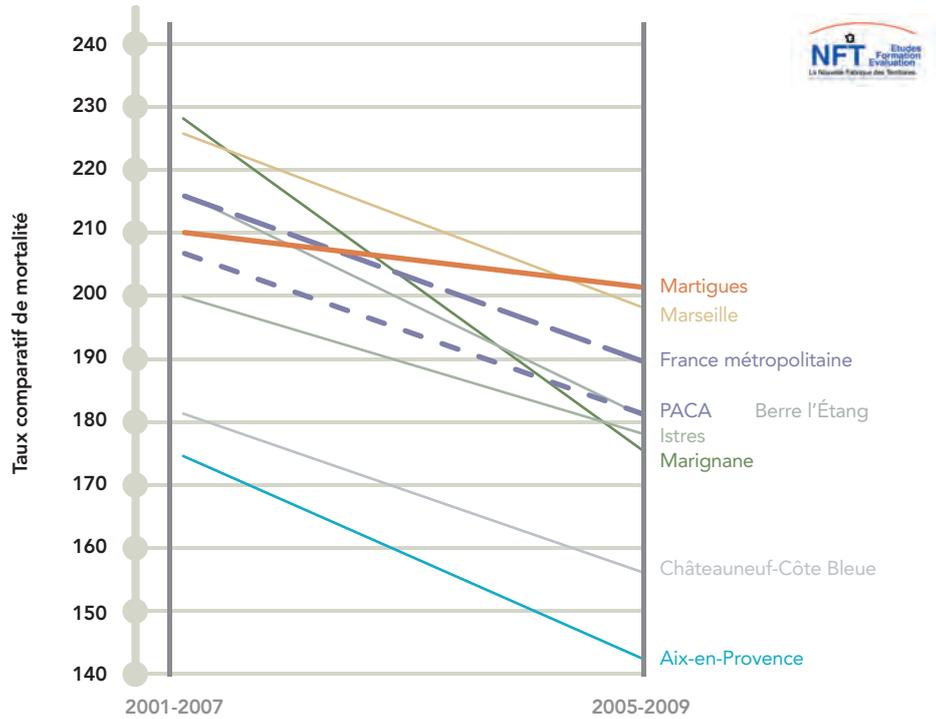
« On a d'un côté de formidables atouts, de l'autre une situation qui montre que sur certains aspects, nous avons régressé. Un diagnostic contrasté qui nous interpelle comme élus ... Il ne peut y avoir de politique publique novatrice sans mobilisation de l'ensemble des acteurs, les professionnels de santé, ceux qui ont en charge l'ingénierie de l'accompagnement, les patients, les associations de malades. »
 Etienne Butzbach, maire de Belfort



» La mortalité prématurée : un décrochage important

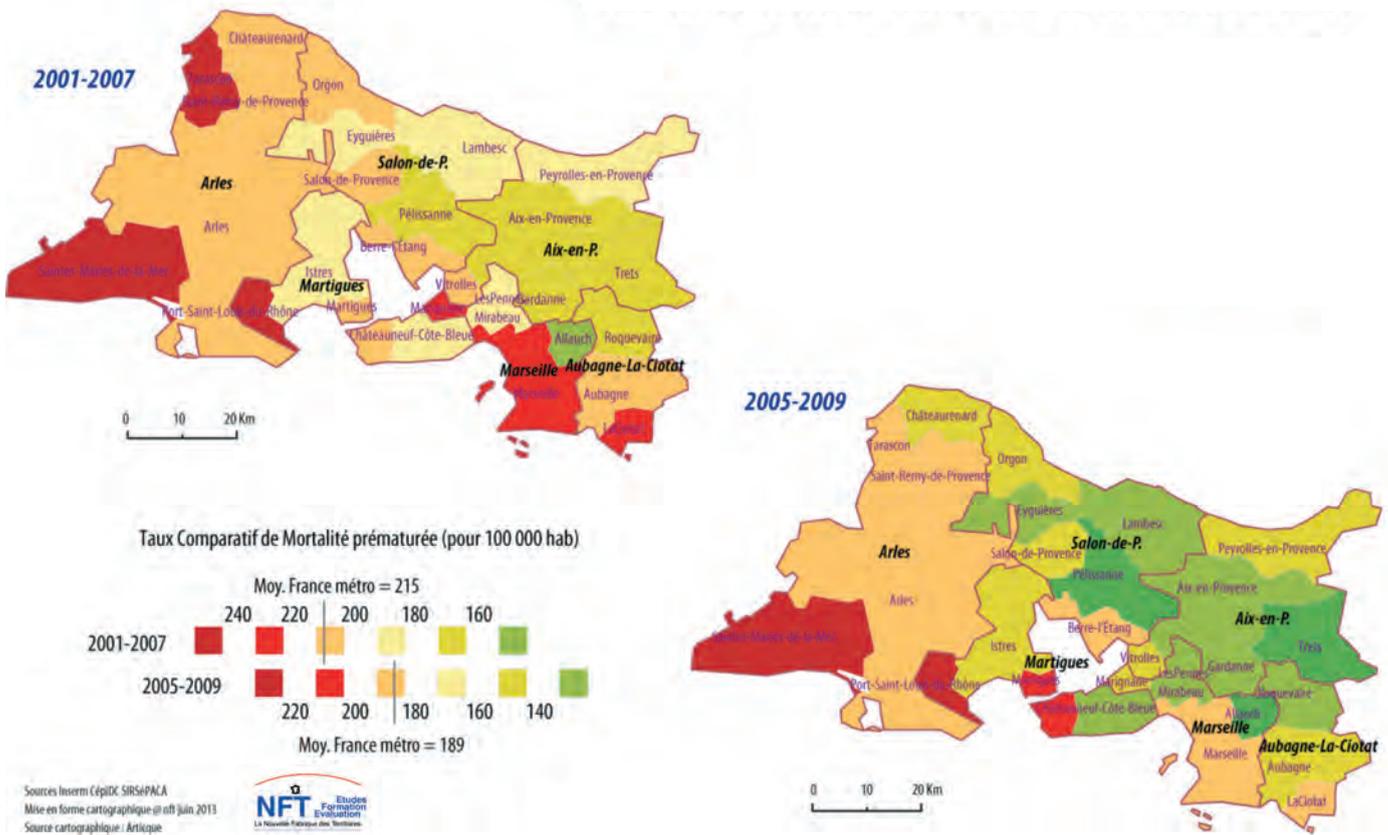
Selon Sandrine Haas, directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, la mortalité prématurée en France a reculé en moyenne de 12 % au cours de la décennie 2000. Mais ce progrès général n'est pas partagé partout, et il masque un renforcement des inégalités de santé. Dans les Bouches-du-Rhône, le paysage qu'offre la mortalité prématurée est plus contrasté en fin de décennie (cf. carte ci-dessous), illustrant la fracture territoriale de l'état de santé des habitants. La situation de zones comme Aix-en-Provence, Châteauneuf-les-Martigues ou la Côte Bleue, déjà en bonne santé en 2000, s'améliore plus encore. Mais à Martigues on voit s'amorcer un inquiétant décrochage : en sous-mortalité jusque dans les années 2000, la situation du canton ne s'améliore pas beaucoup (- 4 % de mortalité prématurée), beaucoup moins que celle de ses voisins (cf. ci-contre).

L'évolution du taux comparatif de mortalité prématurée dans la décennie 2000



L'évolution de la mortalité prématurée dans les Bouches-du-Rhône dans la dernière décennie

Le creusement des inégalités - Les signes d'un décrochage sur le canton de Martigues ?



» Inégalités de santé : quel rôle de l'environnement ?

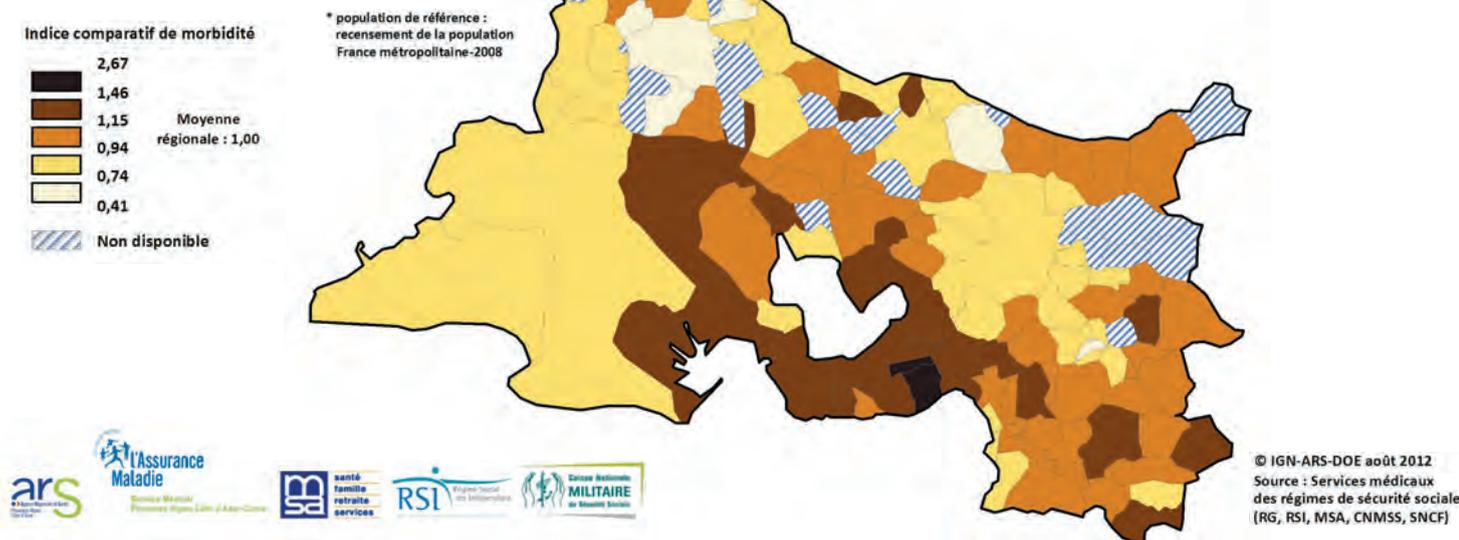
Parmi les nombreux facteurs qui jouent sur la mortalité prématurée du territoire martégal, les problèmes environnementaux doivent aujourd'hui être considérés à leur juste mesure. Le Dr Bernard Faverge, chef du service pédiatrie au CHM le constate : « *l'asthme, décelé auparavant chez l'enfant, s'est développé chez le petit enfant, et atteint aujourd'hui le nourrisson et même le petit nourrisson* ». Ces dires d'experts sont confortés par les travaux menés depuis dix ans par la cellule régionale de l'Institut de Veille Sanitaire (InVs), qui mettent en exergue sur le pourtour de l'Étang-de-Berre un lien entre la pollution de l'air et l'hospitalisation, notamment pour l'infarctus du myocarde, et des cas

de leucémie aigüe. Enfin, la carte des Affections longue durée pour infarctus coronariens (cf carte ci-dessous), réalisée par le Département observation et études de l'ARS, à partir des données recueillies auprès de toutes les caisses d'assurance maladie, montre une morbidité de plus de 15 % supérieure à la moyenne régionale, sur la majorité des communes autour de l'Étang de Berre (20 % à Martigues et Port-de-Bouc). Cette géographie est frappante, et malgré toutes les précautions qu'impose le maniement des données d'ALD (Cf. encadré ci-dessous) et le fait que d'autres facteurs tels que l'accessibilité aux soins puissent l'expliquer, elle ne peut manquer d'interroger les élus et la population.

Observatoire REVELA 13 : Appel à signalements

Une étude de faisabilité menée conjointement par l'ARS et l'InVs a été lancée en avril 2012 dans les Bouches-du-Rhône pour mettre en place un Observatoire de surveillance de cancers du rein, de la vessie et des leucémies aigües chez l'adulte (cf. *Médecins à Martigues* précédents). Un appel est lancé aux professionnels de santé de notre territoire : vous pouvez effectuer un signalement direct à l'Observatoire à l'aide des fiches de signalement dédiées à compléter en ligne sur <https://voozanoo.invs.sante.fr/revela13>.

Infarctus coronaire - ALD n°13



Données ALD : limites de la démarche et précautions de lecture

- o Les données exploitées proviennent de bases de données dont l'objectif premier n'est pas de répondre à des questions d'ordre épidémiologique.
- o Certaines personnes, pour lesquelles l'ALD remonte à plusieurs années, ne suivent plus de traitement.
- o Les données sont issues de l'ensemble des régimes d'assurance maladie au 31/12/2011 représentant au final 99,4 % de la population de PACA.
- o Des facteurs en partie indépendants de l'état de santé sont susceptibles de modifier les résultats :
 - certains assurés bénéficiant de la CMU-C peuvent ne pas demander une exonération du ticket modérateur pour ALD
 - certaines personnes bénéficiant d'une bonne mutuelle peuvent ne pas faire la démarche de mise en ALD
 - des phénomènes de sous ou sur-déclaration par les médecins traitants peuvent exister pour certaines maladies ou certaines zones géographiques. Pour les pathologies graves, les marges de variation sont cependant très étroites
- l'attribution ou non d'une ALD est effectuée en fonction d'une série de critères définis nationalement. Il reste malgré tout une certaine variabilité entre les différents médecins conseils, voire entre les différents régimes
- les consignes de codage en cas de pathologies multiples pour un même patient peuvent varier d'un service médical à un autre
- une même adresse peut être enregistrée sous de nombreux formats différents, et être parfois incomplète. Au final, on peut estimer que la qualité du géocodage est excellente à l'échelle de la commune (99 %).

Extraits de *Inégalités de santé : une représentation de la morbidité en PACA à une échelle territoriale fine*, in Info Stat, La santé observée, n°17, octobre 2012

► Inégalités de revenus : un risque de renoncement aux soins

L'organisation du système de santé a été confiée aux ARS, avec pour principale mission de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Avec plusieurs quartiers présentant des niveaux de revenus significativement inférieurs aux moyennes régionales et départementales (cf. carte ci-dessous),

le territoire martégéal est à ce titre un territoire prioritaire des politiques de santé. Une vigilance particulière porte sur l'accessibilité financière aux soins. Pour Emmanuel Vigneron, le reste à charge, qui s'établit aujourd'hui à 21 % des dépenses courantes de santé et a continûment augmenté ces dernières

années, pèse très lourd sur les faibles revenus. Le renoncement aux soins pour des raisons financières n'a cessé d'augmenter dans le contexte de crise que nous connaissons. C'est l'un des enjeux majeurs de l'engagement des élus locaux pour la mise en place d'un Contrat local de santé.

Les inégalités de revenus sur le territoire martégéal

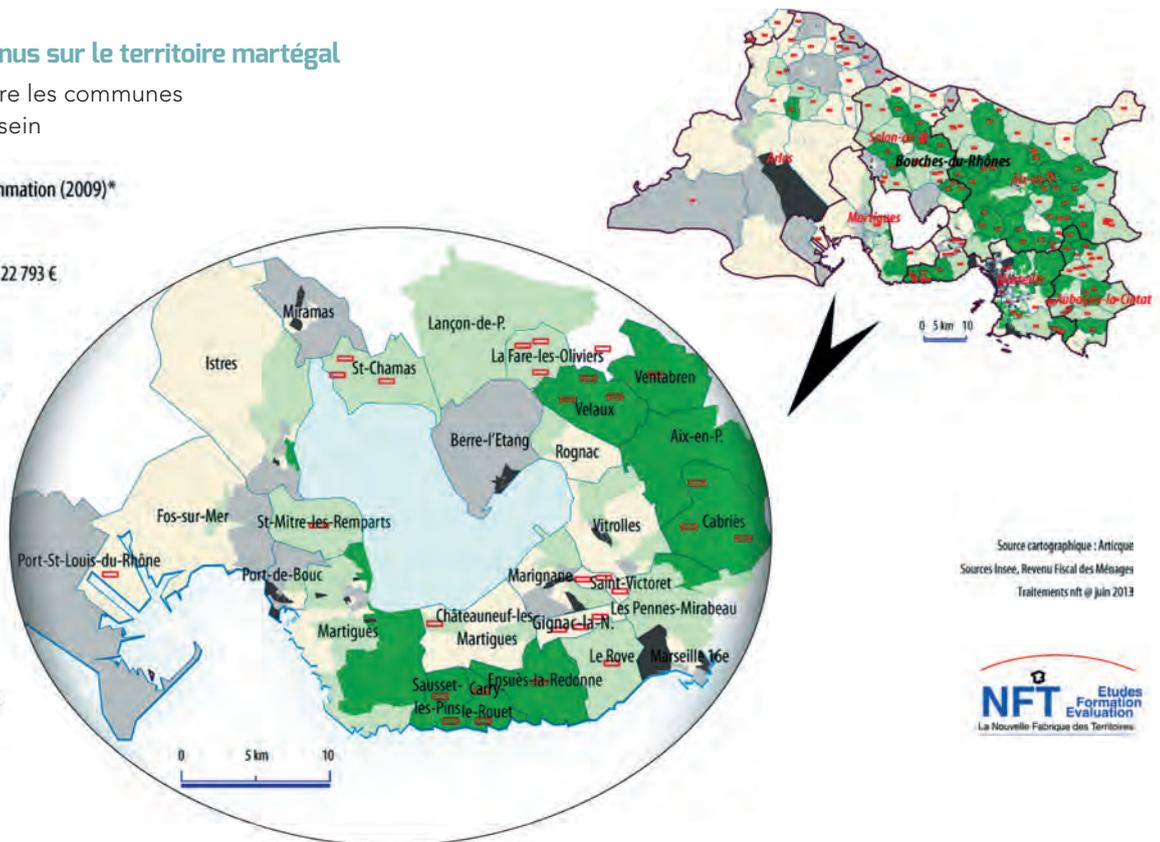
sont plus marquées entre les communes de la CAPM qu'en leur sein

Revenu médian par unité de consommation (2009)*



* Discretisation au quintile

■ Iris pour lesquels la valeur n'est pas disponible : valeur communale



Source cartographique : Antique
Sources Insee, Revenu Fiscal des Ménages
Traitements nft @ Juin 2013

NFT Etudes
Formation
Evaluation
La Nouvelle Fabrique des Territoires

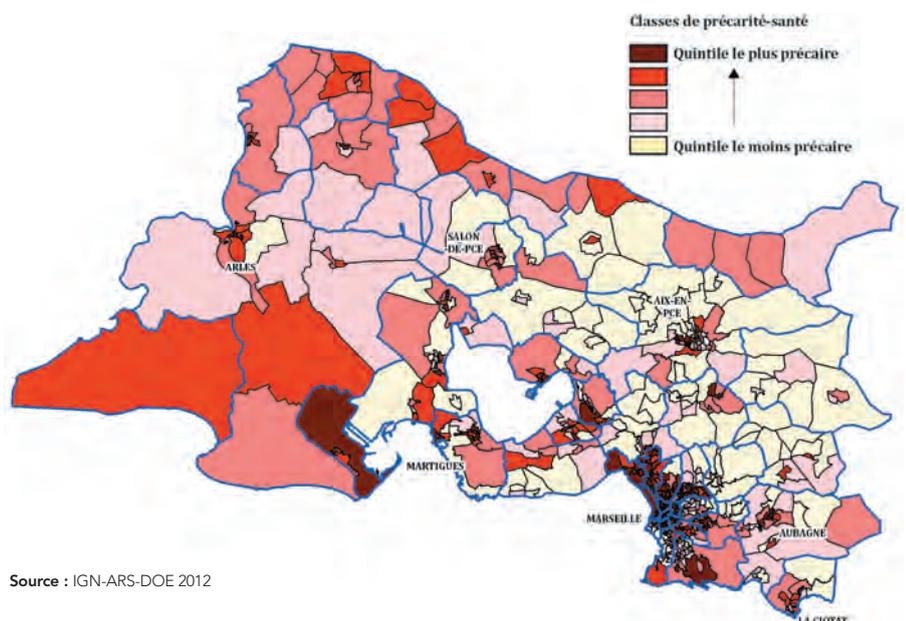
L'indice de désavantage social : résultats pour les Bouches-du-Rhône

La « défavorisation » (deprivation) a été définie par Townsend en 1987 comme : « un état observable et démontrable de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe ».

5 variables sont retenues :

- le niveau de revenu médian
- le taux de chômage
- la part de non diplômés chez les 15 ans et plus
- la proportion de logements en location
- la part de familles monoparentales

La référence est la moyenne régionale. Les territoires sont classés en 5 quintiles (20 % de la population par quintile).



Source : IGN-ARS-DOE 2012

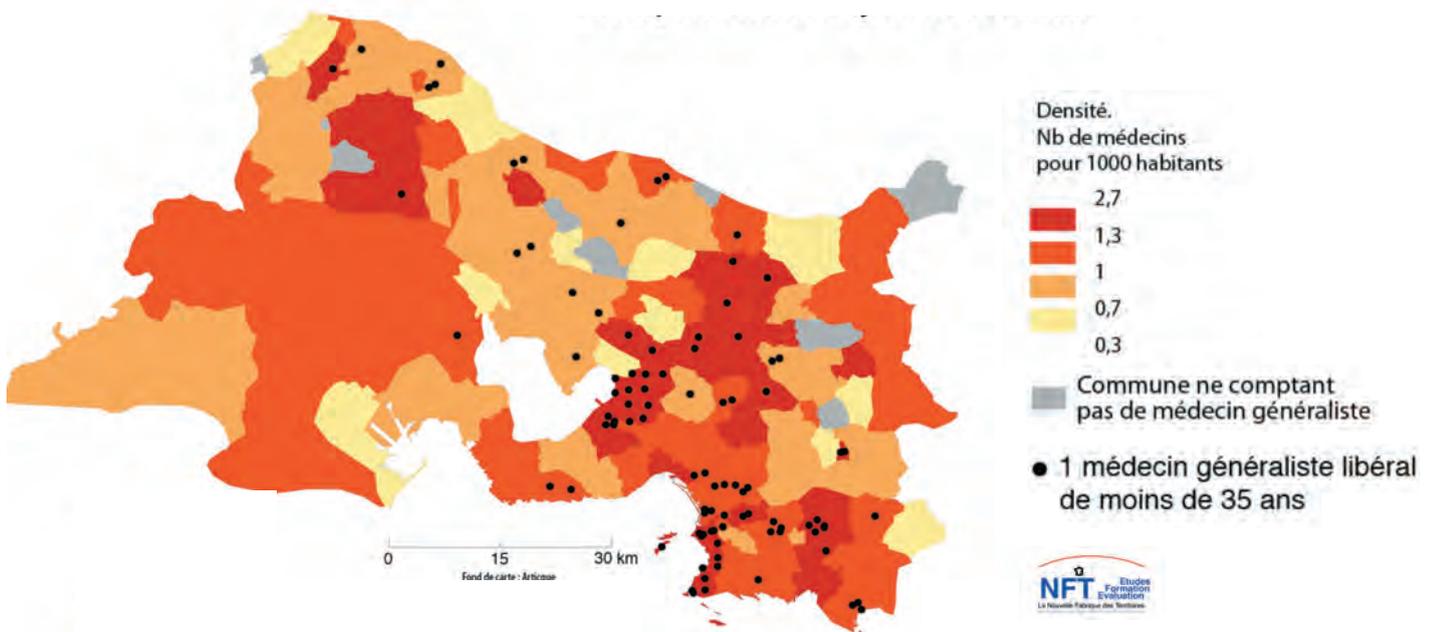
► Agir sur les inégalités de santé : accès aux soins et à la santé

Densité de médecins généralistes libéraux au 01/01/2013 et implantation de jeunes médecins

L'offre de médecine de ville sur le territoire martégal est aujourd'hui accessible, avec un nombre de médecins par habitant inscrit dans la moyenne du pays, et une part plus limitée qu'ailleurs de médecins en secteur 2. Pour autant, cette situation favorable ne prend pas en compte le fait que quelques médecins comptabilisés comme omnipraticiens exercent en réalité une activité spécialisée ex-

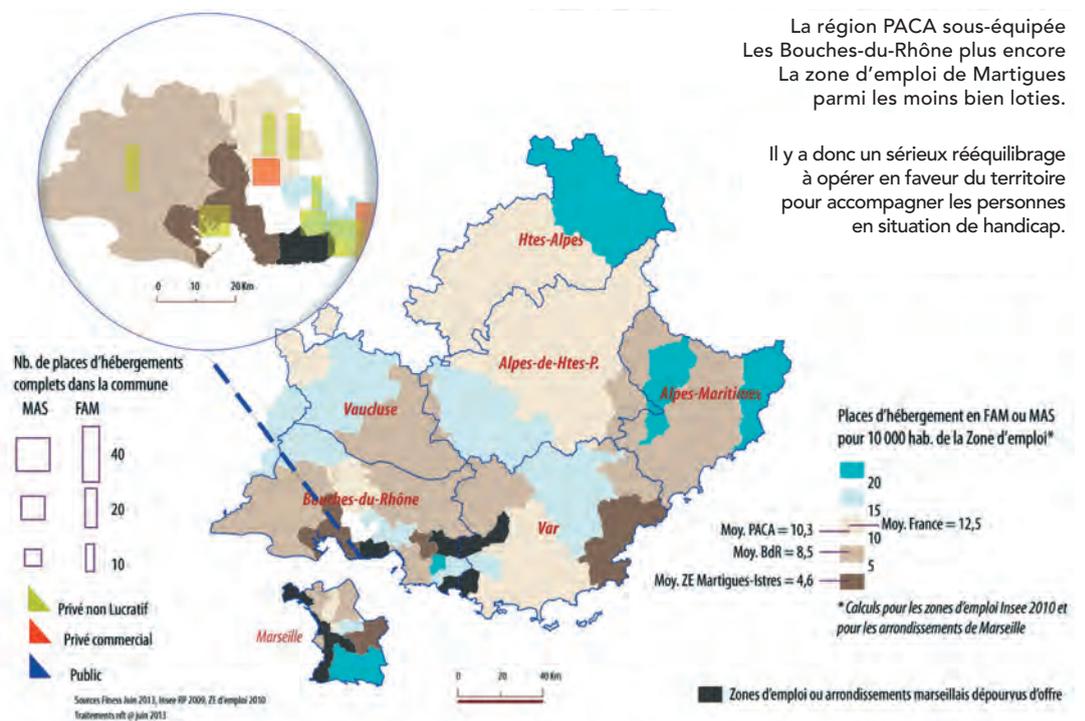
clusive (allergologue, nutritionniste...). De plus, elle risque de se détériorer. En effet, plus d'un tiers des médecins généralistes libéraux a plus de 60 ans et la grande majorité des jeunes médecins est installée sur Marseille ou le Pays Aixois, indiquant un défaut inquiétant d'attractivité du territoire (cf. carte ci-dessous). La présence du Centre hospitalier de Martigues, son attractivité en lien avec

l'AP-HM et son ancrage local sont des atouts clés pour l'avenir de la médecine spécialisée. Parallèlement, le projet d'un Pôle de santé interdisciplinaire, aux pratiques modernes et collégiales, accessible à tous, est un enjeu majeur pour le renouvellement de la médecine générale en ville.



L'offre d'hébergement pour adultes handicapés

Les adultes handicapés ont besoin d'accompagnement et d'hébergements adaptés pour vivre sur notre territoire. Or, l'équipement de la région, de notre département et plus encore du Pays de Martigues, est très insuffisant : avec moins de 5 places d'hébergement en Maison d'accueil spécialisée ou Foyer d'accueil Médicalisé pour 10 000 habitants, contre plus de 12 en France (cf. carte ci-contre), la zone d'emploi de Martigues apparaît très dépourvue. À ce faible niveau d'équipement, la principale association qui œuvre ici pour les adultes handicapés, ne peut couvrir les besoins.



La région PACA sous-équipée
Les Bouches-du-Rhône plus encore
La zone d'emploi de Martigues
parmi les moins bien loties.

Il y a donc un sérieux rééquilibrage
à opérer en faveur du territoire
pour accompagner les personnes
en situation de handicap.

» Les quatre axes prioritaires du futur Contrat local de santé

Après le partage des éléments de diagnostic relatif aux inégalités de santé caractérisant le territoire de santé et un recensement des axes possibles, le comité de pilotage du CLS, composé de représentants élus et techniciens des villes et de l'Agglomération, de la DT13 de l'ARS, du Centre hospitalier, et d'experts, a sélectionné lors de sa séance du 28 juin 2013, quatre axes prioritaires qui constitueront l'ossature du futur Contrat local de santé.

« Penser autrement l'offre de soins de premier recours »

Sur le territoire de Martigues, l'offre de soins de 1^{er} recours est fragilisée. Et pourtant les besoins vont grandissant. Dans ce contexte, un groupe de travail sera constitué afin de prévenir un risque de dégradation de l'accès aux soins, et plus positivement, de mettre en place sur le territoire les conditions novatrices d'une médecine moderne, attractive, et accessible à tous (2 séances : agenda cf. p.6).

« Rattraper le retard et organiser l'offre de prises en charge des personnes âgées et personnes handicapées »

Le territoire de la CAPM et toute la zone d'emploi de Martigues ont un taux d'équipement particulièrement faible pour une majorité d'offre d'hébergement, de suivi et de services en direction des personnes âgées et des personnes handicapées (cf. exemple carte p.13). Un groupe de travail sera constitué

CLS : enquête auprès des usagers

Afin de compléter les apports des groupes de travail dans l'élaboration du Contrat local de santé (cf. article ci-contre), une enquête sera réalisée auprès d'un panel de 150 habitants. Elle visera à identifier leurs modes de recours aux soins et s'appuiera sur la passation d'un questionnaire conduite dans différents lieux d'accueil du Pays de Martigues.



Les membres du COPIL en séance de travail pour déterminer les axes prioritaires du CLS.

afin de proposer un rattrapage de ces retards, et une organisation cohérente des équipements sur le territoire s'appuyant sur des actions susceptibles d'améliorer le renforcement des coopérations par la coordination transversale des acteurs (3 séances : agenda cf. p.6).

« Développer la connaissance, réduire les risques et prendre en charge les pathologies liées au travail et à la pollution de l'air »

Parmi les nombreux facteurs qui jouent sur la mortalité prématurée du territoire martégal, les problèmes environnementaux ne doivent plus être minorés aujourd'hui. Dans ce contexte, un groupe de travail sera constitué afin de concevoir un dispositif permettant à la fois de développer les connaissances, de prévenir les risques, et d'assurer la bonne prise en charge de quelques-

unes des principales pathologies liées au travail et à la pollution de l'air (3 séances : agenda cf. p.6).

« Créer un Conseil local de santé mentale »

Le CLS favorisera également la création d'un Conseil local de santé mentale. Lieu de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie publics, les élus locaux du territoire concerné, les usagers et les aidants, le CLSM a une fonction de coordination qui permet de décloisonner les différents services et institutions et de conforter l'ancrage territorial et la politique du secteur psychiatrique.

Pour tout contact :

Catherine German-Labaume,
chef de projet du CLS

Responsable Santé Observatoire et
Promotion de la santé du Pays de Martigues
c.german-labaume@paysdemartigues.fr

Surveillance de la qualité de l'air à Port-de-Bouc, mesures complémentaires 2011/2012 : une étude Air PACA

Par Sébastien Mathiot,
référent territoire ouest
Bouches-du-Rhône



Cette étude a pour objectif d'évaluer le dispositif de surveillance de la qualité de l'air en place et d'apporter des informations complémentaires concernant des composés comme les particules fines en suspension (PM10 / PM2,5), le benzène et le 1-3 butadiène en fournissant des compléments d'information à l'évaluation des risques sanitaires liés aux rejets de la Zone Industrielle de Lavéra-La Mède¹.

Objectif de l'étude

Approfondir la surveillance de la qualité de l'air de la ville de Port-de-Bouc en :

- densifiant la surveillance du dioxyde de soufre et des oxydes d'azote
- mesurant les particules fines PM2,5
- mesurant les teneurs en benzène et 1-3 butadiène dans plusieurs quartiers de la ville.

Ces mesures se sont déroulées de janvier 2011 à avril 2012.

Moyens mis en œuvre

Air PACA a mobilisé trois types de moyens de mesure :

- le dispositif de mesure existant, constitué par trois stations de surveillance continue La Lèque (SO₂, PM10, benzène), Milan (SO₂, NO_x) et Castillon (SO₂, météorologie)
- un camion laboratoire équipé d'analyseurs permettant de surveiller en continu les concentrations en **dioxyde de soufre, oxydes d'azote, ozone et particules en suspension** (PM10 dans un premier temps puis PM2,5 durant la majeure partie de l'année)
- des tubes passifs installés en 11 lieux dans la ville pour la mesure du benzène et du 1-3 butadiène au travers de plusieurs semaines de prélèvement réparties durant les quatre saisons.

Résultats des mesures

Le dioxyde de soufre (SO₂)

Le dioxyde de soufre (SO₂) est un gaz polluant issu de la combustion des fiouls et du charbon. Ce polluant irritant des muqueuses, de la peau et des voies respiratoires supérieures est

le traceur des activités industrielles. Pour surveiller les niveaux de dioxyde de soufre dans l'air, Air PACA gère un dispositif de mesure qui fonctionne 24 h/ 24 permettant de comparer les concentrations mesurées aux seuils fixés par la réglementation.

La Ville de Port-de-Bouc compte trois stations de surveillance continue du SO₂ sur son sol, formant ainsi une barrière de détection des panaches industriels provenant soit du secteur sud/est (Z.I. de Lavéra) soit du secteur nord/ouest (Z.I. Fos-sur-Mer).

Les phénomènes de pollution les plus importants se produisent par vent de secteur sud/est et ont pour origine les apports des sources industrielles de la zone de Lavéra. Ce sont les résidents des quartiers allant de la Lèque jusqu'à la Baumasse qui sont concernés soit près de 10 % de la population de la ville. Les informations livrées par la station de la Lèque s'appliquent à l'ensemble de cette zone.

Les concentrations atmosphériques en SO₂ sont en diminution d'année

en année et l'amélioration de la problématique liée au dioxyde de soufre dans le territoire de l'Étang de Berre conduit en 2012 à un résultat jamais observé auparavant avec un seul dépassement du seuil horaire relevé sur la totalité du parc de mesures et aucun pour la ville de Port-de-Bouc.

Cette nette amélioration observée en 2012, et confirmée en ce début 2013, s'explique par plusieurs facteurs : mise en place de mesures réglementaires, investissements réalisés par les industries, changement de sources d'énergie pour divers établissements, baisse d'activité de certaines unités, montée en puissance depuis 2009 du dispositif STERNES de réduction temporaire des rejets soufrés industriels mis en œuvre sur prévision et non plus sur constat de dépassement.

Les Particules en suspension (PM10 & PM2,5)

Les particules en suspension proviennent essentiellement du transport routier et d'activités industrielles, notamment la métallurgie. Dans le territoire, le secteur industrie et traitement des déchets représente 43 % des PM10 et 39 % des PM2,5 d'après l'inventaire des émissions PACA 2010.

Les particules constituent le risque sanitaire le plus grave lié à la pollution atmosphérique et entraînent une mortalité prématurée. Les niveaux annuels de fond en PM10 sont ressemblants en tous points de la zone ouest du département.

L'unique station de mesure des PM10 de la ville implantée à la Lèque livre une information transposable à l'ensemble de la ville.

Programme Air PACA 2013-2014

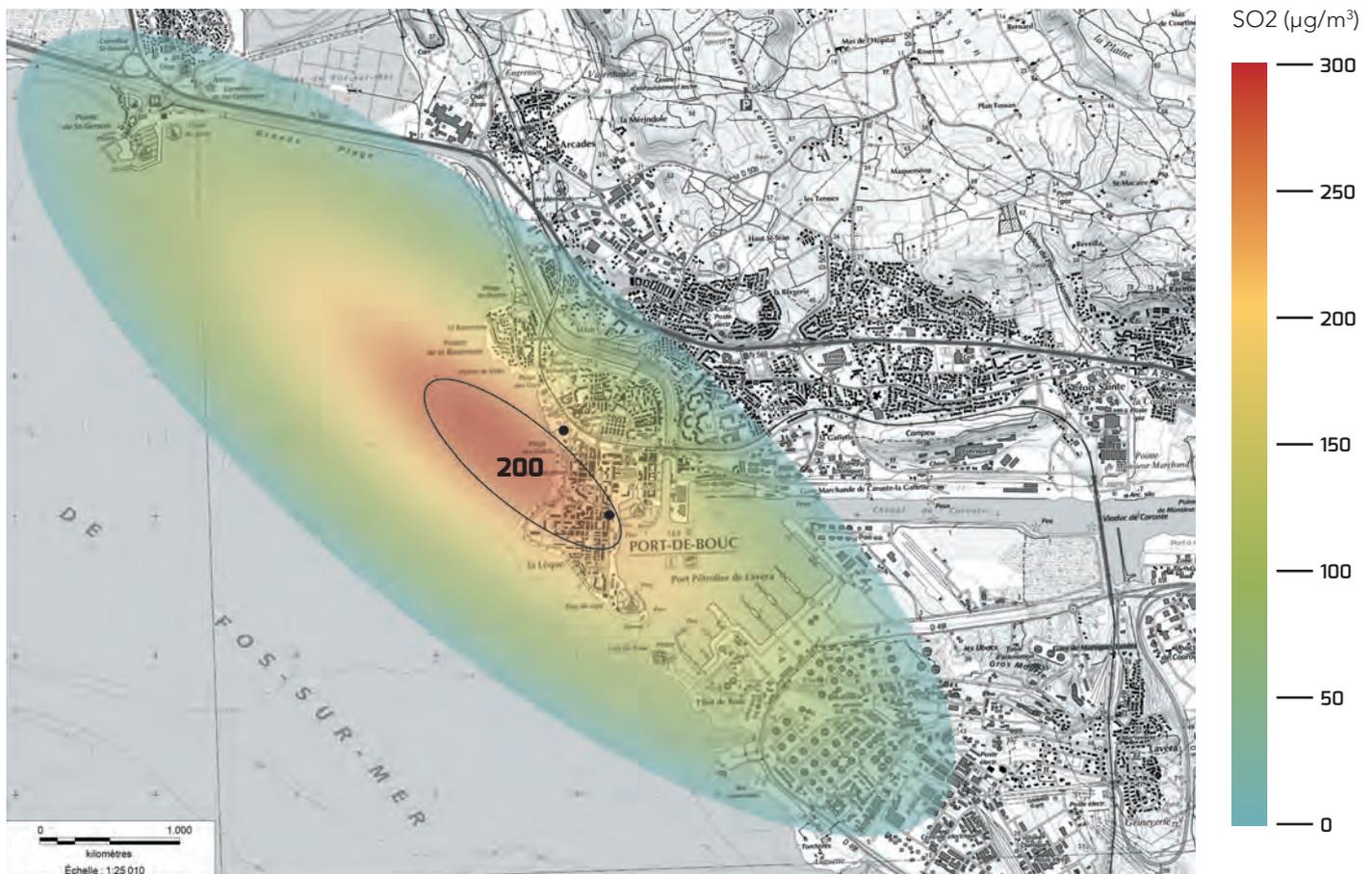
Mesure du benzène en continu à Port-de-Bouc-la Lèque

Une campagne est menée en 2013 afin d'évaluer la concentration annuelle de ce composé. Fin 2013, une décision sera prise quant à la surveillance future : continue, ou séquentielle comme avant.

Mesure du mercure gazeux à Port-de-Bouc-la Lèque, de l'été 2013 jusqu'à l'été 2014

Phase de mesure visant à documenter les niveaux présents dans l'air ambiant dans le golfe de Fos-sur-Mer afin de réduire de 30 % d'ici à 2013 les émissions dans l'air et dans l'eau de 6 substances toxiques (le mercure, l'arsenic, les HAP, le benzène, le perchloréthylène et les PCB/dioxines).

Exemple d'un épisode de pollution au SO₂ par vent Sud/Est



Localisation des retombées atmosphériques sur la ville de Port-de-Bouc des rejets en SO₂ suivant la typologie sud-est (composé traceur de pollution industrielle qui signe la mesure d'autres composés tel que le benzène et le 1-3 butadiène).

Source : N° IGN/PFAR-PACA-*00447

Les niveaux en PM_{2,5} relevés dans la ville durant une année montrent également de grande similitude avec ceux mesurés par l'unique station de surveillance des PM_{2,5} implantée dans le territoire Ouest des Bouches-du-Rhône, à Rognac les Barjaquets. Ce constat de niveaux homogènes mais relativement importants avait également été fait entre Rognac et Port-Saint-Louis-du-Rhône en 2009.

Les PM_{2,5} représentent environ 70 % de la masse des PM₁₀ que ce soit à Port-de-Bouc ou à Rognac les Barjaquets.

Le benzène et le 1-3 butadiène

Le benzène et le 1-3 butadiène sont des composés issus des produits pétroliers. Seul le benzène est réglementé dans l'air ambiant. Les principales sources dans l'air extérieur pour

le benzène sont les gaz d'échappement des véhicules, les industries productrices ou utilisatrices de benzène, ou encore l'évaporation lors du stockage et de la distribution des carburants. Dans le territoire, le benzène provient pour 78 % du secteur industriel et pour 13 % du transport routier, d'après l'inventaire des émissions PACA 2010. La valeur réglementaire annuelle (valeur limite de 5 µg/m³/an) ainsi qu'un objectif de qualité (2 µg/m³/an) sont tous deux respectés en tous les points de mesures de la ville. La répartition des niveaux annuels en benzène et ressemblante à celle du 1-3 butadiène, elle-même ressemblante à celle du dioxyde de soufre. Ce sont les quartiers de la Lèque jusqu'à la Baumasse qui rencontrent les plus forts niveaux. Lorsque le vent d'est

s'établit, ces quartiers peuvent même être soumis durant quelques jours à des niveaux voisins de la valeur limite annuelle pour la santé humaine de 5 µg/m³. Ce sont les apports des sources industrielles et portuaire de la zone de Lavéra qui sont à ces occasions à l'origine de la survenue de ces composés organiques volatiles dans cette partie de la ville.

La surveillance de la qualité de l'air de Port-de-Bouc peut être améliorée dans les années à venir, au sujet des composés organiques volatiles, en intensifiant par exemple la fréquence de mesures de ces composés durant une année.

¹ étude menée en 2010 sur la base des rejets de l'année 2007 et des estimations pour l'année 2012 Cf. Médecins à Martigues n°12

Approche thérapeutique sur le mésothéliome pleural malin

(cancer primitif de la plèvre)



Par le professeur Philippe Astoul,

Service d'oncologie thoracique, maladie de la plèvre, pneumologie interventionnelle
Hôpital Nord, Marseille

Le mésothéliome est un cancer localisé au niveau des séreuses, principalement la plèvre, parfois le péritoine et rarement le péricarde ou la vaginale testiculaire. L'exposition à l'amiante constitue le facteur principal du mésothéliome. Elle est principalement d'origine professionnelle mais peut être environnementale (ex: Haute-Corse, Nouvelle Calédonie). Une relation dose-effet a été démontrée, sans qu'il soit possible d'identifier un seuil en dessous duquel le risque de mésothéliome serait nul.

Approche thérapeutique

Il existe à ce jour peu d'avancées dans le domaine des traitements systémiques depuis l'association sel de platine – pemetrexed. Ceci est en grande partie lié à la faible incidence du MPM, à son caractère globalement peu chimio-sensible, même si certaines réponses spectaculaires peuvent être obtenues et à l'état général du patient souvent altéré. Cette chimiothérapie par voie veineuse nécessite avant le début du traitement une vitaminothérapie dédiée. Ce traitement sera défini au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP – Mesure 31 du Plan cancer 2003-2007¹) en tenant compte des comorbidités du patient, de l'analyse histologique et de l'extension locale et régionale de la maladie. Certains centres de référence peuvent proposer l'inclusion dans des essais cliniques et l'utilisation de molécules

innovantes notamment en cas d'échec du traitement initial car il n'y a pas de traitement de référence dans cette situation. Cependant, nombre de molécules sont actuellement explorées, le plus souvent au cours d'essais cliniques en phase II, ciblant l'angiogenèse, le FGFR (Fibroblast Growth Factor Receptor - récepteur à activité tyrosine kinase impliqué dans la voie de signalisation régulant la prolifération cellulaire, la différenciation, la migration, le processus de cicatrisation et l'angiogenèse) ou la voie de l'IGF1 (Insulin-like Growth Factor-1). L'immunothérapie est également explorée avec l'évaluation d'approche vaccinale avec la mise en œuvre d'essais sur les anticorps anti CTL A4.

Il existe à ce jour peu d'avancées dans le domaine des traitements systémiques depuis l'association sel de platine - pemetrexed

Dans tous les cas, des soins de support optimaux pluridisciplinaires (traitement de la douleur, nutrition, traitement de l'essoufflement, prise en charge psychologique, prise en charge sociale ...) doivent être mis en place en parallèle du traitement spécifique. Pour certaines équipes (absence de consensus international), une radiothérapie prophylactique peut être réalisée au niveau des points de ponction et de drainage afin d'éviter la dissémination des cellules sur les trajets secondaires à

ces gestes de prélèvements. Dans certaines situations, une radiothérapie à visée antalgique peut être utilisée lorsque la douleur est localisée au niveau de la paroi. La chirurgie d'exérèse (ablation de la tumeur) n'est pas le traitement de référence du MPM. Une pleurectomie/décortication (ablation des plèvres pariétale et viscérale) peut, dans certaines situations (lésions très localisées, contrôle des symptômes) et après discussion multidisciplinaire, être proposée et dans tous les cas réalisée dans des centres chirurgicaux spécialisés. Une pleuro-pneumonectomie extrapleurale, intervention "radicale", ne peut se concevoir qu'après concertation collégiale, dans un centre spécialisé et dans le cadre d'un essai clinique. Dans tous les cas, le projet personnalisé de soins (mesure 18 – Plan cancer 2009-2013²) sera exposé et discuté avec le patient dans le cadre du dispositif d'annonces (mesure 40 - Plan cancer 2003-2007³).

¹ Mesure 31 (2003-2007) : Faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier.

² Mesure 18 (2009-2013) : Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.

³ Mesure 40 (2003-2007) : Permettre aux patients de bénéficier de meilleures conditions d'annonce de leur diagnostic.

Le mésothéliome

Un point d'information par le réseau local de prévention et de soins des pathologies professionnelles

Le mésothéliome est causé par l'exposition aux fibres d'amiante. À noter que d'autres facteurs comme les fibres minérales artificielles donnent lieu à débat. En raison de l'état latent du cancer, il peut apparaître vingt à cinquante ans voire plus après exposition. Depuis 2010, l'ARS a mis en place une déclaration obligatoire pour la région PACA qui s'est étendue à toute la France en 2012. En 2010, la Haute Autorité de santé a rappelé l'importance de prescrire un scanner en lieu et place d'une radio, le scanner thoracique étant l'examen essentiel apportant des éléments de présomption.

Mortalité

En 2001-2007, il existait une surmortalité significative (+13 %) par mésothéliome en région PACA par rapport à la France. La zone d'emploi la plus concernée (surmortalité significative par rapport à la France) est celle de Fos-sur-Mer (cf carte ci-dessous).

Morbidité

En région PACA, de 2000 à 2008, 6 % des maladies professionnelles reconnues dans le cadre des tableaux de MP du régime général étaient des cancers, avec 397 cas de mésothéliomes ou autres tumeurs de la plèvre, soit 30,4 % des cancers reconnus.

De 2003 à 2009, l'APCME a déclaré 17 cas de mésothéliome, ce qui représente 13 % des cancers déclarés par l'association.

L'APCME a recensé un certain nombre d'installations contenant les postes de travail en cause : usines d'amiante/ciment, chantiers navals, fours pétrochimiques, plateformes pétrochimiques, centrales thermiques et chantiers du bâtiment.

En 2006, la proportion des séjours au centre hospitalier de Martigues pour mésothéliome est 6 fois supérieure à celle de la base régionale.

Contacts :

Marie Adams, chargée de mission maladies professionnelles, secrétariat du réseau local
Hôtel de l'Agglomération
Tél : 04 42 06 90 77
marie.adams@paysdemartigues.fr

Cancer de la plèvre, du péritoine, du péricarde : l'aide du SISTE PACA

Vous vous interrogez sur la conduite à tenir devant une présomption de mésothéliome d'origine professionnelle : le SISTE PACA vous propose une aide.

www.sistepaca.org

- Cliquez sur « Conduite à tenir par maladie »
- « Tumeurs, cancers »
- « Plèvre, péritoine, péricarde »

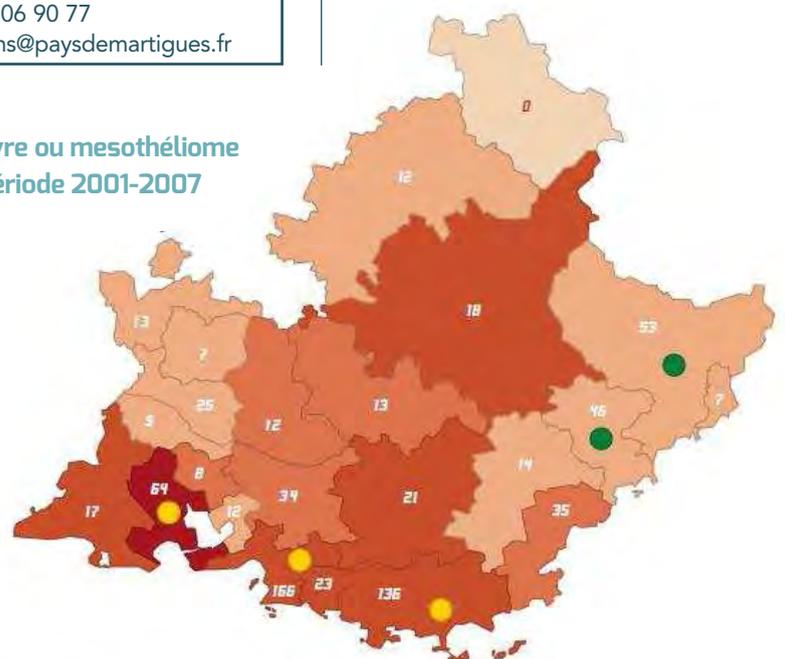
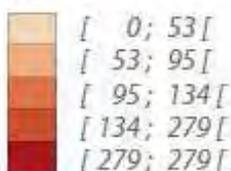
Rubriques disponibles :

- Conduite à tenir devant un cancer de la plèvre, du péritoine, du péricarde d'origine professionnelle
- Où et quand contacter le médecin du travail ?
- Comment déclarer ? Ce que doit faire le médecin, ce que doit faire l'assuré ou ses ayants-droits.

Indices comparatifs de mortalité par cancer de la plèvre ou mésothéliome selon les zones d'emploi de la région PACA, pour la période 2001-2007

- Sous mortalité significative
- Surmortalité significative

ICM base 100=France métropolitaine



Source : INSERM CépiDc / Exploitation ORS-PACA

Impliqué dans la formation des médecins



Pr Alain-Philippe Gille
médecin généraliste
libéral à Martigues

(ici avec Léa Kik, interne en maîtrise de stage)

Médecins en pays de Martigues : Vous êtes impliqué depuis 30 ans dans le fonctionnement de l'Association de perfectionnement post-universitaire des médecins de Martigues. Qu'est-ce qui préside le choix des formations ?

Il n'y a pas de règle générale concernant les 10 formations annuelles que nous proposons. Cependant, nous tenons compte de la particularité du territoire, des activités hospitalières et des demandes précises des médecins : appréhension des connaissances des nouvelles techniques chirurgicales ; pathologies locales...

MM : Vous êtes professeur d'Université à la Faculté de médecine de Marseille où vous exercez depuis vingt-six ans. Pouvez-vous expliquer les changements apportés à la formation des futurs médecins ?

Le décret du 25 juin 2010 modifiant le décret du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3^e cycle des études médicales vise notamment à retranscrire au niveau réglementaire le dispositif portant sur la « filiarisation » qui a pour objectif le rééquilibrage de la

démographie médicale entre les régions par le biais des effectifs de médecins formés par spécialités. Cette réforme doit permettre, d'une part, aux régions d'adapter leurs capacités de formation et de rééquilibrer leur offre de soins dans chaque spécialité ; d'autre part, aux étudiants d'avoir une meilleure visibilité sur leur spécialisation future. Outre les sujets liés à la démographie médicale, les principaux objectifs de cette réforme sont les suivants :

- ajuster la réglementation nationale aux exigences normatives communautaires
- développer l'offre de terrains de stage
- mieux encadrer le droit au redoublement des internes
- faire évoluer le dispositif de l'année recherche
- prendre en compte la situation particulière des internes enceintes
- faire évoluer les missions de la commission de subdivision, en lien avec l'évaluation des besoins de formation
- préciser les différents types d'agrément pouvant être accordés ainsi que les modalités d'agrément.

Les cursus pratique compte 6 stages semestriels dont un dans un service de médecine adulte (CHU ou hôpitaux périphériques), un en service d'urgences ; puis les internes ont la possibilité de passer deux ans en ville (1 semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie, 1 semestre libre, 1 semestre auprès de

praticiens maîtres de stage des universités), et une dernière année d'internat répartie sur plusieurs cabinets ou dans des structures spécifiques (Maison de Gardanne, Croix-Rouge...). Le cursus théorique comporte un minimum de 16 modules de médecine générale. La délivrance du Certificat provisoire de réception au diplôme d'État de docteur en médecine et au D.E.S de Médecine générale implique l'accomplissement de la maquette du D.E.S, la validation du cursus théorique et pratique, la soutenance de la thèse.

MM : Quelle est votre vision de l'avenir de la médecine générale sur le territoire de Martigues ?

On compte aujourd'hui 10 000 médecins remplaçants en France dont l'installation se fait plus tard : vers 34 ans au lieu de 28-30 ans auparavant. La profession évolue car les jeunes envisagent moins de travailler seuls et le pourcentage important des filles entrant en internat va changer la donne spécialement au

Nous possédons 2 atouts majeurs sur la ville

niveau du temps de travail qui va diminuer d'environ 20 %. D'ici cinq ans, le nombre de médecins sur Martigues sera moins important mais l'installation des jeunes posera moins de problème que dans certaines zones. Nous possédons 2 atouts majeurs sur la ville : l'hôpital qui représente une aide non négligeable à l'installation grâce à son plateau technique ; une dizaine de maîtres de stage accueillant tout au long de l'année des internes qui au moment de leur installation choisiront, pour une bonne partie d'entre eux, le lieu où ils auront créé un réseau de connaissances. Il existe un cadre défini par l'ARS, baptisé « îlot de formation », pour permettre aux internes de suivre tout ou partie de leur formation générale sur un territoire donné plutôt que de changer de ville au fil de leur 6 choix. Ce développement de formations donnera certainement envie aux internes de se fixer sur le territoire connu.