



Université Lille 2  
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2014

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

***" Accès au système de garde en médecine générale : analyse  
épidémiologique et sociologique rétrospective d'un an de  
consultations à la maison médicale de garde de Calais "***

Présentée et soutenue publiquement le 20 novembre 2014 à 14h  
au Pôle Recherche

Par Charles-Hubert QUEVAL

---

**Président du jury:**

**Monsieur le Professeur GLANTENET**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur MARTINOT**

**Madame le Docteur RICHARD**

**Monsieur le Docteur DUBUS**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur KNOCKAERT**

---

**AVERTISSEMENT :**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises  
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : agence régionale de santé,

ASSUM : association des services d'urgences médicales,

CALUR : association des médecins généralistes libéraux du Calaisis,

CIM 10 : classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé,

CHC : centre hospitalier de Calais,

CMU : couverture maladie universelle,

CMUc : couverture maladie universelle complémentaire,

CDOM : conseil départemental de l'ordre des médecins,

CODAMU : comité départemental d'aide médicale d'urgences,

CODAMUPS : comité départemental de l'aide médicale d'urgence, des transports sanitaires et de la permanence des soins,

CNAMTS : Caisse national d'assurance maladie des travailleurs salariés,

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie,

CRRAL : centre de régulation et de réception des appels libéraux,

DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins,

MG : médecin généraliste,

MMG : maison médicale de garde,

MT : médecin traitant,

OMS : Organisation mondiale de la santé,

PACS : Permanence d'accès commune aux soins,

PDSA : permanence des soins ambulatoires,

SAMU : service d'aide médical d'urgence,

# SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>11</b>
<b>A. Le contexte général</b> .....	<b>11</b>
1. La permanence d'accès aux soins .....	11
2. Évolution du cadre légal.....	14
a) La grève des gardes de nuits du 15 novembre 2001.....	15
b) La publication de la circulaire DHOS/DHO n°2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville .....	16
c) Le rapport de Monsieur le Sénateur Charles DESCOURS rendu en date du 25 janvier 2003 sur la permanence des soins.....	17
d) <i>Le Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003</i> relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique .....	19
e) <i>Arrêté du 26 mai 2005</i> portant approbation des avenants n° 1, n° 3 et n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes .....	20
f) Le rapport de Monsieur le Docteur Jean Yves Grall, Conseiller Général des Etablissements de Santé rendu en date du 31 août 2007 sur la permanence des soins. ....	21
g) La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire. ....	23
<b>B. Le contexte spécifique</b> .....	<b>25</b>
1. L'histoire de la maison médicale de Calais.....	25
2. Les données démographiques sociales dans le Calaisis. ....	29
3. Les données démographiques médicales dans le Calaisis. ....	33
<b>C. Le contexte bibliographique</b> .....	<b>34</b>
<b>D. Problématique :</b> .....	<b>38</b>
<b>II. Méthode</b> .....	<b>39</b>
<b>III. Résultats</b> .....	<b>41</b>
<b>A. Analyse descriptive</b> .....	<b>41</b>
<b>B. Analyse bivariée</b> .....	<b>48</b>
<b>C. Analyse multivariée</b> .....	<b>51</b>
<b>IV. DISCUSSION</b> .....	<b>53</b>
<b>A. Synthèse des résultats</b> .....	<b>53</b>
<b>B. Discussion des résultats de l'analyse univariée :</b> .....	<b>54</b>
1. Comparaison des résultats des diagnostics à ceux de l'observatoire de médecine générale ....	54
2. Etude du nombre de consultation, de la provenance et de l'orientation des patients.....	55
<b>C. Discussion des résultats de l'analyse bivariée et multivariée</b> .....	<b>58</b>
<b>D. Validité des données</b> .....	<b>62</b>
<b>V. CONCLUSION</b> .....	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>65</b>
<b>ANNEXE</b> .....	<b>67</b>



# I. INTRODUCTION

## A. Le contexte général.

### 1. La permanence d'accès aux soins

La permanence des soins ambulatoires est un dispositif sanitaire permettant aux citoyens de recourir à un médecin généraliste aux heures de fermeture du cabinet des médecins libéraux, c'est à dire après 20h, les samedis après midi, dimanches et jours fériés, pour des **soins non programmés** ne permettant pas d'attendre le lendemain, mais ne nécessitant pas le recours ou l'intervention des services d'urgence.<sup>1</sup>

La **Continuité des Soins** est une obligation déontologique individuelle du Médecin vis-à-vis de ses patients (*article R.4127-47du CSP*). Il ne s'agit pas d'une organisation analogue à celle de la Permanence des Soins, ni de soins en continu. **Il s'agit du devoir de chaque Médecin de veiller à ce que les personnes qu'il a prises en charge puissent recevoir des soins lorsqu'il n'est pas disponible.**

Puis, petit à petit, un certain nombre de facteurs démographiques et sociaux ont modifié ce mode de concept de continuité/permanence des soins.

La population française vieillit et avec elle la demande de soins augmente. Parallèlement, le nombre de médecins diminue.

A cela s'ajoute l'évolution des mœurs, les médecins souhaitant diminuer leur temps de travail et retrouver une meilleure qualité de vie diminuant encore « le temps médical ».

L'ensemble de ces facteurs a nécessité une **organisation collective, confraternelle et mutualisée** de la réponse à des demandes non programmées de soins dans le cadre de la permanence des soins.

Avant 2003, il existait autant de règlements intérieurs que de maisons médicales de gardes (MMG).

Les maisons médicales de garde reposent sur trois principes fondamentaux :

- **le volontariat** : les médecins participent volontairement au tour de garde.

Ce principe a pour fondement le Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003<sup>2</sup>. En effet, ce décret a notamment créé l'article R 731 du Code de la santé publique<sup>3</sup>. Cet article organise les modalités de la permanence des soins volontairement assurés par les médecins, nous le verrons ci-après.

- **la sectorisation**

Le choix du lieu de mise en place d'une maison médicale de garde est effectué par le préfet<sup>4</sup>. Ce choix tient compte de la densité de population, de la taille du secteur et de la densité de médecins en exercice dans le secteur en tenant compte de leurs habitudes.

La sectorisation permet une prise en charge médicale rapide de la population : « une commune, un secteur de garde. ».

- **la régulation**

L'accès aux maisons médicales de garde se fait par régulation téléphonique.

Pour les maisons médicales du département du Nord, les personnes chargées de cette régulation téléphonique ont leurs locaux à LILLE au SAMU 59 et pour les maisons médicales du département du Pas-de-Calais, les locaux se trouvent à ARRAS au SAMU 62.

Le personnel chargé de réguler les flux téléphoniques sont des médecins généralistes (MG) volontaires formés par des médecins du SAMU. Ces médecins sont regroupés au sein d'associations qui gèrent dans le CRRAL : **centre de réception et régulation des appels libéraux**. Dans le département du Pas-de-Calais, le CRRAL est géré par l'Association des Services d'Urgences Médicales du Pas-de-Calais (ASSUM). Dans le département du Nord, le CRRAL est géré par la Fédération des Associations de Permanence du Nord (FAPS Nord).

L'ASSUM permet d'orienter le patient vers la juste prestation médicale que son état requiert.

Au terme de l'appel, plusieurs orientations possibles, soit :

- le patient bénéficie d'un conseil médical,
- l'appel est renvoyé vers les médecins régulateurs du SAMU,
- le patient est orienté vers les urgences,
- le patient est orienté vers le médecin de garde à la MMG,
- le patient est orienté vers un cabinet de consultation.
- le médecin est exceptionnellement adressé pour une visite dite « incompressible »

Ce service de régulation des appels est assuré en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux :

- en semaine de 20h au lendemain 6h,

- le samedi de 12h au lendemain 8h,
- le dimanche et jours fériés de 8h au lendemain 6h.

Pour information, le nombre d'appels dans le département du Pas-de-Calais est repris dans le tableau suivant, en 2012 & 2013 sont repris les appels en nuit profonde provenant du Nord pour une régulation mutualisée 59/62.

An 2007	An 2008	An 2009	An 2010	An 2011	An 2012	An 2013
90304	86200	90950	83505	83867	84024	81177
					87189	96311

dans le tableau ci-dessous pour le Nord<sup>5</sup>.

An 2007	An 2008	An 2009	An 2010	An 2011	An 2012	An 2013
72702	72125	82039	84934	92952	98185	99146

Pour information, au cours de l'année 2011, le nombre d'appels dans le département du Pas-de-Calais s'est élevé à 83.867 et à 92.952 dans le Nord<sup>6</sup>.

## 2. Évolution du cadre légal

Avant 2003, la Permanence De Soins Ambulatoires (PDSA) ne bénéficiait pas de cadre légal précis.

Elle était régie par l'article 77 du Code de déontologie médicale (article R.4127-77 du CSP) qui disposait, notamment : « *Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* ».

Cet article était la base légale de la permanence d'accès aux soins<sup>7</sup>

Certains événements ont concouru à faire évoluer cette base légale.

La **Permanence des Soins** a été reconnue comme une mission de service public dès lors qu'ils ont une pratique dans le domaine du soin.

**a) La grève des gardes de nuits du 15 novembre 2001.**

*"La consigne de l'Unof et de son petit frère le SML est simple mais efficace : depuis jeudi, les médecins généralistes ne prennent plus en charge les appels de nuits (de 20 heures à 8 heures) et renvoient au "15" pour les urgences"<sup>8</sup>.*

Le jeudi 15 novembre 2001, qu'il soit ou non de garde, chaque médecin de famille a été invité à enregistrer le message suivant sur son répondeur : *" en raison d'un mouvement de grève nationale auquel votre médecin participe, en cas d'extrême urgence jusqu'à demain 8 heures, veuillez composer le numéro 15 "*.

La principale revendication des médecins généralistes était la revalorisation des honoraires. Ces derniers n'ayant pas évolué depuis 1988<sup>9</sup>.

Cette grève a été très suivie par les médecins et, comme ils le souhaitaient, a causé un encombrement massif des services des urgences.

Face à cette mobilisation massive, les préfets n'ont eu d'autres solutions que de réquisitionner de façon autoritaire les médecins généralistes pour les gardes de nuit.

Face à l'absence de réponses du gouvernement les médecins décidèrent de durcir le mouvement et d'étendre la grève aux jours fériés.

Cette crise perdura jusqu'en juin 2002. Elle aboutit à la revalorisation de la consultation de jour comme de nuit et la mise en place de groupes de travail.

L'un, dirigé par Charles DESCOURS, Sénateur, sur l'organisation de la permanence des soins et l'autre, dirigé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS).

Il s'intéresse à l'organisation des urgences dans les établissements hospitaliers.

**b) La publication de la circulaire DHOS/DHO n°2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville**

Cette circulaire précise les modalités de mise en œuvre de la démarche pour la permanence d'accès commune aux soins et confère d'avantage de responsabilités au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) notamment dans la tenue des tableaux de gardes.

L'objectif étant de pérenniser et améliorer pour l'ensemble des patients une réponse de proximité de nuit tout en limitant les contraintes pour les médecins chargés d'assurer leur mission de service public.

Plusieurs étapes sont nécessaires :

- tout d'abord la mise en place d'un dispositif de réception et d'orientation des appels au généraliste. Ce dispositif devra être articulé avec le dispositif d'urgence médicale géré par le SAMU. L'orientation du patient par le permanencier permettra de réduire le temps d'attente au téléphone et d'apporter une réponse adaptée aux patients.
- l'élaboration d'une liste de médecins d'astreinte. Pour cela il conviendra que soit établi un état des lieux afin de déterminer les zones dans lesquelles

- l'accès aux soins la nuit est limité voir inexistante. La cartographie des secteurs d'astreinte aura pour objectif de réduire les secteurs d'astreinte et donc de limiter le nombre de médecins concernés. L'élaboration de la liste des médecins d'astreinte sera confiée au CDOM en partenariat avec le préfet compétent et le Comité Départemental d'Aide Médicale d'Urgences (CODAMU). Le CDOM devra mettre en rapport l'état des lieux établi avec des critères démographiques (densité, population..), médicaux (localisation des hôpitaux...) et géographiques (infrastructures routières, temps d'accès, climat)
- enfin, assurer le financement des astreintes avec les caisses d'assurance maladie. Les modalités pratiques de la mise en œuvre de ce paiement par les CPAM sont l'objet d'une circulaire adressée par la CNAMTS aux CPAM.

**c) Le rapport de Monsieur le Sénateur Charles DESCOURS**

**rendu en date du 25 janvier 2003 sur la permanence des soins.<sup>10</sup>**

Ce rapport est le fruit d'une réflexion menée sous la direction de Monsieur le Sénateur DESCOURS sur la permanence des soins sur demande du Ministère de la santé, de la famille et des personnes âgées.

La mission du groupe de travail opérationnel était d'une part de définir la nature de la mission de permanence des soins (détachables ou non de l'exercice du quotidien) et d'autre de trouver des solutions permettant un égal accès aux soins.

Les propositions qui ont été formulées par les membres du groupe s'articulent autour de trois axes qui constituent les piliers de la permanence des soins : la participation à la garde et le volontariat, la régulation et la sectorisation.

Les propositions du rapport susvisé sont ci-après littéralement rapportées :

« (...)

*Propositions formulées par les membres du groupe pour mettre en place une nouvelle organisation de permanence des soins :*

- *L'organisation de la permanence des soins répond aux principes suivants :*
  - *- la participation des médecins repose sur le volontariat,*
  - *- en l'absence de volontaires, des niveaux de concertation et de dialogue sont mis en place,*
  - *- en cas de carence, il appartient au Conseil départemental de l'ordre des médecins de le signifier aux tutelles.*
- *Un cahier des charges définit au niveau du département l'organisation retenue de la permanence des soins et spécifique à ce département. Ce cahier des charges est élaboré dans une instance (sous-comité médical du CODAMUPDS) composée de représentants des médecins concernés par la permanence des soins.*
- *Le CODAMUPS est rénové dans sa composition et dans ses missions pour prendre en charge l'organisation de la permanence des soins.*
- *L'organisation de la permanence des soins a lieu dans le cadre du département, grâce à la mise en place d'une sectorisation qui garantit une réponse rapide et adaptée.*
- *Une régulation médicale centralisée des demandes de soins non programmés est mise en place. Si cette régulation est autonome par rapport au Centre 15, les deux régulations sont alors interconnectées.*
- *Les usagers deviennent des acteurs de la permanence des soins. Des campagnes de communication au niveau national et au niveau départemental les informeront sur l'utilisation du dispositif de permanence des soins et sur l'organisation retenue dans le département.*

*(...) ».*

**d) Le Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique**

Ce décret organise les modalités de la permanence des soins volontairement assurés par les médecins. Il crée les articles R 730 et suivants du Code de la santé publique, actuellement en vigueur, à l'exception de l'article R 731 abrogé par le décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005.

Ces articles mettent en place le règlement des nouvelles Maisons Médicales de Gardes.

Ils organisent, notamment,

- les horaires : de 20h à 8 heures les jours de semaines, et de 8h à 20 h en plus les samedis dimanche et jours fériés,
- l'organisation départementale en liaison avec les établissements de santé publics et privés : chaque secteur réalise au moins trois mois avant un tableau de garde avec les médecins volontaires du secteur qui est transmis au plus tard 45 jours avant à l'Ordre des Médecins qui s'assure de la régularité de la situation des différents médecins. L'ordre transmet ensuite le tableau, minimum 10 jours avant, au préfet, au SAMU, aux médecins concernés et à la CPAM.

Pour le cas où le tableau serait incomplet, l'ordre départemental des médecins le complète en collaboration avec les associations représentatives des médecins libéraux, et des médecins des centres de santé. A défaut de trouver des médecins

volontaires pour effectuer ces gardes, le préfet a la possibilité de procéder à des réquisitions.

- Enfin, à la demande du médecin chargé de la régulation médicale, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou, le cas échéant, par une visite.

Les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation seront ensuite fixées au niveau Départemental via des cahiers des charges arrêtés par le préfet après avis du comité départemental prévu à l'article L. 6313-1 du Code de la Santé Publique.

Ce cahier des charges sera établi sur la base d'un cahier des charges type fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Il comportera notamment l'état de l'offre de soins et l'évaluation des besoins de la population et fixera les modalités de détermination des secteurs géographiques. Il précisera en outre les modalités de participation des médecins spécialistes.

**e) Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n° 1, n° 3 et n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes<sup>11</sup>**

- l'avenant n° 1 concerne les mesures tarifaires ;
- l'avenant n° 3 concerne le fonctionnement des instances conventionnelles ;
- l'avenant n° 4 définit les nouvelles modalités de la participation de l'Assurance Maladie au financement de la permanence des soins assurés par les médecins libéraux.

Les honoraires perçus par les médecins de garde la nuit, les dimanches et jours fériés sont réévalués. Ils intègrent l'astreinte versée par la caisse d'assurance maladie et une revalorisation des actes régulés téléphoniquement afin de favoriser une régulation préalable des consultations.

	Visite à domicile (euros)	Consultation(euros)
Majoration spécifique de nuit 20h-00h et 6h-8h	46	42,5
Majoration spécifique de nuit 00h - 6h	55	51,5
Majoration dimanche et jours fériés	30	26,5

Forfait d'astreinte : 50 euros de 20h à 24 h / 100 euros de 0 h à 8h (*jusqu'en 2012*)

100 euros le samedi après midi et 150 euros le dimanche ou jour férié.

**f) Le rapport de Monsieur le Docteur Jean Yves Grall, Conseiller Général des Etablissements de Santé rendu en date du 31 aout 2007 sur la permanence des soins<sup>12</sup>.**

Monsieur le Docteur Jean-Yves Grall a mis en avant, dans le cadre de la mission qui lui avait été confiée, les divers dysfonctionnements dans l'organisation et le financement de la permanence des soins.

Cette mission a poursuivi un objectif de médiation dans les départements en difficulté quant à la mise en place de la PDS et formule des propositions d'adaptation du dispositif sur la base des constats effectués sur le terrain.

Les constats effectués dans le cadre de cette mission rejoignent ceux opérés dans les divers rapports publiés depuis mars 2006 ; ainsi le dispositif apparaît-il peu viable et l'accès aux soins non programmés en ville en péril à moyen terme si des mesures structurelles ne sont pas prises.

Les difficultés ciblées sont notamment :

- L'absence de liaison entre le financement assuré par la CPAM et l'organisation par le préfet
- La base de volontariat altère le système : d'un côté les médecins de ville, non volontaires, suppléés par SOS médecin ou le service des urgences, alors que les médecins ruraux ne disposant d'aucune structure finissent par être réquisitionnés par le préfet en raison de l'absence de structures suppléantes. Les médecins ruraux ne souhaitant pas effectuer de gardes par choix ou par manque de temps, le patient n'a d'autres choix que de s'orienter vers les services d'accueil des urgences.

La conclusion de ce rapport est la suivante: « *la PDS se révèle peu fiable, fragile et coûteuse.* »

L'objectif du groupe de travail est le suivant : établir un dispositif pérenne, efficient, fiable et lisible permettant de répondre de façon adaptée à la demande non programmée de soins ou d'avis médical de la population sur l'ensemble du territoire.

Les éléments de réflexion sont les suivants :

- *redéfinir les missions de chacun,*
- *mettre en place un dispositif institutionnel et un financement cohérent,*
- *décliner une organisation homogène, lisible et décloisonnée, assurant la synergie de tous les acteurs,*
- *favoriser le volontariat et la pérennité du dispositif,*
- *adapter les formations,*
- *informer et responsabiliser la population,*
- *évaluer l'efficacité du dispositif.*

**g) La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire.**

La loi HPST entend lutter contre l'inégalité des patients en matière d'accès aux soins. Face à l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, la loi veut tenter de repeupler les déserts médicaux tout en respectant le principe de la liberté d'installation des professionnels libéraux.

Tout d'abord cette loi réaffirme que la permanence des soins est une « mission de service public »<sup>13</sup> en modifiant les articles 1411-11 et suivants du Code de santé publique.

Ces principaux apports sont :

- la mise en place d'un numéro national d'appel accessible depuis tout le territoire français (le 15),
- l'augmentation des pouvoirs de l'ARS :

- elle organise la permanence des soins, des maisons de retraite, des ambulanciers, des pharmaciens et des chirurgiens dentistes en lieu et place du CODAMU,
- elle gère le financement, le montant des astreintes, le paiement des médecins régulateurs, des médecins en maison médicale de garde.

## **B. Le contexte spécifique**

### **1. L'histoire de la maison médicale de Calais**

L'association CALUR a été créée en juin 1988 par les médecins généralistes du Calaisis et rassemble depuis cette date l'ensemble des médecins généralistes libéraux du Calaisis. La diminution du nombre de médecins généralistes installés dans cette région a sensiblement fait augmenter le chiffre d'affaire annuel des médecins en places entraînant alors une diminution de l'attrait financier que constituaient les gardes et les premières difficultés à « remplir » le tableau des gardes.

Les prémices d'une organisation de la permanence des soins naissent donc en 1998.

Parallèlement à la diminution de médecins volontaires, le nombre de passage aux urgences dans les 616 sites de service d'accueil des urgences français augmente de 64% entre 1990 et 2001.<sup>14</sup>

Des études réalisées par la direction de recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques montrent que 75 % des usagers se présentent aux urgences sans conseil médical préalable<sup>15</sup>.

Pour toutes ces raisons, un projet de création d'une maison médicale de garde a été présenté par les membres de l'association CALUR le 6 novembre 2003.

L'objectif principal était de répondre à la mission de soin que sont les soins non programmés relevant de la médecine générale en considérant les difficultés de démographie médicale qui se présenteront dans les années à venir.

La finalité de ce projet était de rendre les gardes, moins pénibles, plus rationalisées en vue de recruter un maximum de médecin pour participer à ce tour de garde.

Deux partenaires majeurs sont intervenus dans l'élaboration de ce projet :

- Le **CRRAL**, centre de réception et de régulation des appels libéraux.
- Le **Centre Hospitalier de Calais**.

Tout d'abord le CRRAL, situé à Arras dans les locaux du SMUR, aura pour mission de réguler l'accès à la maison médicale de garde le soir après 20h, et ce par le biais d'un numéro unique départemental<sup>16</sup>.

Après régulation le patient sera orienté, soit vers les urgences médicales, soit vers le médecin de garde, soit il lui sera prodigué des conseils médicaux dans l'attente d'une consultation avec son médecin traitant.

Voici quelques chiffres concernant l'orientation des patients en suite à leur appel du CRRAL<sup>17</sup> :

Devenir des appels	Consultation du médecin de garde	visite du médecin de garde	Conseil médical	Renseignement donné par PARM	Réorientation Urgences	Transfert centre 15
<i>Données 2010 ASSUM 62</i>	42%	7%	27%	14%	5%	8%

Parallèlement une convention a été établie avec l'hôpital de Calais (CHC)<sup>18</sup>.

Le premier objectif de cette convention était de définir quels patients étaient du ressort de la permanence d'accès aux soins et quels étaient ceux qui dépendaient de l'accueil médical d'urgence (AMU).

La convention définit pour cela trois catégories de consultants :

- **La première catégorie relève des urgences :**

- les douleurs abdominales évoquant colique néphrétique, IDM, pancréatite, douleurs abdominales post-opératoire,
- les douleurs thoraciques avec signe de gravité,
- les céphalées aiguës, AVC, AIT, crises comitiales,
- les pathologies psychiatriques, tentative de suicide,
- les dyspnées aiguës,
- les hémorragies,
- la traumatologie,
- les problèmes médico-sociaux comme l'ivresse.

- **La deuxième catégorie relève d'une consultation auprès d'un médecin généraliste :**

- la pédiatrie courante,
- les douleurs abdominales accompagnées,

- la pathologie éruptive, prurigineuse,
  - la traumatologie simple,
  - le syndrome fébrile de l'adulte sans signe de gravité,
  - l'algie rhumatologique ou dentaire,
  - les pathologies psychiatriques comme la dépression, l'angoisse, et les troubles du sommeil,
  - la réquisition.
- **La dernière catégorie ne relève pas « normalement » d'un service de garde :**
- Le renouvellement,
  - L'état fébrile isolée depuis moins de 48h,
  - Les certificats médicaux.

Cette convention pose également le cadre géographique et logistique de la permanence des soins. Le local de consultation sera commun à tous les généralistes. Il sera mis à disposition par l'hôpital de Calais moyennant un loyer mensuel. Ce local sera situé dans l'hôpital, mais possèdera une entrée autonome de celle des urgences afin de bien distinguer le service d'accueil des urgences et la permanence d'accès aux soins.

La convention précise également les horaires de consultation : de 20h à 22h30 le soir, le samedi de 16h à 19h et le dimanche de 10h à 12h et de 16h à 19h.

Afin de scinder définitivement le service d'accueil des urgences et la permanence d'accès aux soins, la convention attribue à chacun des pouvoirs administratifs et

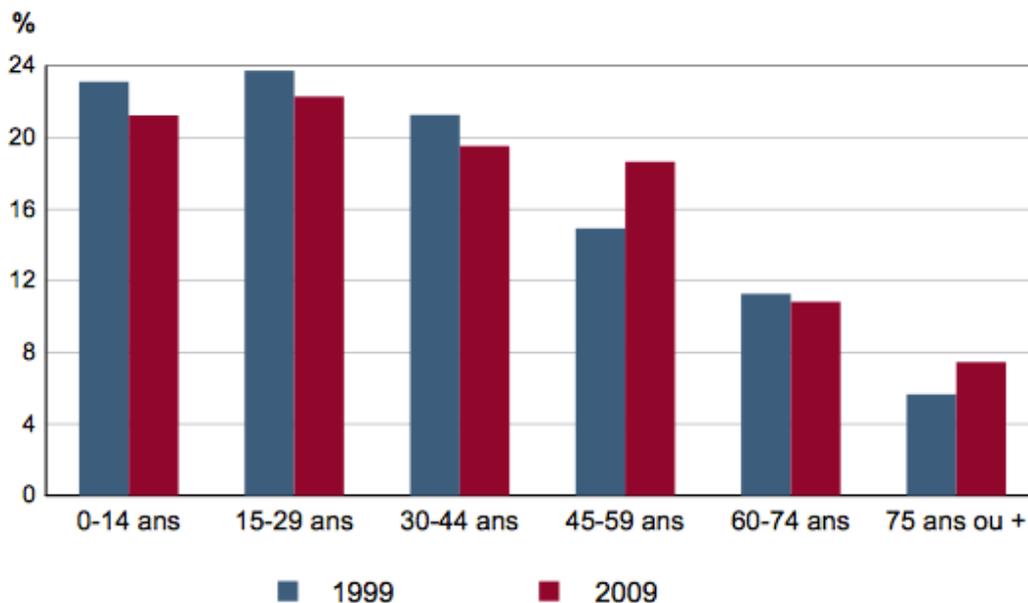
organisationnels. Enfin chaque médecin est responsable personnellement de ces actes (contrat d'assurance professionnel).

## 2. Les données démographiques sociales dans le Calaisis.

La ville de Calais s'étend sur 33 km<sup>2</sup> et compte 74.336 habitants.<sup>19</sup> Le bassin de vie du Calaisis concerné par le secteur de garde comporte les communes de Sangatte, Blériot, Marck, Coulogne, Frethun, Peuplingues et Coquelles et compte environ 102 000 habitants.

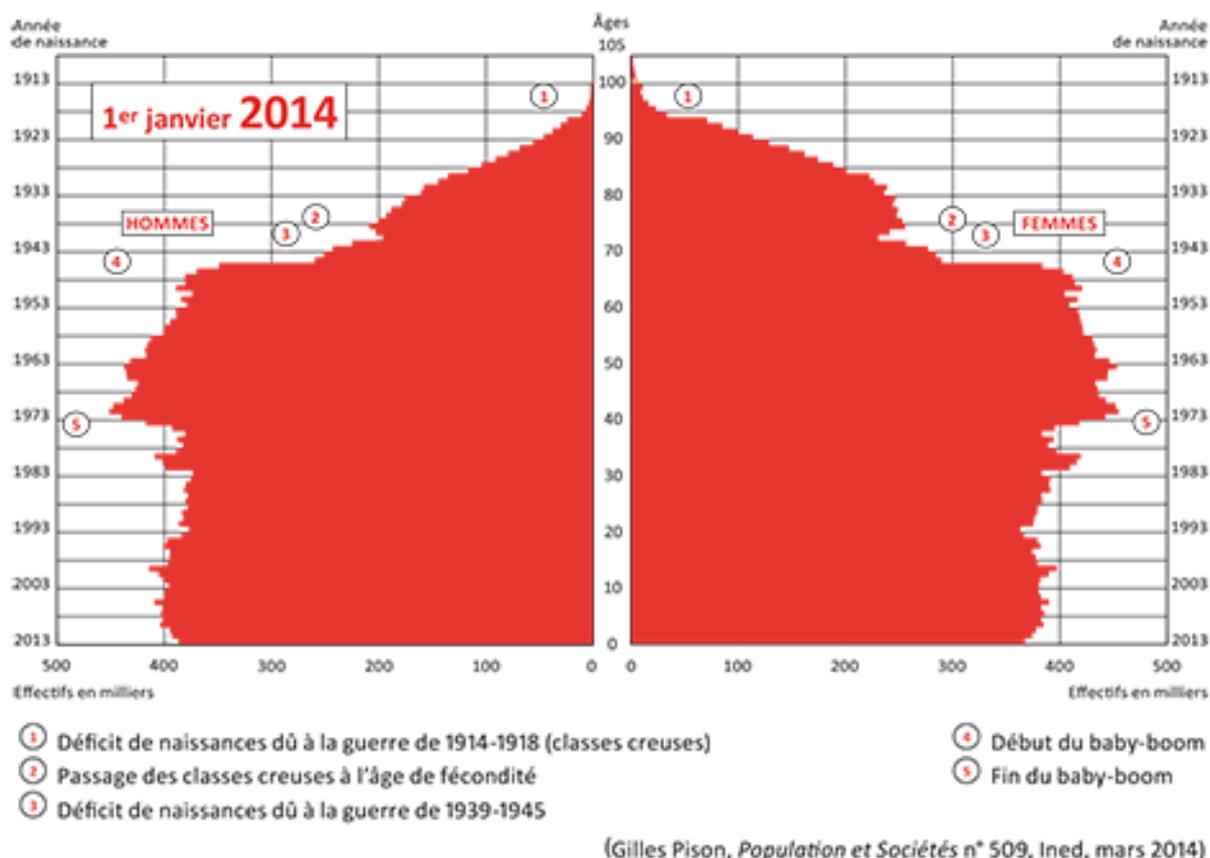
La première donnée démographique à prendre en compte est l'âge.

La pyramide des âges du Calaisis est la suivante :



Sources : Insee, RP1999 et RP2009 exploitations principales.

La pyramide des âges de la population française est la suivante :



20

La population du Calaisis est une population jeune. Le diagramme montre une plus forte densité de la population entre 15 et 29 ans (que l'on peut translater entre 30 et 40 ans en raison de la différence de date de réalisation des 2 documents) qu'entre 40 et 60 ans.

La deuxième donnée à prendre en compte est le niveau de formation de la population.

La population de Calais est peu formée comme en témoigne le tableau ci-dessous. Il en résulte notamment que 36,8% des personnes vivants à Calais ont arrêté leurs études après le brevet des collèges et 69,8% n'ont pas décroché leur baccalauréat<sup>21</sup>. En

conséquence le taux de chômage y est extrêmement important : 24,1 % de chômage dans la population de Calais âgée de plus de 15 ans.

Ce taux de chômage culmine à 61,8 % pour les jeunes entre 15 à 24 ans<sup>22</sup>.

	Ensemble	Hommes	Femmes
<b>Population non scolarisée de 15 ans ou plus</b>	<b>51 915</b>	<b>24 070</b>	<b>27 845</b>
Part des titulaires en % :			
- d'aucun diplôme	22,6	20,1	24,7
- du certificat d'études primaires	14,3	10,5	17,5
- du BEPC, brevet des collèges	7,2	6,3	8,0
- d'un CAP ou d'un BEP	27,0	33,0	21,8
- d'un baccalauréat ou d'un brevet professionnel	15,4	16,1	14,7
- d'un diplôme de l'enseignement supérieur court	7,8	7,3	8,3
- d'un diplôme de l'enseignement supérieur long	5,7	6,7	4,9

Source : Insee, RP2009 exploitation principale.

#### POP T6 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle en 2009

	Hommes	Femmes	Part en % de la population âgée de		
			15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou +
<b>Ensemble</b>	<b>27 458</b>	<b>31 093</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Agriculteurs exploitants	6	13	0,0	0,0	0,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	786	423	0,7	3,1	1,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 302	738	0,7	5,6	1,7
Professions intermédiaires	3 183	2 862	5,6	16,6	3,0
Employés	3 589	8 009	17,2	29,7	5,2
Ouvriers	8 252	1 601	13,9	26,2	3,2
Retraités	5 689	8 008	0,0	0,8	75,3
Autres personnes sans activité professionnelle	4 649	9 439	61,8	18,1	10,1

Source : Insee, RP2009 exploitation complémentaire.

La troisième donnée est le niveau de richesse de la population de Calais. 61 % des 42.010 foyers fiscaux ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu. L'impôt sur le revenu moyen des foyers fiscaux calaisiens était de 504 euros en 2009.

## REV T1 - Impôts sur le revenu des foyers fiscaux

	2009	2008(1)	2007(1)	2006(1)
<b>Ensemble des foyers fiscaux</b>	<b>42 010</b>	<b>42 381</b>	<b>42 404</b>	<b>42 171</b>
Revenu net déclaré (K Euros)	673 563	694 151	682 046	681 343
Revenu net déclaré moyen (Euros)	16 033	16 379	16 084	16 157
Impôt moyen (Euros)	504	454	526	545
<b>Foyers fiscaux imposables</b>	<b>16 400</b>	<b>16 773</b>	<b>17 388</b>	<b>17 084</b>
Proportion en %	39,0	39,6	41,0	40,5
Revenu net déclaré (K Euros)	462 812	479 291	475 223	472 093
Revenu net déclaré moyen (Euros)	28 220	28 575	27 330	27 634
<b>Foyers fiscaux non imposables</b>	<b>25 610</b>	<b>25 608</b>	<b>25 016</b>	<b>25 087</b>
Proportion en %	61,0	60,4	59,0	59,5
Revenu net déclaré (en K Euros)	210 751	214 860	206 824	209 250
Revenu net déclaré moyen (Euros)	8 229	8 390	8 268	8 341

(1) : les valeurs des années antérieures à 2009 sont exprimées en euros constants de 2009.

Source : DGFIP, Impôt sur le revenu des personnes physiques.

En ce qui concerne la couverture sociale des habitants du Calaisis, l'ARS<sup>23</sup> nous a fourni les chiffres suivants :

Ville	Pourcentage de bénéficiaires de la CMU Complémentaire	Pourcentage de bénéficiaires de la CMU de base
<b>Dunkerque</b>	<b>11,7</b>	<b>7,6</b>
Ville	Pourcentage de bénéficiaires de la CMU Complémentaire	Pourcentage de bénéficiaires de la CMU de base
<b>Calais</b>	<b>18,4</b>	<b>11,4</b>
<b>Coquelles</b>	<b>3,3</b>	<b>2,0</b>
<b>Coulogne</b>	<b>4,3</b>	<b>1,7</b>
<b>Fréthun</b>	<b>4,3</b>	<b>1,3</b>
<b>Marck</b>	<b>7,0</b>	<b>3,2</b>
<b>Peuplingues</b>	<b>5,2</b>	<b>2,0</b>
<b>Sangatte (*)</b>	<b>5,2</b>	<b>2,2</b>
<b>Total pour ces villes</b>	<b>15,5</b>	<b>9,4</b>

Il résulte de ces chiffres :

- que le nombre de personnes bénéficiant de la CMU dans le Calaisis est de 18,4%. Ce nombre est inférieur de 6,7 points pour la Ville de DUNKERQUE,
- que le bassin de population concerné par le secteur de garde comporte 15,5 % de CMU complémentaires (CMUc).

Au niveau national, le nombre de personnes bénéficiant de la CMUc est de 6,8 % de la population totale.

### **3. Les données démographiques médicales dans le Calaisis.**

La région Nord Pas-de-Calais, avec une densité moyenne de 140,1 médecins généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants, se situe légèrement au dessus de la moyenne nationale qui elle est de 139,2. Toutefois le département du Pas-de-Calais est en dessous de cette moyenne avec une densité de 128,4 médecins généralistes pour 100.000 habitants et est donc considéré comme un département à faible densité médicale<sup>24</sup>.

La même disparité existe en ce qui concerne les spécialistes médicaux en activité régulière.

Au niveau local, la ville de Calais est également en dessous de la moyenne.

Il est possible de calculer la densité médicale de la ville, en rapportant son nombre de médecins généralistes en activité (75<sup>25</sup>) sur la population municipale intramuros (74.336). On obtient alors une densité médicale pour la Ville de Calais de 100,9 médecins

généralistes en activité pour 100.000 habitants, soit encore moins que la moyenne départementale.

Cette densité risque de ne pas s'améliorer eu égard au vieillissement de la population des médecins de Calais<sup>26</sup> et au faible attrait de la région auprès des jeunes médecins.

### **C. Le contexte bibliographique**

Plusieurs thèses ont pour objet la permanence d'accès aux soins.

Une des plus récentes a été réalisée à LILLE (NORD) en 2013. Elle aborde la question de la permanence de l'accès aux soins sous un angle géographique (la localisation des maisons médicales de gardes) et sous un angle psychologique (la perception qu'ont les internes de ces maisons médicales)<sup>27</sup>.

D'autres travaux présentent un aspect purement descriptif : organisation et de l'interaction entre les différents services de soins non programmés (urgences, PAC..) dans la région de l'Eure<sup>28</sup>.

Mais aucune étude n'a été réalisée sous un angle épidémiologique des consultations dans les maisons médicales de garde.

Le recensement de motifs de consultation en ville les plus fréquents en médecine générale a été réalisé jusqu'en 2009 par l'observatoire de médecine générale<sup>29</sup>.

Voici les 25 motifs de consultation les plus fréquents :

✦ TOP 25 / Les diagnostics les plus fréquents

		Patients	Actes
TRANCHE D'AGE <input type="button" value="TOUTES"/>		<b>Classement des 50 RC les plus fréquents</b> par actes pour tous les patients de 10 à 19 ans pour l'année 2009	
SEXE <input type="button" value="LES DEUX (CUMUL)"/>			
<input type="button" value="VALIDER"/>			
Rang	Résultat de consultation	Nombre d'actes	Pourcentage
1	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	3702	19.49
2	ETAT FEBRILE	2442	12.86
3	VACCINATION	1908	10.05
4	RHINOPHARYNGITE - RHUME	1453	7.65
5	ETAT MORBIDE AFEBRILE	1397	7.36
6	CONTRACEPTION	636	3.35
7	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	592	3.12
8	RHINITE	489	2.57
9	ASTHME	421	2.22
10	ACNE	415	2.19
11	CONTUSION	396	2.09
12	DIARRHEE - NAUSEE - VOMISSEMENT	383	2.02
13	ARTHROPATHIE - PERIARTHROPATHIE	370	1.95
14	PLAINTTE ABDOMINALE	353	1.86
15	ENTORSE	352	1.85
16	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	330	1.74
17	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	328	1.73
18	LOMBALGIE	272	1.43
19	ANOMALIE POSTURALE	270	1.42
20	OTITE MOYENNE	262	1.38
21	TOUX	254	1.34
22	DERMATOSE	239	1.26
23	ECZEMA	199	1.05
24	CYSTITE - CYSTALGIE	197	1.04
25	ANXIETE - ANGOISSE	195	1.03

Peu d'autres travaux épidémiologiques, que ce soit en cabinet de ville ou dans des maisons médicales de garde, ont été réalisés. La cause principale est l'absence de comparabilité des données.

En effet, chaque médecin généraliste, même informatisé, travaille de façon personnelle et les données diagnostiques qu'il remplit sont non récupérables et non comparables d'un médecin à l'autre.

Pour que ces données soient comparables et comparées il faudrait que chaque médecin utilise un dictionnaire commun de résultats de consultation comme la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé, plus communément appelée CIM-10.

Il s'agit d'une liste de classifications médicales codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Cette liste contient 14.400 codes différents et permet de classer de nombreux diagnostics. Elle comporte également des sous-classifications facultatives, le nombre de codes existant est de 16 000.

Elle a été créée en 1983 et modifiée en 1990 (pour la 10ème fois).

La prochaine révision est prévue en 2017.

La CIM-10 sépare, par le biais d'une lettre, les grands systèmes.

Chapitre	Bloc	Titre
I	A00–B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires
II	C00–D48	Tumeurs
III	D50–D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
IV	E00–E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
V	F00–F99	Troubles mentaux et du comportement
VI	G00–G99	Maladies du système nerveux
VII	H00–H59	Maladies de l'œil et de ses annexes
VIII	H60–H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
IX	I00–I99	Maladies de l'appareil circulatoire
X	J00–J99	Maladies de l'appareil respiratoire
XI	K00–K93	Maladies de l'appareil digestif
XII	L00–L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
XIII	M00–M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
XIV	N00–N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire
XV	O00–O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité
XVI	P00–P96	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
XVII	Q00–Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
XVIII	R00–R99	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
XIX	S00–T98	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
XX	V01–Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité
XXI	Z00–Z99	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
XXII	U00–U99	Codes d'utilisation particulière

Chaque grand système est séparé en diagnostic par 2 chiffres ; diagnostic lui-même précisé par un dernier chiffre.

#### **(I05-I09) Cardiopathies rhumatismales chroniques** [ modifier | modifier le code ]

---

- (I05) Maladies rhumatismales de la **valvule mitrale**
  - (I05.0) **Sténose mitrale**
  - (I05.1) **Insuffisance mitrale** rhumatismale
  - (I05.2) **Sténose mitrale** avec insuffisance ou régurgitation
  - (I05.8) Autres maladies de la **valvule mitrale**
  - (I05.9) Maladie de la **valvule mitrale**, sans précision
- (I06) Maladies rhumatismales de la **valvule aortique**
  - (I06.0) **Sténose aortique** rhumatismale
  - (I06.1) Insuffisance aortique rhumatismale
  - (I06.2) **Sténose aortique** rhumatismale avec insuffisance ou reflux
  - (I06.8) Autres maladies rhumatismales de la **valvule aortique**
  - (I06.9) Maladie rhumatismale de la **valvule aortique**, sans précision
- (I07) Maladies rhumatismales de la **valvule tricuspide**
  - (I07.0) **Sténose tricuspide** (rhumatismale)
  - (I07.1) **Insuffisance tricuspide** (rhumatismale)
  - (I07.2) **Sténose tricuspidienn**e avec insuffisance
  - (I07.8) Autres maladies de la **valvule tricuspide**
  - (I07.9) Maladie de la **valvule tricuspide**, sans précision
- (I08) Maladies de plusieurs valvules ; à l'exclusion de **endocardite**
  - (I08.0) Atteintes des **valvules mitrale** et **aortique** précisées ou non d'origine rhumatismale
  - (I08.1) Atteintes des **valvules mitrale** et **tricuspide**
  - (I08.2) Atteintes des **valvules aortique** et **tricuspide**
  - (I08.3) Atteintes des **valvules mitrale**, **valvules aortique** et **tricuspide**
  - (I08.8) Autres maladies valvulaires multiples
  - (I08.9) Maladie de plusieurs **valvules**, sans précision
- (I09) Autres cardiopathies rhumatismales
  - (I09.0) **Myocardite** rhumatismale
  - (I09.1) **Endocardite** rhumatismale, valvule non précisée
  - (I09.2) **Péricardite** rhumatismale chronique : adhérence du **péricarde**, rhumatismale, médiastino-péricardite rhumatismale chronique,
  - (I09.8) Autres cardiopathies rhumatismales précisées : maladie rhumatismale de la **valvule pulmonaire**
  - (I09.9) Cardiopathie rhumatismale, sans précision : cardite rhumatismale, **insuffisance cardiaque** rhumatismale.

## **D. Problématique :**

La création de nouvelles maisons médicales de garde dans les années à venir est sans conteste une solution à la permanence d'accès aux soins.

A l'heure actuelle il n'y a pas assez de retours sur le fonctionnement et les bénéfices de ces maisons médicales de garde.

L'objectif de cette étude est de décrire les consultations ainsi que les consultants ayant recours à la maison médicale de garde de Calais pour, à l'avenir, optimiser les fonctionnements des maisons médicales de gardes autant au niveau logistique qu'au niveau économique.

## II. Méthode

Cette enquête épidémiologique transversale a été réalisée à la maison médicale de garde de Calais du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Un questionnaire sur lequel étaient recueillis le jour de consultation, la commune d'origine, l'âge, le sexe, le motif de consultation, la couverture sociale, le diagnostic et l'orientation post-consultation retenue par les médecins généralistes qui étaient présents pour assurer cette garde. Le diagnostic était assimilé à la CIM-10 pour les rendre comparables. Ce questionnaire était rempli durant le temps de la consultation.

Les médecins étaient répartis sur le tableau de garde par un médecin référent qui utilisait simplement l'ordre alphabétique des noms de famille des médecins du Calaisis. Plusieurs médecins généralistes ont contribué à établir ce recueil de données.

Le critère d'inclusion est « tout patient consultant à la maison médicale de garde » du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

L'analyse des données a été réalisée sur le logiciel R, version 3.2.0 (Copyright (C) 2013 The R Foundation for Statistical Computing).

Dans un premier temps, une analyse statistique descriptive de toutes les variables a été réalisée. La variable quantitative a été décrite par sa moyenne et son écart-type. Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et le pourcentage de leurs modalités.

Nous avons réalisé ensuite des analyses statistiques bivariées pour choisir les variables à intégrer dans le modèle. Des tests de chi<sup>2</sup> ont été réalisés pour comparer des

variables qualitatives (lorsque tous les effectifs théoriques étaient supérieurs ou égaux à 5) et des tests de Student pour comparer des variables qualitatives et quantitatives (lorsque la taille des groupes était supérieure ou égale à 25). Le seuil de sélection des variables choisi était de 0,02 (ce qui nous permettait d'exclure uniquement les variables très peu significatives. D'autres variables étaient choisies des critères bibliographiques.

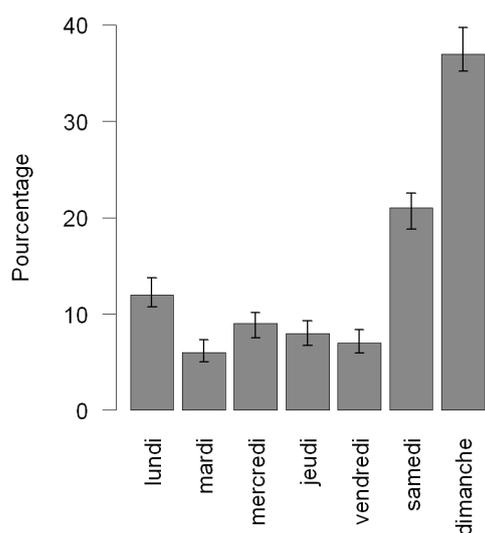
Enfin, pour répondre à l'objectif principal de l'étude, nous avons réalisé un modèle multivarié. La variable à expliquer étant binaire (orientation), il s'agissait d'une régression logistique. Plusieurs médecins ont rempli les questionnaires et nous avons fait l'hypothèse que les patients d'un même médecin se ressemblaient un peu entre eux. Pour prendre cet effet « centre », nous avons choisi de faire un modèle mixte, en mettant l'effet aléatoire sur la variable d'identification du médecin.

Pour tous ces tests, le risque alpha de première espèce choisi était de 0,05.

### III. Résultats

#### A. Analyse descriptive.

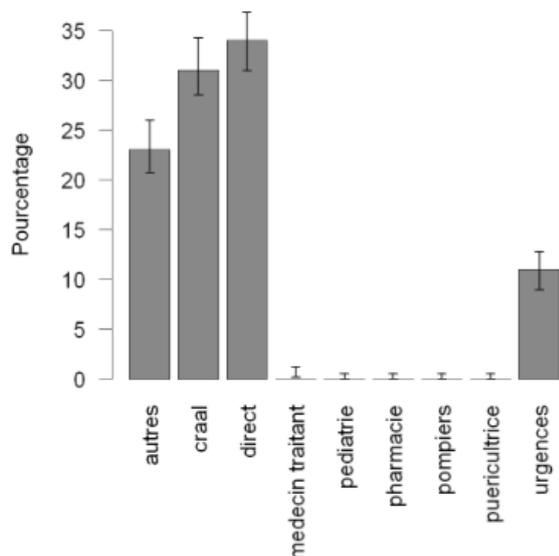
Sur l'année 2013, 1852 consultations ont été enregistrées. Elles se répartissent suivant les jours de la semaine de la façon suivante : 678 consultations les dimanches soit 38 %, 373 les samedis soit 21 % et, de 110 à 220 consultations les jours de la semaine avec un maximum les lundis et minimum les mardis. A noter que 42 valeurs étaient manquantes.



	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>lundi</b>	220	12	[10.7-13.77]
<b>mardi</b>	110	6	[5.04-7.3]
<b>mercredi</b>	158	9	[7.49-10.15]
<b>jeudi</b>	143	8	[6.72-9.26]
<b>vendredi</b>	128	7	[5.95-8.38]
<b>samedi</b>	373	21	[18.78-22.56]
<b>dimanche</b>	678	37	[35.23-39.74]
<b>Total valides</b>	1810	100	-
<b>Manquante</b>	42	-	-

En ce qui concerne la provenance des patients, 351 se sont présentés directement à la maison médicale soit 34 % de l'effectif global. Trois cent vingt-cinq ont appelé le CRAAL et ont ensuite été orientés vers la maison médicale de garde soit 31 %. Cent onze ont été réorientés depuis le service d'accueil des urgences soit 11%.

Pour cette variable, 815 valeurs étaient manquantes.



### provenance

provenance : provenance

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
autres	241	23	[20.72-25.96]
craal	325	31	[28.54-34.28]
direct	351	34	[30.98-36.83]
medecin traitant	5	0	[0.18-1.19]
pediatrie	1	0	[0-0.54]
pharmacie	1	0	[0-0.54]
pompiers	1	0	[0-0.54]
puericultrice	1	0	[0-0.54]
urgences	111	11	[8.92-12.78]
<b>Total.valides</b>	1037	100	-
<b>Manquante</b>	815	-	-

La ville d'origine des patients les plus fréquemment reçus en consultation est Calais avec 1339 consultations soit 77 % des consultants. Viennent ensuite Marck, Coulogne et Blériot avec respectivement 106 (6 %), 53 (3 %) et 31 (2 %). Il y avait 60 villes ou pays de provenances différentes. Pour cet item, cent-quatre données étaient manquantes.

## ville

ville : ville

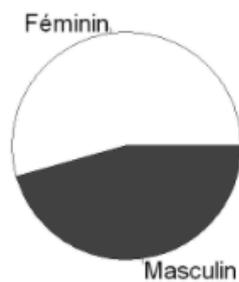
	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %			
				campagne-les-guines	1	0 [0-0.32]
ailvange	1	0	[0-0.32]	coquelles	12	1 [0.37-1.23]
Allemagne	1	0	[0-0.32]	coulogne	53	3 [2.3-3.98]
allenes les marais	1	0	[0-0.32]	dunkerque	1	0 [0-0.32]
alquines	1	0	[0-0.32]	ferques	2	0 [0.01-0.41]
amiens	1	0	[0-0.32]	frethun	8	0 [0.21-0.94]
andres	1	0	[0-0.32]	grand-fort-philippe	3	0 [0.04-0.5]
ardres	5	0	[0.11-0.71]	Gravelines	2	0 [0.01-0.41]
auchel	1	0	[0-0.32]	guemps	6	0 [0.14-0.79]
audrehem	1	0	[0-0.32]	guines	13	1 [0.41-1.3]
audruicq	10	1	[0.29-1.09]	hames-boucre	4	0 [0.06-0.58]
balinghem	1	0	[0-0.32]	hardinghm	1	0 [0-0.32]
belgique	1	0	[0-0.32]	hem-les-guines	1	0 [0-0.32]
bethune	3	0	[0.04-0.5]	hervelinghem	1	0 [0-0.32]
bleriot	31	2	[1.23-2.54]	hirson	1	0 [0-0.32]
bois en ardre	2	0	[0.01-0.41]	iwui	1	0 [0-0.32]
Bonningues-les-calais	2	0	[0.01-0.41]	lacouture	1	0 [0-0.32]
boulogne sur mer	2	0	[0.01-0.41]	lamoquette	1	0 [0-0.32]
bourbourg	2	0	[0.01-0.41]	landrethun-les-ardres	1	0 [0-0.32]
bourrant	1	0	[0-0.32]	le-havre	1	0 [0-0.32]
bremes-les-ardres	2	0	[0.01-0.41]	lens	1	0 [0-0.32]
bretagne	1	0	[0-0.32]	les-attaques	6	0 [0.14-0.79]
brotagne	1	0	[0-0.32]	les-pieux	1	0 [0-0.32]
caffiers	1	0	[0-0.32]	licques	1	0 [0-0.32]
calais	1339	77	[74.53-78.55]	lille	7	0 [0.18-0.86]
cambrai	1	0	[0-0.32]	lyon	1	0 [0-0.32]
				marck	106	6 [5.01-7.31]
				marquise	1	0 [0-0.32]
				montmedy	2	0 [0.01-0.41]
morlaix	1	0	[0-0.32]			
nancy	1	0	[0-0.32]			
nanterre	1	0	[0-0.32]			
nordausques	1	0	[0-0.32]			
northkerque	1	0	[0-0.32]			
offekerque	6	0	[0.14-0.79]			
oignies	1	0	[0-0.32]			
oise	1	0	[0-0.32]			
ostcappel	1	0	[0-0.32]			
oye-plage	13	1	[0.41-1.3]			
paris	5	0	[0.11-0.71]	seminghem	1	0 [0-0.32]
perenchies	1	0	[0-0.32]	tarbes	1	0 [0-0.32]
perpignan	1	0	[0-0.32]	templeuve	1	0 [0-0.32]
peuplingues	5	0	[0.11-0.71]	toulouse	1	0 [0-0.32]
polincove	1	0	[0-0.32]	tourcioing	1	0 [0-0.32]
pont-d-ardres	1	0	[0-0.32]	tournehem	2	0 [0.01-0.41]
Portugal	1	0	[0-0.32]	tours	1	0 [0-0.32]
reims	1	0	[0-0.32]	valenciennes	1	0 [0-0.32]
rostoff	1	0	[0-0.32]	vieille église	2	0 [0.01-0.41]
rudelinghem	1	0	[0-0.32]	vielle eglise	1	0 [0-0.32]
ruminghem	1	0	[0-0.32]	villeneuve-d-ascq	1	0 [0-0.32]
saint-folquin	6	0	[0.14-0.79]	wingles	1	0 [0-0.32]
saint-georges-sur-l-aa	1	0	[0-0.32]	wissant	1	0 [0-0.32]
saint-omer-cappel	2	0	[0.01-0.41]	zutkerque	6	0 [0.14-0.79]
saintinglevert	1	0	[0-0.32]			
saint omer	1	0	[0-0.32]			
SAINT TRICAT	2	0	[0.01-0.41]			
sangatte	14	1	[0.46-1.38]	Total.valides	1748	100 -
savoie	1	0	[0-0.32]	Manquante	104	- -

Les consultants étaient composés à 54 % de femmes soit 943 individus et 46 % d'homme soit 793 personnes. Cent dix-sept données étaient manquantes.

### sexe

sexe : sexe

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Féminin</b>	943	54	[51.97-56.71]
<b>Masculin</b>	792	46	[43.29-48.03]
<b>Total.valides</b>	1735	100	-
<b>Manquante</b>	117	-	-

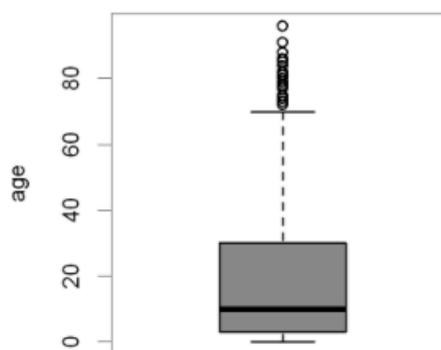
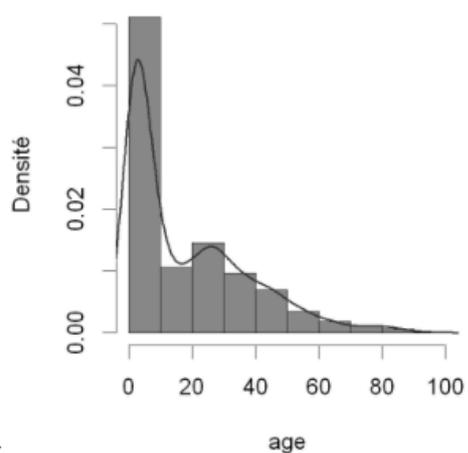


L'analyse statistique sur l'âge des patients consultants a été réalisée sur 1707 valeurs, 145 données manquaient. L'âge moyen était de 18 ans et 2 mois environ, l'écart type était de 19 ans et 48 jours. Le plus jeune patient avait 15 jours et le plus vieux 96 ans. La médiane était de 10 ans.

## age

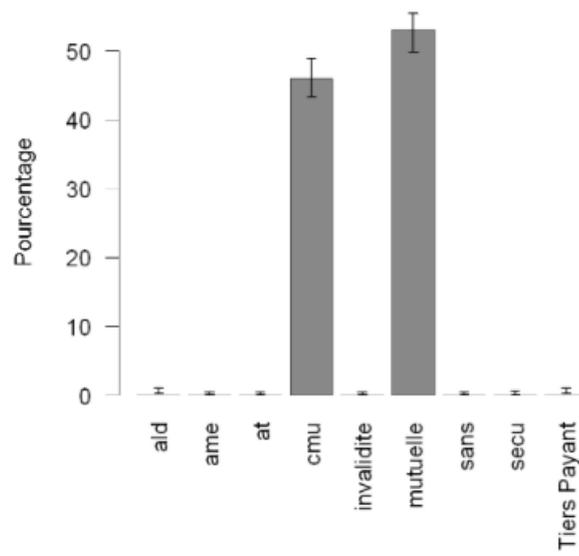
age : age

	valeur
Effectif	1707
Moyenne	18.18
Ecart type	19.134
IC 95%	[17.271 ; 19.088]
Minimum	0.042
Quartile 1	3
Mediane	10
Quartile 3	30
Maximum	96
Manquante	145



La couverture sociale des patients consultants se répartit de la façon suivante :

- 581 patients bénéficient de la CMU soit 46 %,
- 664 patients ont une mutuelle privée soit 53 %
- 16 patients soit 1 % des consultants sont en ALD, ou invalide, AME, etc...

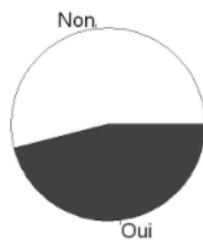


◇

## CMU

cmu : CMU

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
<b>Non</b>	680	54	[51.13-56.7]
<b>Oui</b>	581	46	[43.3-48.87]
<b>Total.valides</b>	1261	100	-
<b>Manquante</b>	591	-	-



## mutuelle

mutuelle : mutuelle

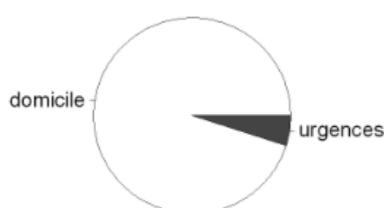
	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
ald	5	0	[0.15-0.98]
ame	1	0	[0-0.44]
at	1	0	[0-0.44]
cmu	581	46	[43.3-48.87]
invalidite	1	0	[0-0.44]
mutuelle	664	53	[49.86-55.44]
sans	1	0	[0-0.44]
secu	2	0	[0.02-0.57]
Tiers Payant	5	0	[0.15-0.98]
Total.valides	1261	100	-
Manquante	591	-	-

Sur ces 1852 patients, 1686 ont été orientés à domicile soit 95 % et 88 au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Calais soit 5 %.

## orientation

orientation : orientation

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
domicile	1686	95	[93.9-95.98]
urgences	88	5	[4.02-6.1]
Total.valides	1774	100	-
Manquante	78	-	-



Terminons cette analyse descriptive par les diagnostics posés par les différents médecins. Une fois confrontés et rapportés à la CIM-10, 115 diagnostics ont été posés. Les diagnostics les plus fréquents étaient :

- angine avec 215 personnes soit 12 %,
- rhinopharyngite avec 150 personnes soit 9 %,

-bronchite avec 130 diagnostics soit 7 %.

-otite moyenne aiguë avec 114 patients soit 6 %

-état fébrile avec 104 patients soit 6 %,

-45 % des consultations se sont vues poser un autre diagnostic que les 10 motifs les plus fréquemment posés.

Cent quatorze données étaient manquantes.

La liste des exhaustives des diagnostics est présentée en annexe.

## B. Analyse bivariée

Dans un premier temps nous avons comparé le sexe des individus consultants et leur orientation vers les urgences ou à domicile. 907 femmes ont consulté contre 755 hommes. Sur ces individus, 44 femmes ont été adressées aux urgences contre 39 hommes soit respectivement 4,85 % et 5,17%. Le test de CHI2 montre qu'il n'existait pas de différence significative entre l'orientation des hommes ou des femmes aux urgences ( $p = 0,77$ ).

### orientation ~ sexe

**orientation** : orientation

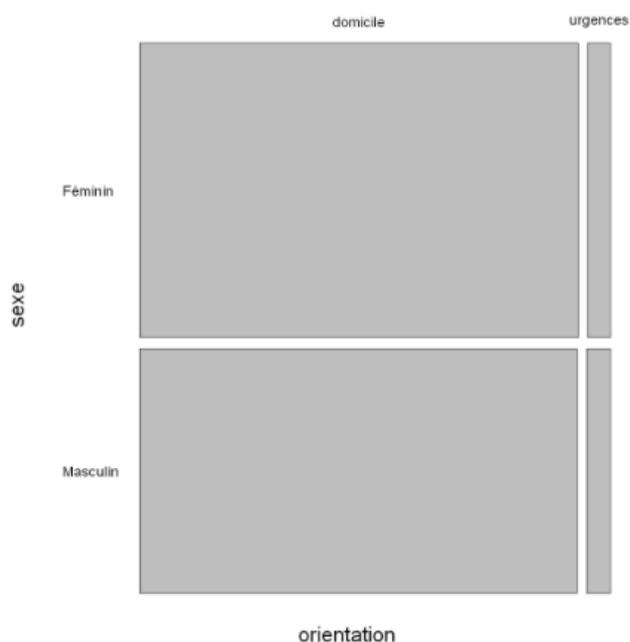
**sexe** : sexe

**Colonnes** : orientation

**lignes** : sexe

	domicile	urgences	Total
Féminin	863 (95.15%)	44 (4.85%)	907
Masculin	716 (94.83%)	39 (5.17%)	755
Total	1579	83	1662

test du chi2 :  $p = 0.77$



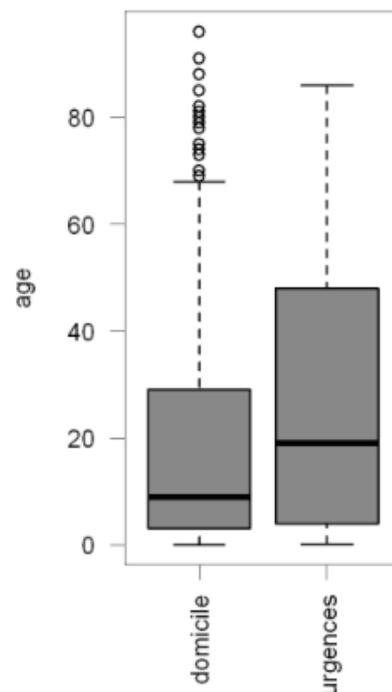
L'âge moyen des gens envoyés vers les urgences était de 28,698 années. L'écart type était de 27.607 années. Pour les consultants renvoyés à domicile, l'âge moyen était de 17,879 ans et l'écart type était de 18,615 ans. Le test de student attestait de la significativité statistique de cette différence avec une p-value très inférieure au seuil fixé ( $p = 6,8 \times 10^{-7}$ ).

### orientation ~ age

**orientation** : orientation  
**age** : age

	domicile	urgences
<b>Effectif</b>	1571	82
<b>Moyenne</b>	17.879	28.698
<b>Ecart.type</b>	18.615	27.607
<b>Minimum</b>	0.042	0.083
<b>Mediane</b>	9	19
<b>Maximum</b>	96	86

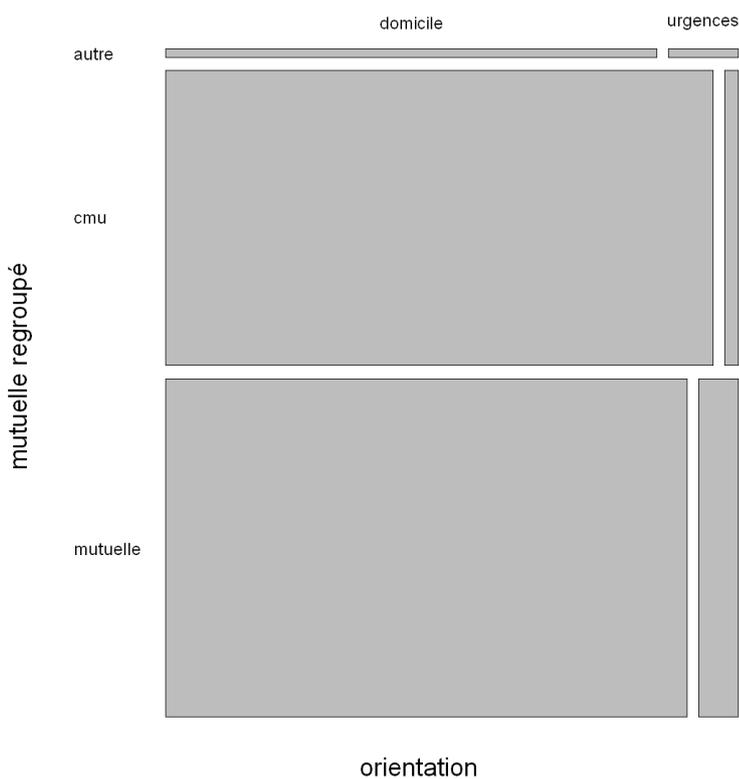
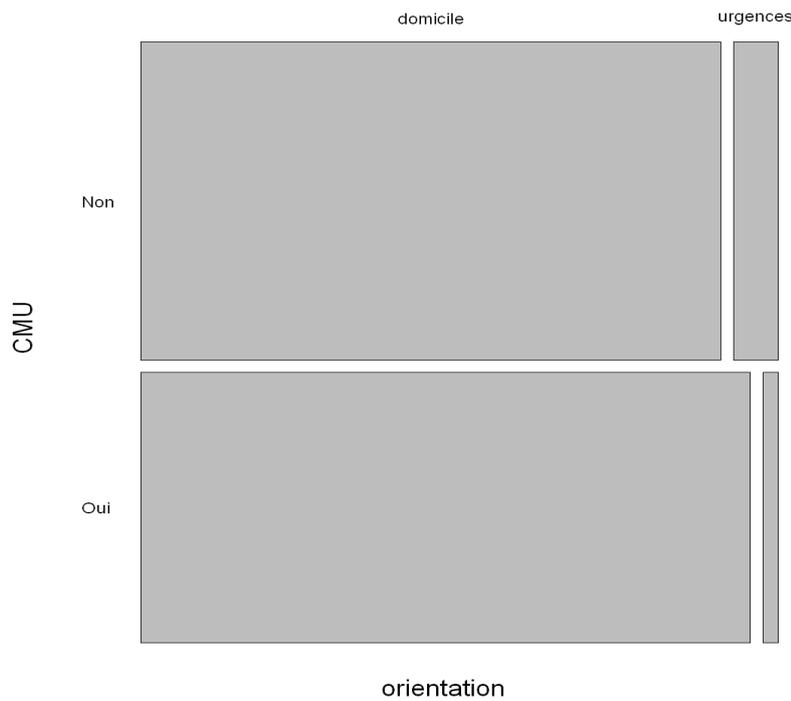
Test de Student :  $p = 6.8e-07$



Pour terminer ces analyses bivariées, nous avons comparé l'orientation avec le type de mutuelle.

Sur les 569 patients consultants ayant la CMU, 14 ont été envoyés aux urgences soit 2,46 %.

Sur les 669 patients consultants ayant une mutuelle d'un autre type, mutuelle privée pour l'essentiel, 48 ont été orientés vers les urgences soit 7,17 %. La comparaison de ces deux variables montre que la différence était significative ( $p = 0,000151$ ).



**orientation ~ CMU**

**orientation** : orientation  
**cmu** : CMU

**Colonnes** : orientation  
**lignes** : CMU

	domicile	urgences	Total
<b>Non</b>	621 (92.83%)	48 (7.17%)	669
<b>Oui</b>	555 (97.54%)	14 (2.46%)	569
<b>Total</b>	1176	62	1238

test du chi2 : **p = 0.000151**

En comparant le pourcentage de CMU dans la population de consultant à la maison médicale (46 %) au pourcentage de CMU (15,5 %) dans toute votre population cible (soit la population du Calaisis) avec un test du chi2, nous retrouvons un test très significatif, avec un  $p = 1,07.10^{-209}$ .

## C. Analyse multivariée

Pour terminer, l'analyse multivariée permettait de déterminer le type d'orientation (urgences ou domicile) du patient en fonction de plusieurs variables explicatives. Cette régression logistique mixte permettait de réaliser un ajustement sur les variables explicatives du modèle, et ainsi de s'affranchir de la l'interférence que pourraient avoir certaines d'entre elles. L'effet aléatoire sur le médecin introduit dans le modèle mixte permettait de prendre en compte l' « effet centre » lié au médecin.

Les variables sélectionnées pour être incluses dans le modèle étaient :

- Le sexe (non significatif, mais facteur de confusion potentiel dans la littérature) ;
- L'âge ( $p < 0,01$  et facteur de confusion potentiel dans la littérature) ;
- La couverture sociale ( $p < 0,01$ ).

À âge et couverture sociale constants par ailleurs, le sexe n'était pas un facteur influençant l'orientation future du patient de façon significative : OR = 0,956, IC à 95% {0,5266 ; 1,7354},  $p = 0,8823$ .

En revanche, à sexe et couverture sociale constants par ailleurs, l'âge influençait l'orientation future du patient de façon significative. En effet, pour chaque année supplémentaire, une personne avait en moyenne 1,03 fois plus de chances d'être orientée vers les urgences, plutôt que d'être envoyée à domicile : OR = 1,0278, IC à 95 % {1,0148 ; 1,0409},  $p = 2,39 \times 10^{-5}$ .

Enfin, à âge et sexe constants par ailleurs, la couverture sociale n'influçait pas l'orientation future du patient de façon significative : OR = 0,5037, IC à 95 % {0,2468 ; 1,0279},  $p = 0,059$ .

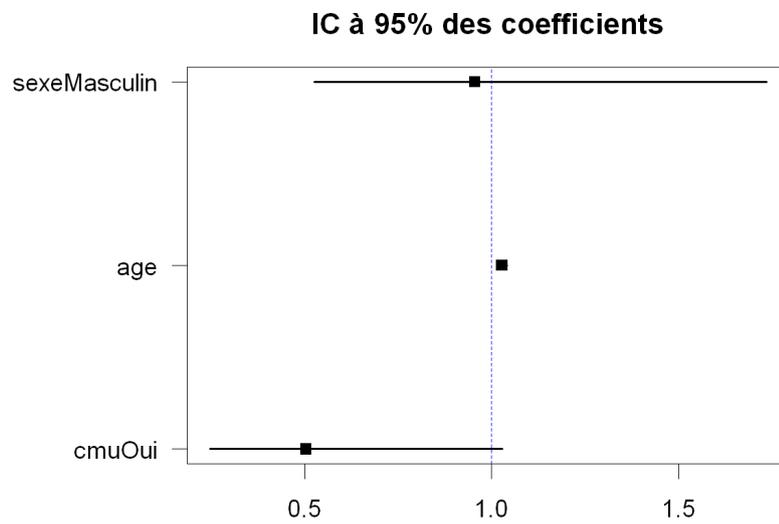
# Statistiques multivariées

## Régression logistique mixte

### Déterminants du type de substitution

orientation ~ sexe + age + cmu

	Coefficients	ICinf	ICsup	p.Value
<b>sexeMasculin</b>	0.956	0.5266	1.7354	0.882343504108389
<b>age</b>	1.0278	1.0148	1.0409	2.39348967063876e-05
<b>cmuOui</b>	0.5037	0.2468	1.0279	0.0595239534578801



## **IV. DISCUSSION**

### **A. Synthèse des résultats**

Durant l'année 2013, 1.852 consultations ont été répertoriées par les médecins de Calais, savoir :

- 943 personnes de sexe féminin, soit 54 %,
- 793 personnes de sexe masculin, soit 46 %.

L'âge moyen des patients consultants était de 18 ans et 2 mois environ.

La couverture sociale des patients consultants se répartissait de la façon suivante :

- 581 patients bénéficient de la CMU soit 46 %,
- 664 patients ont une mutuelle privée soit 53 %.

Les diagnostics les plus fréquemment posés sont les suivants :

- 215 angines, soit 12 %,
- 150 rhinopharyngites, soit 9%,
- 130 bronchites, soit 7 %,
- 114 otites moyenne aiguë avec 114 patients, soit 6 %,
- 104 états fébriles, soit 6 %.

45 % des autres consultations se sont vues poser un autre diagnostic que les 10 motifs ci-dessus.

## **B. Discussion des résultats de l'analyse univariée :**

### **1. Comparaison des résultats des diagnostics à ceux de l'observatoire de médecine générale**

#### **Première observation :**

Si nous comparons ces résultats à ceux obtenus par l'observatoire de médecine générale durant l'année 2009, les cinq diagnostics précités se situent tous dans les vingt les plus fréquemment retrouvés en médecine générale, à l'exception de la bronchite aiguë.

Nous pourrions même élargir cette analyse aux dix premiers diagnostics rencontrés à la maison médicale de garde pour voir que seules la bronchite et l'anomalie dentaire ne sont pas retrouvées dans l'analyse de 2009.

Notamment, en ce qui concerne l'anomalie dentaire, du fait qu'il n'existe pas de service d'urgence dentaire aux heures concernées par ces gardes, sauf le dimanche matin de 10 h à 12 h. Les patients victimes d'abcès dentaires se tournent donc vers la maison médicale de garde.

#### **Deuxième observation :**

Dans les dix premiers diagnostics de l'analyse épidémiologique de l'observatoire de médecine générale, seuls cinq ne sont pas présents dans ceux retrouvés à la maison médicale de garde de Calais :

- prévention, examens systématiques,
- vaccination,
- état morbide afébrile (que l'on peut apparenter aux renouvellements),
- asthme,
- acné.

Ces résultats témoignent du caractère strictement aigu des pathologies rencontrées à la maison médicale de garde de Calais mais aussi de la similitude des pathologies aiguës rencontrées en médecine de ville.

Le suivi des maladies chroniques, tel que le suivi des enfants, est, quant à lui, absent des diagnostics les plus fréquemment rencontrés à la maison médicale de garde de Calais.

## **2. Etude du nombre de consultation, de la provenance et de l'orientation des patients**

### **En ce qui concerne le nombre de consultations :**

Sur les 1.852 patients ayant été répertoriées :

- 1.560 résident dans le secteur de « compétence » de la maison médicale de garde, soit 89%,
- 17 ne viennent pas de la région Nord-Pas de Calais.

La maison médicale est donc un moyen de consulter à Calais, étant en outre préciser que de nombreux médecins traitant installés refusent de prendre des patients n'appartenant pas à leur patientèle.

Ces 1.852 consultations ont été répertoriées durant 196 périodes de gardes.

Sachant que l'année entière comporte 468 gardes, seules 41 % de ces gardes ont donnés lieu à recueil de donnés.

Si nous rapportons le nombre de consultations répertoriées sur 196 gardes au nombre de gardes effectivement assurées (468), nous aurions 4.422 consultations.

Parmi ces personnes consultantes, 5% seraient orientées vers les urgences, soit 221 d'entre elles.

Les 4.200 autres personnes seraient-elles allées consulter aux urgences médicales de l'hôpital de Calais si la maison médicale de garde n'existait pas ?

#### **En ce qui concerne la provenance des patients :**

- 325 d'entre eux ont appelé le CRAAL et ont ensuite été orientés vers la maison médicale de garde, soit 31 %,
- 351 se sont présentés directement à la maison médicale, soit 34 %,
- 111 ont été réorientés par le service d'accueil des urgences ,soit 11%.

#### **En ce qui concerne l'orientation des patients :**

Dans le département du Pas de Calais, 27% des 83.867 personnes appelants le CRRAL, soit 22.644 personnes se voient prodiguer un conseil médical et ne sont pas réorientés vers un service médical de garde.

Le CRRAL aurait-il d'avantage intérêt à distiller des conseils médicaux téléphoniques plutôt que de réguler les appels téléphoniques ?

La population semble toutefois trouver un intérêt dans la localisation fixe d'un cabinet de consultation de médecine générale et dans l'obtention d'un rendez-vous aux heures de garde.

Ces résultats montrent que, malgré des textes orientés avec une organisation centrée sur le centre de régulation des appels libéraux, les patients préfèrent un conseil direct en colloque singulier avec le médecin plutôt qu'un conseil téléphonique dispensé

par le CRRAL. Si un lieu est identifié et fixe, avec une réponse médicale, le choix du patient sera de consulter. Il est indéniable que le CRRAL a apporté un confort de pratique dans le système de garde pour le médecin. Cependant, est ce le cas pour le patient ?

En offrant une réponse simple et lisible, avec un lieu fixe de consultation et des horaires identiques, la maison médicale semble être une réponse très satisfaisante dans un système de permanence des soins.

## **C. Discussion des résultats de l'analyse bivariée et multivariée**

### **1. Absence de significativité entre sexe et orientation aux urgences**

L'analyse bivariée ne montre pas de lien entre les variables sexe et orientation ( $p=0,77$ ).

En analyse multivariée, la régression logistique mixte nous a permis de confirmer l'absence de différence significative dans l'association entre sexe et orientation aux urgences et cela à âge et à couverture sociale constante : OR = 0,956 {0,5266 ; 1,7354},  $p=0,8823$ .

### **2. Existence d'une significativité entre l'âge et l'orientation aux urgences**

En analyse bivariée, il existe une différence significative entre âge et orientation vers les urgences ou orientation à domicile ( $p=6,8 \times 10^{-7}$ ) : les personnes envoyées aux urgences étant plus âgées de 11 ans environ.

La médiane, mesurée à 9 ans dans le groupe renvoyé à domicile et mesurée à 19 ans dans le groupe envoyé vers les urgences, témoigne de l'extrême jeunesse des consultants. Beaucoup de parents inquiets voient en la maison médicale de garde un lieu d'apaisement. Les motifs de consultation ne constituent pas une urgence médicale mais une urgence ressentie, d'ordre psychologique, pour ces parents sans réponse face à la pathologie de leurs enfants.

Toutefois la significativité de différence est à relativiser. En effet, la population étant si jeune que l'envoi d'une personne âgée aux urgences médicales présente un impact statistique important sur la moyenne de ce groupe.

L'analyse multivariée confirme la différence significative de l'âge et de l'orientation aux urgences à sexe et couverture sociale constante : OR = 1,0278 {1,10148 ; 1,0409},  $p = 2,39 \times 10^{-5}$ ). Néanmoins, la taille d'effet de l'âge sur l'orientation est relativement faible, avec un odds ratio à 1,03.

Pour un an d'écart, le risque d'être orienté vers les urgences n'est que de 1,03 fois plus élevé.

Pour dix ans d'écart, ce risque passe à 1,3 ( $1.03^{10}$ ) et ce n'est qu'à partir de 26 ans d'écart pour un patient à sexe et couverture sociale constants par ailleurs que le risque est multiplié par deux.

### **3. Couverture sociale et orientation aux urgences**

Dans notre échantillon, le pourcentage de personnes bénéficiant de la CMU est de (46 %) alors que le pourcentage de la population concernée par le secteur de garde n'est que de (15,5 %). Il existe donc une différence significative entre ces deux populations ( $p = 1,07 \cdot 10^{-209}$ ).

Est-ce pour des raisons financières que les personnes ne bénéficiant pas de la CMU consultent moins à la maison médicale de garde que les personnes bénéficiant de la CMU ?

La proximité de la maison médicale de garde avec des quartiers peuplés et plus défavorisés que les autres, tel que le quartier du Beaumarais, peut expliquer le nombre plus important de consultants bénéficiant de la CMU.

De plus un médecin ne fera pas payer trois personnes d'une même famille ne bénéficiant pas de la CMU venant pour un même motif, telle qu'une gastro-entérite alors qu'il ferait pour les patients bénéficiant de la CMU, étant donné qu'il n'y a pas d'échange matériel d'argent.

Cela pourrait constituer un biais de recrutement.

L'analyse bivariée montre une différence significative entre couverture sociale de type CMU et orientation vers le service des urgences ( $p=0,000151$ ) : les personnes bénéficiant de la CMU étant plus orientées à domicile qu'au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Calais que les personnes ne bénéficiant pas de la CMU.

L'analyse de ces résultats conduirait à conclure que les patients bénéficiant de la CMU consulteraient pour des motifs moins graves que les personnes ne bénéficiant pas de la CMU. Il convient toutefois de nuancer cette analyse car le paramètre « orientation vers les urgences » ne permet pas de présager de façon certaine du degré de gravité du patient.

De plus, dans le cadre de l'analyse multivariée cette différence significative mise en évidence dans le cadre de l'analyse bivariée (comparaison entre bénéficiaires de la CMU et orientation aux urgences) perd de sa significativité lorsque l'on s'affranchit de l'âge et du sexe des individus : OR = 0,5037 {0,2468 ; 1,0279},  $p = 0,05952$ .

Les patients bénéficiant de la CMU sont plus renvoyés à domicile par rapport à toutes les autres couvertures sociales, mais ceci de façon non significative.

Cette perte de significativité s'explique par l'analyse multivariée qui permet de considérer les patients à âge constant et à sexe constant. L'analyse bivariée prend uniquement en compte les deux facteurs suivants : « type de couverture sociale » et « orientation vers les urgences ». Elle s'affranchit de l'âge qui, nous l'avons vu, est un facteur influençant l'envoi ou non vers les urgences : les gens plus âgés étant plus envoyés vers les urgences. Or la population bénéficiant de la CMU est également plus âgée. Il s'agit donc d'un facteur confondant potentiel en analyse bivariée.

Ces résultats (« p » à la limite de la significativité) permettraient toutefois de dégager une certaine tendance : les patients bénéficiaires de la CMU étant moins orientés vers les urgences, il est possible que le manque de significativité observé soit dû à un manque de puissance (effectif trop faible), plutôt qu'à une absence réelle d'observation.

## **D. Validité des données**

La première étape a été de récolter les diagnostics posés par les médecins généralistes.

Ces diagnostics ont été posés par des médecins qui ne bénéficient d'aucun moyen para cliniques pour les vérifier.

La seconde étape a été ensuite de formater ces diagnostics et de les comparer grâce à la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10).

Ces deux étapes constituent deux sources potentielles d'erreurs diagnostiques.

En outre, il pourrait exister un biais de confusion étant donné que nous avons "recensé" de nombreux patients sans tenir compte d'informations d'ordre médicales (antécédents, traitement). Les sujets étudiés ne l'ont pas été de manière approfondie et des facteurs confondants n'ont donc pas été pris en compte entraînant alors des biais de confusion.

Comme nous l'avons évoqué ci-dessus le recueil des données est composé de 196 feuilles (une feuille correspondant à une garde). Sachant qu'il y a un nombre de neuf gardes par semaine et donc de 468 gardes par an, seuls 41 % des jours de gardes ont été répertoriés sur les feuilles de recueils de données.

## V. CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de faire une synthèse des diagnostics rencontrés par les médecins généralistes à la maison médicale de garde de Calais afin de comprendre l'épidémiologie bien spécifique qu'ils y rencontrent et ainsi, à l'avenir, de pouvoir l'appréhender de manière à répondre de la meilleure façon qu'il soit aux patients.

Ainsi, l'utilité d'une maison médicale dans un bassin de population tel que Calais n'est plus à démontrer.

L'organisation de la permanence des soins a changé ces dix dernières années ; elle s'est structurée autour d'un concept de régulation – effecteurs, avec une régulation centrale et passage « obligé » pour la réponse à un problème de santé ressenti hors horaire d'ouverture des cabinets médicaux. Cependant, la richesse des diagnostics rencontrés et la similitude avec la médecine générale qui a pu être objectivée par cette étude montrent que le patient reste attaché au colloque singulier. Un Français consulte en moyenne 6,9 fois son médecin généraliste par an<sup>30</sup> ce qui montre l'attachement des patients à ce système de premier recours. L'examen clinique, la relation directe médecin-patient restent un élément essentiel à la réponse souhaitée par le patient.

Les textes ont structuré la réponse surtout autour de la conception et des desideratas des médecins, dans un contexte de démographie médicale difficile. Cependant, il serait quand même intéressant de prendre en compte la vision du patient et ses attentes, ce qui serait peut être un élément permettant une réduction de l'accès direct aux urgences, la réponse hospitalière étant le plus souvent inadaptée aux pathologies courantes.

Un lieu unique, fixe avec des horaires identifiés et une présence médicale physique est une réponse qui paraît satisfaisante au patient. L'étude quantitative sur les raisons d'accès à la maison médicale a été réalisée et va dans le même sens.

Cependant, il serait intéressant d'avoir une étude qualitative sur la vision des utilisateurs de la permanence des soins qui permettrait d'avoir une vision de l'importance de la maison médicale de garde dans ce système de soins non programmés.

# BIBLIOGRAPHIE

---

<sup>1</sup> [http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Actualites/Communiqués\\_de\\_pres](http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Actualites/Communiqués_de_pres)

se/DP\_Permanence\_des\_soins\_ambulatoire.pdf.

<sup>2</sup> Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique.

<sup>3</sup> Art. 731 du Code de la santé publique : *"Dans chaque secteur un tableau départemental nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins mentionnés à l'article R. 730 qui sont volontaires pour participer à cette permanence ou par les associations qu'ils constituent à cet effet. Ce tableau est transmis, au plus tard 45 jours avant sa mise en oeuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins qui vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice.*

*Les associations de permanence des soins peuvent participer au dispositif sous réserve d'une transmission préalable au conseil départemental de l'ordre des médecins de la liste nominative des médecins participant à cette permanence. Il en est de même pour les médecins des centres de santé. Dix jours au moins avant sa mise en oeuvre par le conseil départemental, le tableau est transmis au préfet, au SAMU, aux médecins concernés, aux caisses d'assurance maladie ainsi que, sur leur demande, aux organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux représentées au niveau départemental".*

<sup>4</sup> Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

<sup>5</sup> Agence Régionale de la Santé.

<sup>6</sup> Agence Régionale de la Santé.

<sup>7</sup> Article abrogé par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.

<sup>8</sup> <http://lci.tf1.fr/economie/2001-11/medecins-poursuivent-leur-greve-gardes-nuit-4875827.html>.

<sup>9</sup> La lettre hebdomadaire de l'u.n.o.f. n° 90 du 15 novembre 2001.

<sup>10</sup> [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_descours.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf).

<sup>11</sup> JORF n°126 du 1 juin 2005 page 9765 texte n° 29.

<sup>12</sup> <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000534/0000.pdf>.

<sup>13</sup> Identifiée comme mission de service public par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 (loi de financement de la sécurité sociale pour 2007).

<sup>14</sup> CIRCULAIRE N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

---

<sup>15</sup><http://www.drees.sante.gouv.fr/les-passages-aux-urgences-de-1990-a-1998-une-demande-croissante-de-soins-non-programmes,4984.html>.

<sup>16</sup> 03 21 71 33 33.

<sup>17</sup> Annexe PDSA, états des lieux de la permanence des soins au 1 er janvier 2011.

<sup>18</sup> Convention CALUR/CHC 2004.

<sup>19</sup> Chiffres donnés par l'Insee 2009.

<sup>20</sup> Institut national démographique, 2014.

<sup>21</sup> Insee, RP 2009 exploitation principale.

<sup>22</sup> Insee, RP 2009 exploitation complémentaire.

<sup>23</sup> Données transmises sur demande, ARS Nord-Pas-de-Calais.

<sup>24</sup> Démographie des professions de santé, 2011, ARS.

<sup>25</sup> Données CALUR, conseil départemental de l'ordre des médecins du Pas-de-Calais.

<sup>26</sup> Au 31 décembre 2013, 64% des médecins de Calais étaient âgés de plus de 55 ans.

<sup>27</sup> BONNAVE (C.) et ROLFO (R.), Etat des lieux et perception des internes en médecine générale de la permanence des soins dans la région, 2013.

<sup>28</sup> BERNARD (A.), Etat des lieux de la permanence des soins ambulatoires dans le département de l'Eure, 2012.

<sup>29</sup> <http://omg.sfmfg.org/content/donnees/top25.php>.

## ANNEXE :

### diagnostic

dg : diagnostic

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
abces-superficiel	8	0	[0.21-0.94]
abdomen-douloureux-aigu	12	1	[0.37-1.24]
accident-vasculaire-cerebral	1	0	[0-0.32]
adenopathie	4	0	[0.06-0.59]
angine(amygdalite-pharyngite)	215	12	[10.88-14.03]
anorexie-boulimie	3	0	[0.04-0.5]
anxiete-angoisse	18	1	[0.63-1.67]
aphte	7	0	[0.18-0.87]
arthrose	4	0	[0.06-0.59]
artropathie-periarthropathie	2	0	[0.01-0.42]
asthenie-fatigue	8	0	[0.21-0.94]
asthme	13	1	[0.42-1.31]
balano-posthite	3	0	[0.04-0.5]
bronchite-aigue	130	7	[6.31-8.84]
brulure	5	0	[0.11-0.71]
cephalee	6	0	[0.14-0.79]
certaines-maladies-infectieuses-et-parasitaires	29	2	[1.14-2.42]
cervicalgie	9	1	[0.25-1.02]
chalazion	1	0	[0-0.32]
cirrohse du foie	1	0	[0-0.32]
colique-nephretique	2	0	[0.01-0.42]
colique(syndrome)	3	0	[0.04-0.5]
conjonctivite	17	1	[0.59-1.6]
constipation	17	1	[0.59-1.6]
contusion	11	1	[0.33-1.17]

<b>corps-etranger-sous-cutane</b>	3	0	[0.04-0.5]
<b>crampe-musculaire</b>	6	0	[0.14-0.79]
<b>cystite-cystalgie</b>	44	3	[1.87-3.41]
<b>dent</b>	45	3	[1.92-3.48]
<b>depression</b>	5	0	[0.11-0.71]
<b>dermatose</b>	24	1	[0.91-2.08]
<b>diarrhee</b>	35	2	[1.43-2.82]
<b>diarrhee-nausee-vomissement</b>	61	4	[2.72-4.51]
<b>dorsalgie</b>	4	0	[0.06-0.59]
<b>douleur-non-caracteristique</b>	15	1	[0.5-1.45]
<b>dyspnee</b>	10	1	[0.29-1.09]
<b>eczema</b>	3	0	[0.04-0.5]
<b>enrouement</b>	18	1	[0.63-1.67]
<b>entorse</b>	7	0	[0.18-0.87]
<b>epigastralgie</b>	8	0	[0.21-0.94]
<b>epistaxis</b>	2	0	[0.01-0.42]
<b>erysipele</b>	7	0	[0.18-0.87]
<b>erytheme-fessier-nourrisson</b>	8	0	[0.21-0.94]
<b>etat-febrile</b>	104	6	[4.94-7.23]
<b>examens-systematique-et-prevention</b>	3	0	[0.04-0.5]
<b>fracture</b>	1	0	[0-0.32]
<b>furoncle-anthrax</b>	2	0	[0.01-0.42]
<b>gale</b>	16	1	[0.55-1.53]
<b>goutte</b>	1	0	[0-0.32]
<b>hematome-superficiel-eccymose</b>	3	0	[0.04-0.5]
<b>hematurie</b>	2	0	[0.01-0.42]
<b>hemorroide</b>	4	0	[0.06-0.59]
<b>herpes</b>	5	0	[0.11-0.71]
<b>hta</b>	9	1	[0.25-1.02]

humeur-depressive	4	0	[0.06-0.59]
hygroma	1	0	[0-0.32]
iatrogene-effet indesirable d'une therapeutique	6	0	[0.14-0.79]
impetigo	3	0	[0.04-0.5]
insomnie	4	0	[0.06-0.59]
insuffisance-cardiaque	2	0	[0.01-0.42]
intertrigo	1	0	[0-0.32]
lombalgie	28	2	[1.09-2.35]
maladie-de-l'appareil-circulatoire	2	0	[0.01-0.42]
maladie-de-l'appareil-digestif	3	0	[0.04-0.5]
maladie-du-systeme-nerveux	2	0	[0.01-0.42]
maladies-de-l'œil-et-de-ses-annexes	1	0	[0-0.32]
malaise-evanouissement	2	0	[0.01-0.42]
menorragie-metrorragie	1	0	[0-0.32]
migraine	7	0	[0.18-0.87]
morsure-griffure	4	0	[0.06-0.59]
muscle(elongation-dechirure)	3	0	[0.04-0.5]
nausee-vomissement	52	3	[2.26-3.93]
nevralgie-nevrite	5	0	[0.11-0.71]
oedeme-de-quincke	2	0	[0.01-0.42]
oedeme-localise	3	0	[0.04-0.5]
oeil	2	0	[0.01-0.42]
ongle (pathologie-de)	2	0	[0.01-0.42]
otalgie	11	1	[0.33-1.17]
otite-moyenne	112	6	[5.36-7.73]
palpitation-erethisme-cardiaque	2	0	[0.01-0.42]
panaris	1	0	[0-0.32]
phlegmon-de-l'amygdale	3	0	[0.04-0.5]
piqure-d'animal	17	1	[0.59-1.6]

plaie	18	1	[0.63-1.67]
plainte-abdominale	50	3	[2.16-3.81]
pneumopathie-aigue	9	1	[0.25-1.02]
precordialgie	8	0	[0.21-0.94]
prepuce-adherence-phimosi	1	0	[0-0.32]
procedure-administrative	6	0	[0.14-0.79]
prurit-generalise	3	0	[0.04-0.5]
prurit-localise	3	0	[0.04-0.5]
pyelonephrite-aigue	12	1	[0.37-1.24]
reaction-a-situation-eprouvante	1	0	[0-0.32]
rectorragies	2	0	[0.01-0.42]
reflux	2	0	[0.01-0.42]
rhinite	12	1	[0.37-1.24]
rhinopharyngite-rhume	150	9	[7.37-10.07]
rhu	1	0	[0-0.32]
sciatique	2	0	[0.01-0.42]
sein (autre)	1	0	[0-0.32]
sinusite	16	1	[0.55-1.53]
stomatite-glossite	12	1	[0.37-1.24]
suite-operatoire	4	0	[0.06-0.59]
tenosynovite	12	1	[0.37-1.24]
thrombophlebite	3	0	[0.04-0.5]
toux	40	2	[1.67-3.15]
toxicomanie	3	0	[0.04-0.5]
traumatisme craniocerebral	4	0	[0.06-0.59]
tumefaction	2	0	[0.01-0.42]
ulcere-duodenal	2	0	[0.01-0.42]
urticaire	42	2	[1.77-3.28]
varicelle	30	2	[1.19-2.49]

pyelonephrite-aigue	12	1	[0.37-1.24]
reaction-a-situation-eprouvante	1	0	[0-0.32]
rectorragies	2	0	[0.01-0.42]
reflux	2	0	[0.01-0.42]
rhinite	12	1	[0.37-1.24]
rhinopharyngite-rhume	150	9	[7.37-10.07]
rhu	1	0	[0-0.32]
sciatique	2	0	[0.01-0.42]
sein (autre)	1	0	[0-0.32]
sinusite	16	1	[0.55-1.53]
stomatite-glossite	12	1	[0.37-1.24]
suite-operatoire	4	0	[0.06-0.59]
tenosynovite	12	1	[0.37-1.24]
thrombophlebite	3	0	[0.04-0.5]
toux	40	2	[1.67-3.15]
toxicomanie	3	0	[0.04-0.5]
traumatisme craniocerebral	4	0	[0.06-0.59]
tumefaction	2	0	[0.01-0.42]
ulcere-duodenal	2	0	[0.01-0.42]
urticaire	42	2	[1.77-3.28]
varicelle	30	2	[1.19-2.49]
vertige-etat-vertigineux	7	0	[0.18-0.87]
vulvite-vaginite	8	0	[0.21-0.94]
zona	2	0	[0.01-0.42]
<b>Total.valides</b>	1738	100	-
<b>Manquante</b>	114	-	-

**AUTEUR : QUEVAL Charles-Hubert**

**Date de Soutenance : 20/11/2014**

**Titre de la Thèse :**

**" Accès au système de garde en médecine générale : analyse épidémiologique et sociologique rétrospective d'un an de consultations à la maison médicale de garde de Calais"**

**Thèse - Médecine - Lille 2014**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + spécialité : DES de médecine générale**

**Mots-clés : Permanence d'accès aux soins, épidémiologie**

**" Accès au système de garde en médecine générale : analyse épidémiologique et sociologique rétrospective d'un an de consultation à la maison médicale de garde de Calais"**

**Contexte** Le cadre juridique de la permanence d'accès aux soins a beaucoup évolué ces dernières années. Elles sont plus nombreuses et plus coûteuses, mais aucune enquête épidémiologique n'y ont été réalisées.

**Méthode** : Durant 1 an, les médecins du Calais ont recueilli le sexe, l'âge, les diagnostics, et couvertures sociales des consultants. A partir de ces données une enquête épidémiologique rétrospective a été réalisée.

**Résultats** : 1852 consultations ont été enregistrées et analysées. En analyse univariée, 54% sont des femmes. L'âge moyen est de 18,18 années. 46 % des patients consultants bénéficient de la CMU. Les diagnostics les plus fréquents étaient : angine avec 215 personnes soit 12 %. 5% de ces patients ont été redirigé vers le SAU de l'hôpital de Calais.

En analyse multivariée, à âge et couverture sociale constants par ailleurs, le sexe n'était pas un facteur influençant l'orientation future du patient de façon significative : OR = 0,956, IC à 95% {0,5266 ; 1,7354}, p = 0,8823. A sexe et couverture sociale constants, l'âge plus élevé influençait l'orientation vers les urgences, plutôt que d'être envoyée à domicile : OR = 1,0278, IC à 95 % {1,0148 ; 1,0409}, p = 2,39x10<sup>-5</sup>. A âge et sexe constants par ailleurs, la couverture sociale n'influençait pas l'orientation future du patient de façon significative : OR = 0,5037, IC à 95 % {0,2468 ; 1,0279}, p = 0,059.

**Conclusion** : Les diagnostics rencontrés à la maison médicale de garde sont comparables à ceux rencontrés en médecine de ville, hors renouvellement et actes de prévention. L'âge influence l'orientation des patients vers les urgences de façon significative. Le sexe et la couverture sociale n'influencent pas significativement l'orientation vers les urgences.

**Président** : Monsieur le Professeur GLANTENET

**Assesseurs** : Monsieur le Professeur MARTINOT

Madame le Docteur RICHARD

Monsieur le Docteur DUBUS

**Directeur de thèse** : Monsieur le docteur KNOCKAERT