



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

*" Place de la maison médicale de garde de Calais dans le parcours de soins: le
point de vue des patients "*

**Présentée et soutenue publiquement le 20 Novembre 2014 à 14h00
au Pôle Recherche
Par Gaspard FEUTRIE**

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Assesseurs : Monsieur le Professeur Alain Martinot

Madame le Docteur Florence Richard

Monsieur le Docteur Pascal Dubus

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur François-René Knockaert

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

SOMMAIRE

I. <u>Introduction</u>	13
1. Contexte général : la permanence des soins ambulatoires en France	13
1. <i>Les textes de loi qui régissent la permanence des soins</i>	13
2. <i>Principes généraux de la permanence des soins</i>	16
3. <i>Etat des lieux actuel de la permanence des soins en France</i>	20
2. Contexte spécifique : la permanence des soins ambulatoires à Calais	22
1. <i>La maison médicale de Calais</i>	22
2. <i>Les données démographiques de Calais</i>	23
3. <i>La démographie médicale à Calais</i>	26
4. <i>l'activité de la maison médicale de garde en quelques chiffres et le travail de Charles-Hubert Queval</i>	27
3. Le problème posé	28
1. <i>Efficiéce des piliers de la permanence des soins</i>	28
2. <i>Données bibliographiques</i>	29
3. <i>Objectif principal</i>	29
4. <i>Objectifs secondaires</i>	29
II. <u>Matériel et méthode</u>	30
1. Type de l'étude	30
2. Données recueillies et modalités du recueil	30
1. <i>Données recueillies</i>	30
2. <i>Modalités du recueil</i>	33
3. Analyse statistique	35
III. <u>Résultats</u>	36
1. Description de l'échantillon et des consultations	36
1. <i>Age</i>	36

2.	<i>Sexe</i>	37
3.	<i>Couverture sociale</i>	37
4.	<i>Distance entre le lieu de résidence et la maison médicale de garde</i>	38
5.	<i>Nombre de consultations antérieures à la maison médicale de garde</i>	38
6.	<i>Dates et heures des consultations</i>	39
7.	<i>Début des symptômes</i>	39
8.	<i>Existence d'une consultation du médecin traitant au préalable pour le même motif de consultation</i>	40
9.	<i>Degré d'urgence ressentie</i>	41
10.	<i>Souhait du lieu de consultation initiale</i>	41
11.	<i>Hypothèse d'une consultation aux urgences en cas d'absence de la maison médicale de garde</i>	42
12.	<i>Motifs des consultations</i>	42
2.	<i>Réponse à la question principale</i>	43
1.	<i>Raisons de la consultation à la maison médicale de garde</i>	43
2.	<i>Adressage</i>	44
3.	<i>Consultations répondant aux critères stricts de la permanence des soins</i>	45
4.	<i>Fonction de la maison médicale de garde</i>	45
5.	<i>Urgence ressentie inférieure à 5</i>	46
3.	<i>Réponses aux questions secondaires</i>	46
1.	<i>Recherche d'un retard à la consultation médicale</i>	46
2.	<i>Différences entre les types de couverture sociale</i>	47
3.	<i>Recherche d'un effet de proximité</i>	48
	<u>IV. Discussion</u>	50
1.	<i>Résumé des résultats</i>	50
1.	<i>Une vraie structure de la permanence des soins</i>	50
2.	<i>L'ambivalence de la population Calaisienne</i>	51
3.	<i>Les explications apportées par l'étude</i>	52
2.	<i>Validité des résultats</i>	57
1.	<i>Un effectif restreint, mais suffisant</i>	57
2.	<i>Biais de sélection</i>	58
3.	<i>Biais de classement</i>	58

4. <i>Biais de volontariat</i>	58
3. <i>Conclusion sur la question posée</i>	59
V. <i>Annexes</i>	61

Bibliographie

ABREVIATIONS

ARMEL : Association de régulation des médecins libéraux

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOM : Comité Départemental de l'Ordre des Médecins

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CRRAL : Centre de Réception et Régulation des Appels Libéraux

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence, de la Permanence des soins et des transports Sanitaires

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins

HAS : Haute Autorité de Santé

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

I. Introduction

1. Contexte général : la permanence des soins ambulatoires en France

1. Les textes de loi qui régissent la permanence des soins

La garde, ou permanence des soins, est la réponse à tout moment à une demande en situation d'urgence réelle ou ressentie, présentée par un patient sur un territoire donné, et non la satisfaction de toute demande émanant d'un usager¹. Il faut bien considérer cette notion d'urgence réelle ou ressentie tout au long de ce travail.

C'est une obligation inscrite au code de déontologie et au code de santé publique à laquelle doivent se soumettre les médecins. Elle est censée répondre initialement aux demandes de soins en dehors des heures ouvrables : en semaine de 20h à minuit, le samedi après-midi, les dimanches et jours fériés.

Elle est assurée sous deux formes principales, d'une part par les établissements de santé publique et privé via leur service d'accueil des urgences ouvert 24h/24, 7j/7 et 365j/an, et d'autre part, par les acteurs de la médecine ambulatoire. Dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'un lieu de consultation programmé.

En France, avant 2003, en dehors des articles 47 et 77 du code de déontologie médicale², aucun texte de loi, ni cadre juridique ne régit véritablement la permanence des soins ambulatoires.

Article 47 du code de déontologie médicale³: *«Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons*

professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

Article 77 du code de déontologie médicale⁴ : *«Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent.»*

Au cours des dernières décennies, le vieillissement constant et la croissance de la population française, la banalisation de l'acte médical et les changements de comportement tel que le consumérisme médical, ont profondément modifié la notion d'urgence ressentie et de besoin de soins. Parallèlement, la démographie médicale se modifie avec une désaffection du milieu rural pour le milieu urbain. Le corps médical se féminise davantage et les jeunes médecins généralistes aspirent à d'autres conditions d'exercice de la médecine que leurs aînés, ce qui engendre notamment des changements dans la permanence des soins.

Lassés de voir leurs conditions de travail se dégrader, et réclamant une revalorisation de leur honoraires, les médecins généralistes débutent le 15 Novembre 2001, une grève des gardes de nuit et des week-ends. La grève est largement suivie et remet inévitablement en cause la permanence des soins, autre point sensible que souhaitent négocier les médecins généralistes.

En juin 2002, les médecins généralistes obtiennent une revalorisation de leurs honoraires. Et à la demande du ministre de la santé, Jean-François Mattéi, deux groupes de travail se mettent en place. Le premier, sous la responsabilité du sénateur honoraire Charles Descours, porte sur l'organisation de la permanence des soins ambulatoires. Le deuxième, dirigé par la Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins (DHOS), s'intéresse à l'organisation des services d'urgences hospitaliers.

Dans l'attente des résultats des différents groupes de travail, et compte tenu de la difficulté

de réunir l'adhésion de toutes les parties prenantes, la circulaire DHOS/SDO n°2002-399 paraît le 15 Juillet 2002. Celle-ci apporte dès sa parution des solutions provisoires, afin de sortir du cycle des réquisitions. L'organisation proposée est applicable aux départements qui ont procédé en concertation avec les partenaires locaux, à la formalisation d'un accord et la mise en œuvre de l'avenant n° 10 de la convention médicale⁵. Elle définit les principes de base de la permanence des soins qui sont encore d'actualité aujourd'hui, à savoir la régulation, le volontariat, la sectorisation et la rémunération. « *Il s'agit d'améliorer l'organisation existante afin de limiter les contraintes pour les médecins liées à la permanence des soins tout en assurant une reconnaissance de la mission de service public ainsi exercée* »⁶.

Le rapport de Charles Descours, commandé par le ministre de la santé en fonction en juillet 2002, Jean-François Mattéi, répond à la grogne des médecins généralistes en grève, et constitue le socle de l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. Le rapport établit tout d'abord un état des lieux de la permanence des soins. Il propose également les directives basées sur la circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 Juillet 2002, de l'organisation de cette dernière autour des même quatre principes généraux que sont le volontariat, la régulation, la sectorisation et la rémunération. Charles Descours remet les clefs de cette nouvelle organisation entre les mains des CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des Transports Sanitaires et de la Permanence des Soins) (ancien CODAMU). Ils ont pour objectif d'évaluer les besoins, valider les modes d'organisation proposés par chaque groupe d'acteurs, élaborer le cahier des charges fixant les modalités d'organisation de la régulation, et évaluer régulièrement l'organisation de la permanence des soins.

Dorénavant, la permanence des soins ambulatoires repose sur la description et les principes précisés dans la circulaire n°587/DHOS/01/2003⁷ qui complète le décret n°2003-880 du 15 Septembre 2003⁸. Ce dernier reprend les conclusions du rapport Descours et scelle sur le plan légal ses directives. La circulaire reprend notamment la nouvelle composition du CODAMUPS.

2. *Principes généraux de la permanence des soins*

1. Le volontariat

Depuis le décret du 15 septembre 2003, la participation à la permanence des soins repose sur la base du volontariat, mais cela sous réserve que le traditionnel tableau de garde soit complet et donc la permanence assurée.

L'organisation de la permanence des soins se faisant au niveau départemental, c'est le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) qui est en charge de son bon fonctionnement. Ceci notamment après concertation de compléter le tableau en cas d'absence ou d'insuffisance de volontaires. En dernier recours, il en revient au préfet de procéder aux réquisitions nécessaires.

2. La sectorisation

Deuxième point, la sectorisation. Encore une fois, l'organisation est de niveau départemental. Le découpage du département en secteur est arrêté par le préfet concerné après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et avis du CODAMUPS.

A chaque secteur doit correspondre un seul médecin de permanence donnant lieu au forfait d'astreinte. La sectorisation *« doit être simple et lisible pour l'ensemble des acteurs et respecter les règles de sécurité tant pour les patients que pour les médecins, en termes d'accès et de délai de*

réponse notamment »⁹. La sectorisation prend en compte la distance du secteur, sa densité de population, ainsi que sa densité médicale et les volumes d'actes. De façon temporaire et lors de situations particulières, des secteurs peuvent être regroupés ou divisés.

Le but est de *« de limiter le nombre de médecins concernés, de leur garantir un plus grand confort de vie tout en préservant l'accessibilité des populations aux soins les plus appropriés »*¹⁰

Le Nord-Pas-De-Calais est divisé en 153 secteurs, 96 dans le Nord et 57 dans le Pas-De-Calais.¹¹

3. La régulation

Troisième point, la régulation. Il s'agit du point principal de la nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoire. *« Dès lors, dans la mesure où la permanence des soins implique la mobilisation d'un effecteur (en principe libéral) en dehors des heures ouvrées, elle ne saurait couvrir que les actes médicalement indispensables. Dans ces conditions il n'y a pas de permanence des soins sans régulation »*¹²

Le décret n° 2003 - 880 du 15 septembre 2003 prévoit que *« l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. Lorsque la régulation ne peut être organisée dans ce cadre, elle doit être interconnectée avec ce service »*¹³.

*« La régulation médicale permet d'une part, d'apporter aux urgences les plus lourdes une réponse adaptée dans les meilleurs délais et, d'autre part, de réorienter les demandes dont les réponses peuvent être différées et apportées par le médecin traitant dans le cadre d'une consultation programmée. »*¹⁴.

L'organisation est départementale et couvre les périodes de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, les dimanches et les jours fériés. Cette régulation travaille en étroite relation de façon réciproque avec le SAMU. *« Le médecin régulateur de la permanence des soins en médecine ambulatoire peut notamment déclencher l'intervention du médecin de permanence, renvoyer vers le régulateur de l'aide médicale urgente ou le SAMU ou orienter le patient vers toute structure dispensant des soins non programmés. »*¹⁵

Concernant le rôle des hôpitaux dans la permanence des soins ambulatoires, la circulaire du 28 mai 2003, relative aux missions de l'hôpital local, prévoit qu'il *« peut apporter son concours à la permanence des soins en facilitant la mise en place des organisations telles que les maisons médicales. Ces organisations répondent au souhait des médecins généralistes libéraux autorisés à exercer en hôpital local ou non, de disposer d'un "point d'ancrage de proximité. Au-delà, elles permettent de développer une offre de soins pluridisciplinaires (composée le plus souvent du médecin et d'une infirmière), et témoignent de l'ouverture de l'hôpital local vers les médecins généralistes. »*¹⁶. La circulaire N° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 du 23 Mars 2007, relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, insiste malgré leur statut particulier dans la permanence des soins qu'il *« est souhaitable que l'accès à la maison médicale de garde puisse être en grande partie médicalement régulé »*.¹⁷

Par ailleurs, cette nouvelle organisation nécessite pour son bon fonctionnement une information auprès des usagers. Il paraît nécessaire de sensibiliser les patients au véritable rôle du SAMU et au bon usage du numéro 15. Et d'autre part, les informer que l'accès au médecin de permanence doit faire obligatoirement l'objet d'une régulation médicale préalable. Le message important est que, normalement les soins ambulatoires doivent être dispensés aux heures ouvrables dans les cabinets de médecine générale. Seul le centre de régulation doit connaître les coordonnées du médecin de permanence, afin de rendre l'accès direct des usagers exceptionnels.

Les centres de régulation situés dans les locaux du SAMU se trouvent au CHRU de Lille pour le Nord, et à Arras pour le Pas-de-Calais. Dans le Nord, le numéro de Médi'ligne est le 03 20 33 20 33. Dans le Pas de Calais, le 03 21 71 33 33. Pour exemple, en 2010, le nombre d'appels était de 90590 dans le Nord et 81778 dans le Pas de Calais. Ci-joint pour exemple, un tableau reprenant le nombre d'appels traités et leur devenir pour le Nord et le Pas de Calais en 2010. ¹⁸

- **NORD**

Nombre d'appels traités : 90 590

Répartition des appels par périodes de PDS	8h à 12h	12h à 16h	16h à 20h	20h à 24h
Données 2010 FAPS 59	20.8%	20.4%	22.4%	36.4%

Devenir des appels	Consultation ou visite du médecin de garde	Conseil médical	Consultation du médecin traitant	Réorientation Urgences	Réorientation maternité
Données 2010 FAPS 59	36.4%	35.8%	10.6%	8.2%	0.2%

- **PAS DE CALAIS**

Nombre d'appels traités : 90 950

Répartition des appels par périodes de PDS	20h à 22h	22h à 24h	0h à 2h	2h à 8h	Week-end et jours fériés
Données 2010 ASSUM 62	16%	7%	4%	11%	62 %

Répartition des appels par arrondissement :

Arras : 15% Béthune : 20% Saint Omer : 7%
 Boulogne : 7% Calais : 9% Lens : 24%
 Montreuil : 7%

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

4. La rémunération

Quatrièmement, la question de la rémunération du médecin de permanence est traitée par l'avenant 4 de la convention médicale.

Le médecin de permanence est rémunéré à hauteur de 50€ par tranche de 4h pour l'astreinte médicale. A cela s'ajoutent, les honoraires des actes réalisés durant cette même période d'astreinte, dont la cotation a été revalorisée afin de favoriser le principe de régulation.

Activité régulée

<i>Période horaire</i>	<i>Consultations</i>	<i>Visites à domicile</i>
20h00- 24h00 et 6h00-8h00	65.5 euros	69 euros
24h00-6h00	74.5 euros	78 euros
Dimanche et jours fériés	49.5 euros	53 euros

Activité non régulée

<i>Période horaire</i>	<i>Consultations</i>	<i>Visite à domicile</i>
20h00- 24h00 et 6h00-8h00	58 euros	61.5 euros
24h00-6h00	63 euros	66.5 euros
Dimanche et jours fériés	42.06 euros	45.6 euros

Le médecin régulateur est lui rémunéré à hauteur de 3C, soit 60€ de l'heure.¹⁹

3. *Etat des lieux actuel de la permanence des soins en France*

Chaque année depuis 2003, année clé dans le bouleversement de l'organisation de la permanence des soins, le conseil national de l'ordre des médecins publie un état des lieux de la permanence des soins en médecine générale. Un questionnaire comportant de nombreuses questions fermées et ouvertes, est envoyé aux 100 conseils départementaux de métropole et d'Outre-Mer, puis analysé. L'enquête offre un instantané sur l'organisation de la permanence des soins de chaque département, et les situations qui ont évolué au cours de l'année passée et qui évolueront encore l'année suivante. Cependant, l'analyse globale de ces résultats montre de façon incontestable, des

constantes et des évolutions partagées au niveau national.

Il semble que la volonté des ARS (Agence Régionale de Santé) est de poursuivre la diminution du nombre de secteurs et de continuer à alléger le dispositif en nuit profonde (à partir de minuit). Fin 2013, persistaient 1764 secteurs de permanence des soins contre 1910 fin 2012. Par ailleurs, l'effectif de nuit au delà de minuit est arrêtée dans 61% des territoires contre 55% en 2012 au détriment des services d'urgences hospitaliers.

Le deuxième constat est que les départements doivent faire face à une érosion du volontariat, principe de base de la permanence des soins. « *Seuls 2/3 des départements rapportent un taux de volontaires supérieur à 60% (contre près de 75% fin 2012). De plus, sur près d'un tiers des territoires, il y a moins de 10 volontaires pour assurer la PDS* ». Une démographie médicale en baisse, une pyramide des âges inversées, des couvertures de secteur trop vaste et la faible reconnaissance de cette mission publique, sont les principales raisons avancées de cette baisse du volontariat.²⁰

Troisièmement, le coût annuel de permanence des soins en France ne cesse d'augmenter.

En M€

Année		2001	2003	2005	2006	2011
Permanence des soins ambulatoire	Forfaits d'astreinte	0	56	66,4	143,6	141,6
	Actes remboursés	216,1	238,8	211,9	214,3	237,1
	Subventions diverses ⁴¹⁰	4,4	19,4	22,5	13,7	n.d.
	Dépenses totales PDSA	220,5	314,2	300,8	370,6	393,5
Services de garde et d'urgence des pharmacies ⁴¹¹	Forfaits d'astreinte	0	0	0	8,9	38,8
	Actes remboursés	8,5	8,7	7,9	9,3	15,7
	Dépenses totales pharmacies	8,5	8,7	7,9	18,2	54,5
Total dépenses hors transports		229	322,9	308,7	388,8	448
Garde des transports sanitaires	Forfaits d'astreinte	0	0	143,4	144,6	146,9
	Sorties remboursées	n.d.	n.d.	21,1	23,4	34,6
	Total transports	n.d.	n.d.	164,5	168,0	181,5
Total général		n.d.	n.d.	473,2	557,8	629,5

Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Tableau : Evolution des dépenses de permanence des soins pour la France entière.²¹

2. Contexte spécifique : la permanence des soins ambulatoires à Calais

1. La maison médicale de Calais

La maison médicale de garde se situe dans le nouvel hôpital de Calais à côté de l'entrée principale, au 1601 Boulevard des Justes à Calais. Elle est ouverte les jours de semaine de 20h à 22h30, de 16h à 19h le samedi et de 10h à 12h puis de 16h à 19h le dimanche et jours fériés.

L'association CALUR créée en juin 1988 par les médecins généralistes du Calaisis, a pour objectif d'organiser et d'assurer la permanence des soins sur l'ensemble des communes de Calais, Marck, Coulogne, Frethun, Peuplingue, Coquelles et Blériot-Sangatte. L'association est à l'origine de l'ouverture le 1er décembre 2004, de la maison médicale de Calais.

L'objectif principal est 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 propre à Calais, l'épuisement du volontariat, l'insécurité de certaines zones ressentie par les médecins en période de garde et l'engorgement des urgences Calaisiennes par des motifs relevant de la médecine générale.²²

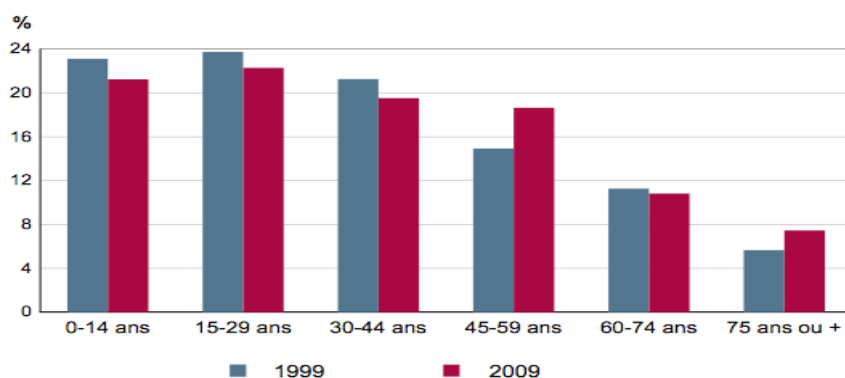
Il est établi entre CALUR et le Centre Hospitalier de Calais une convention qui définit son champ d'action ainsi que son organisation logistique.²³

Comme toutes les structures participant à la permanence des soins, la maison médicale de garde travaille en association avec le CRRAL.

2. Les données démographiques de Calais

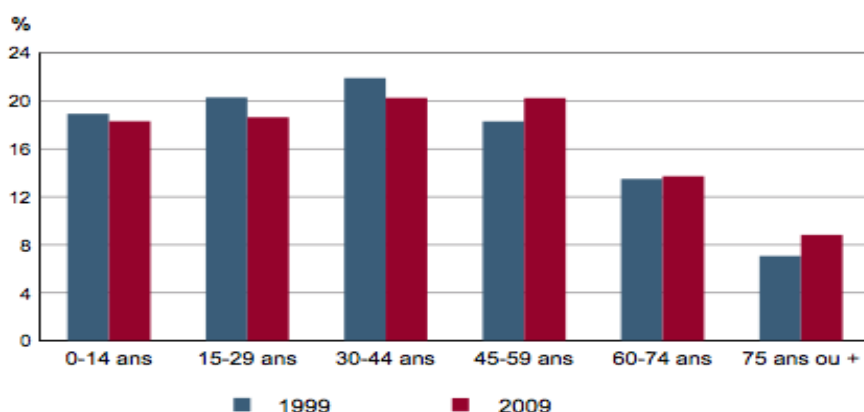
Etendue sur 33 km², la ville de Calais compte 74336 habitants intramuros²⁴. Le secteur de garde défini par le préfet du Pas-de-Calais, comprend les communes de Sangatte, Blériot, Marck, Coulogne, Frethun, Peuplingue et Coquelles soit un bassin de population d'environ 102 000 habitants.

Tout d'abord, il s'agit d'une population jeune en comparaison avec les données nationales.



Sources : Insee, RP1999 et RP2009 exploitations principales.

Population Calaisienne par grande tranche d'âge (source INSEE)



Sources : Insee, RP1999 et RP2009 exploitations principales.

Population de la France métropolitaine par grande tranche d'âge (source INSEE)

Deuxièmement, il s'agit d'une population à faible niveau d'étude et peu diplômée. Ainsi 22,6% des actifs Calaisiens ne possèdent aucun diplôme contre 18,3% en France métropolitaine et 71,1% se sont arrêtés avant le niveau BAC ou brevet professionnel, contre 59,6% en France métropolitaine.

	Ensemble	Hommes	Femmes
Population non scolarisée de 15 ans ou plus	51 915	24 070	27 845
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.

Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus selon le sexe en 2009 à Calais (source INSEE)

	Ensemble	Hommes	Femmes
Population non scolarisée de 15 ans ou plus	45 329 996	21 613 315	23 716 681
Part des titulaires en % :			
- d'aucun diplôme	18,3	17,7	18,8
- du certificat d'études primaires	11,1	8,7	13,3
- du BEPC, brevet des collèges	6,3	5,3	7,3
- d'un CAP ou d'un BEP	24,0	28,8	19,6
- d'un baccalauréat ou d'un brevet professionnel	15,9	15,6	16,1
- d'un diplôme de l'enseignement supérieur court	11,8	10,2	13,2
- d'un diplôme de l'enseignement supérieur long	12,7	13,8	11,8

Source : Insee, RP2009 exploitation principale.

Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus selon le sexe en 2009 en France Métropolitaine (source INSEE)

Troisièmement, il s'agit d'une population à faible revenu économique. ²⁵

Revenus	Calais (62193)	Pas-de-Calais (62)	Nord-Pas-de-Calais (31)	France métropolitaine
Revenu net déclaré moyen par foyer fiscal en 2009, en euros (1)	16 033	19 058	20 157	23 433
Foyers fiscaux imposables en % de l'ensemble des foyers fiscaux en 2009 (1)	39,0	44,0	46,7	54,3
Médiane du revenu fiscal des ménages par unité de consommation en 2010, en euros (2)	13 470	15 755	16 369	18 749

Sources :

(1) DGFIP, Impôt sur le revenu des personnes physiques.

(2) Insee - DGFIP, Revenus fiscaux localisés des ménages.

Quatrièmement, concernant la couverture sociale, 18,4% de la population Calaisienne, soit presque trois fois plus qu'à l'échelle nationale, bénéficie de la CMUc. Encore un témoin d'une population à faible niveau économique et social. ²⁶

Pourcentage de bénéficiaires de la CMU et CMUC par communes retenues

Ville	Pourcentage de bénéficiaires de la CMU Complémentaire	Pourcentage de bénéficiaires de la CMU de base
Dunkerque	11,7	7,6

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

Source: Données du régime général au 31/12/2013 (le Régime général couvre 82% de la population totale)
(*) Blériot est rattachée à la commune de Sangatte

Pourcentage de bénéficiaires de la CMU et CMUC France entière :

Cmu complémentaire : 6,8% de la population totale

Cmu de base: 3,4% de la population totale

Source : Fonds CMU données au 31/12/2012 MAJ Juin 2013

3. La démographie médicale à Calais

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 est de 139,2. Cependant, à l'échelle départementale, le Pas-de-Calais, est en dessous de cette moyenne, avec une densité de 128,4 médecins généralistes pour 100000 habitants et est donc considéré comme un département à faible densité médicale. On note la même disparité concernant les spécialistes médicaux en activité régulière.²⁷

A plus petite échelle, la ville de Calais répond à la même règle. Il est possible d'établir de façon approximative la densité médicale de la ville, en rapportant son nombre de médecins généralistes en activité de 75 sur la population municipale intramuros recensée à 74336 habitants. On obtient une densité médicale à Calais de 100,9 médecins généralistes en activité, pour 100000 habitants, soit encore moins que la moyenne départementale. Concernant le secteur couvert par l'association CALUR dans le cadre de la permanence des soins, la densité calculée descend encore à environ 97 médecins généralistes en activité pour 100000 habitants (99 médecins généralistes en activité pour un bassin de population d'environ 102000 habitants).

Parallèlement, on constate un vieillissement de la population médicale de Calais, puisque au 31 décembre 2013, 64% des médecins de Calais étaient âgés de plus de 55ans. De plus, la faible attractivité de la région auprès des jeunes médecins ne nous laisse pas envisager d'amélioration.

MG	INSEE	Au 31/12/2011		Au 31/12/2013			
		Effectifs	%age >= 55 ans	Effectifs	%age >= 55 ans		
calais	62193	77	55	42	75	64	49
coquelles	62239	6	50	3	6	50	3
coulogne	62244	7	43	3	6	67	4
frethun	62360	2	0	0	2	50	1
marck	62548	7	57	4	7	57	4
peuplingue	62654	0		0	0		0
sangatte	62744	3	50	1	3	50	1
		102		53	99		62

Tableau : Recensement des médecins généralistes en activité sur le bassin Calaisien ²⁸

4. L'activité de la maison médicale de garde en quelques chiffres et le travail de Charles-Hubert Queval

Sur l'ensemble de l'année 2013, l'étude a inclus 1852 patients qui consultaient à la maison médicale de garde.

77 % des consultants, soit 1339 patients, étaient originaires de la ville de Calais même.

1686 (95%) sont rentrés à leur domicile suite à la consultation et 88 (5%) ont été adressés au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Calais par le médecin de garde.

351 se sont présentés directement à la maison médicale soit 34 % de l'effectif global. 325 soit à peu près la même proportion (31%) ont été adressés par le CRAAL. 11% ont été adressés par le service d'accueil des urgences.

L'âge moyen est de 18 ans et 2 mois environ, La médiane est de 10 ans.

46% de cet échantillon bénéficiait de la CMUc, 53% bénéficiait d'une autre complémentaire santé type mutuelle.

115 diagnostics différents ont été posés.

3. Le problème posé

1. Efficience de la permanence des soins à Calais

Dispositif sanitaire ayant pour première fonction de permettre aux citoyens de recourir à un praticien lorsque le cabinet de son médecin traitant n'est plus ouvert en cas d'urgence réelle ou ressentie, la permanence des soins connaît de grandes difficultés liées à la démographie médicale et l'accès aux soins hors période de permanence des soins notamment à Calais. De plus, dans l'évolution sociétale il semble que la médecine soit devenue de nos jours un produit de consommation courante. En effet, le patient veut tout, tout de suite, avec les conséquences sur l'organisation structurelle des soins que cela implique.

Ville du littoral du Pas-de-Calais de plus de 120000 habitants sur son aire urbaine, Calais doit faire face à de sérieux problèmes de démographie médicale. Conséquence d'un manque d'attractivité auprès des internes et nouveaux jeunes médecins, les médecins en place s'épuisent.

Ainsi, l'état actuel de la médecine générale, de la permanence des soins à Calais et de l'activité de la maison médicale de garde, nous font nous demander si cette dernière répond davantage à sa fonction première, à savoir une structure de la permanence des soins répondant à des principes généraux tel que notamment la sectorisation et la régulation, ou si, victime de son succès, elle pallie à la difficulté de l'accès au soin à Calais, et est devenue un lieu de consultation de soins primaires comme les autres.

2. Données bibliographiques

Depuis son changement d'organisation en 2003 et également l'avènement des premières maisons médicales de garde, la permanence des soins fait l'objet de nombreux travaux sur des plans très localisés. Beaucoup font l'état des lieux des structures en place et de leur fonctionnement, étudient l'effet sur la fréquentation des services d'urgences, traitent des motifs de recours, évaluent la régulation téléphonique ou encore la participation par les généralistes au volontariat. Cependant, je n'en ai pas trouvé qui se plaçait du point de vue du patient afin de comprendre les raisons de leur consultation. De plus, en association avec celui de Charles-Hubert Queval, il s'agit du premier travail portant sur la maison médicale de garde de Calais depuis sa création en décembre 2004. Par ailleurs, toute comparaison avec des pays étrangers n'est pas pertinente en raison de la différence de système et d'organisation des soins et notamment la place du médecin généraliste.

3. Objectif principal

Définir la place de la maison médicale de garde de Calais dans le parcours de soin des patients Calaisiens.

4. Objectifs secondaires

Définir les facteurs déterminants, la place donnée et l'utilisation par la population Calaisiennes de la maison médicale de garde.

II. Matériel et méthode

1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle prospective, traitant des raisons et des modalités de consultation à la maison médicale de garde de Calais par la population Calaisienne.

2. Données recueillies et modalités du recueil

1. Données recueillies

La personne interrogée est le patient, c'est lui qui remplit le questionnaire. Pour ce faire, je l'ai voulu simple, abordable et rapide à compléter, afin de recueillir un maximum de données, les plus complètes possibles.

Les données recueillies par le questionnaire concernent :

- Le patient :
 - Age.
 - Sexe.
 - Couverture sociale.
 - Distance du lieu de résidence par rapport à la maison médicale de garde en kilomètre.
 - Nombre de consultations antérieures à la maison médicale de garde.

- La consultation :
 - Date de la consultation.
 - Heure de la consultation.
 - Motif de la consultation.
 - Durée d'évolution des symptômes ayant motivés la consultation en heure.
 - Degré d'urgence ressentie sur échelle visuelle numérique de 0 à 10. (0 : aucune urgence ressentie, 5 : nécessité d'une consultation avant le lendemain matin, 10 : nécessité d'une consultation dans la demi-heure)
 - L'existence d'une consultation préalable du médecin traitant pour le même motif de consultation.
 - Souhait du lieu initial de consultation.
 - La potentialité d'une consultation aux urgences concernant ce motif en cas d'absence de la maison médicale de garde.

- Les raisons de la consultation à la maison médicale de garde :
 - Problème survenu en dehors des heures d'ouvertures des cabinets de médecine générale.
 - Médecin traitant injoignable.
 - Médecin traitant absent et non remplacé.
 - Médecin traitant complet ce jour.
 - Pas de médecin traitant.
 - Insatisfait de son médecin traitant concernant le motif de consultation.
 - Plus simple pour des raisons logistiques.
 - Autres.

- L'adressage :
 - Par le CRRAL.

- Par le service d'accueil des urgences.
 - Par le SAMU.
 - Par le répondeur téléphonique du médecin traitant.
 - Par la pharmacie.
 - Venu par eux-mêmes directement.
 - Autres.
- La fonction de la maison médicale de garde :
 - Pallier au manque de médecins généralistes à Calais.
 - Assurer la continuité des soins en dehors des heures ouvrables des cabinets.
 - Décharger l'hôpital et notamment les services d'urgences.
 - Autres

La date et l'heure de réponse au questionnaire m'ont permis d'éviter les doublons et de rechercher une différence significative concernant les autres variables selon l'heure d'arrivée du patient.

L'âge, le sexe ainsi que la couverture sociale sont des données épidémiologiques descriptives de mon échantillon.

Le motif de consultation et le degré d'urgence ressentie par échelle visuelle numérique, permettent de rechercher l'existence ou non d'un lien de causalité entre une consultation en période de permanence des soins à la maison médicale de garde et ce même motif de consultation.

Le début de la symptomatologie, l'existence ou non d'une consultation préalable chez le médecin traitant et les raisons de la consultation à la maison médicale de garde, ont pour but de

situer la maison médicale de garde dans le parcours de soins des patients consultants.

Le souhait du lieu de consultation initiale ainsi que le potentiel recours au service d'accueil des urgences de l'hôpital, permettent de savoir si la maison médicale de garde participe directement au désengorgement du service des urgences de Calais.

La distance entre le lieu de résidence et la maison médicale de garde, permet de savoir s'il existe une corrélation entre la population consultante et la promiscuité de la maison médicale de garde.

L'orientation vers la maison médicale de garde permet de savoir si un des principes généraux de la permanence des soins, qu'est la régulation, est efficient. Enfin, le regard porté par la population consultante sur la maison médicale de garde de Calais, est un indicateur.

2. Modalités du recueil

L'étude porte de façon discontinue et aléatoire sur la population Calaisienne, consultant à la maison médicale de garde de l'hôpital de Calais, entre le 03/03/2014 et le 11/05/2014. Selon la formule suivante, le nombre de sujets nécessaires estimé est d'environ 96 patients :

- $n = (t^2 * p (1-p)) / e^2$

- n = taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque fixé
- t = coefficient de marge déduit du niveau de confiance. La valeur type du niveau de confiance de 95 % sera 1,96.

- p = probabilité de réalisation de l'événement
- e = marge d'erreur que l'on se donne pour la grandeur que l'on veut estimer
(généralement fixée à 5 %)

Les patients inclus l'ont été de manière discontinue, car seuls 4 médecins ne couvrant pas l'ensemble des gardes sur cette période, ont participé au recueil des questionnaires, et aléatoire, car la répartition des gardes de ces 4 médecins a été tirée au sort préalablement au début de l'étude. Il n'existe aucun critère d'exclusion.

J'ai pu soumettre une première version de mon questionnaire à la plateforme d'aide méthodologique du service de santé publique du CHRU de Lille avant de débiter le recueil des données. Pour des raisons pratiques et statistiques, il m'a été suggéré de le modifier sur certains points, notamment sur les items « durée d'évolution des symptômes » et « distance de la maison médicale de garde ». Initialement, j'avais prévu de recueillir les données de ces items sous forme d'un choix multiple (moins de 2h, entre 2 et 6h, entre 6 et 12h, plus de 12h). Suite à cette suggestion et après réflexion, il m'apparaissait en effet plus pertinent, de demander directement la durée et la distance, respectivement en nombres d'heures et de kilomètres. Nous pourrions si nécessaire, recréer des sous catégories par la suite, en fonction des résultats obtenus. En choisissant ce type de recueil, j'ai pris conscience qu'il serait plus difficile pour les patients de répondre, mais que les données seraient bien plus pertinentes à analyser.

Avant lancement définitif, j'ai pu tester le questionnaire avec l'aide de plusieurs des médecins de garde de la maison médicale, de garde volontaire, pour le recueil des questionnaires. Pour des raisons logistiques et d'organisation de la salle d'attente, il s'avère que les patients remplissaient très peu le questionnaire de leur propre initiative. Une stimulation par le médecin de

garde, préalablement à la consultation, était donc nécessaire. Le questionnaire était recueilli par le médecin à la fin de la consultation.

Les données étaient ensuite rentrées sur tableur Excel en vue de l'analyse statistique.

3. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée en trois parties :

- Premièrement, l'analyse descriptive de l'échantillon. Les variables quantitatives sont décrites par leurs moyennes et leurs écarts-types. Les variables qualitatives sont décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages.
- Deuxièmement, l'analyse stratifiée sur les différentes variables.
- Troisièmement, l'analyse inférentielle (multi variée) recherchant des liens statistiques entre les différentes variables. Lorsque les variables analysées sont quantitatives par la réalisation d'un test du Khi2 ou d'un test du Fischer exact lorsque l'effectif théorique est inférieur à 5. Lorsque les variables analysées sont quantitatives et qualitatives par la réalisation d'un test de comparaison de moyenne de Student. Pour chacun des deux cas de figure, on démontre un lien statistique significatif si la p-value est strictement inférieure à 0,05 (risque alpha).

III. Résultats

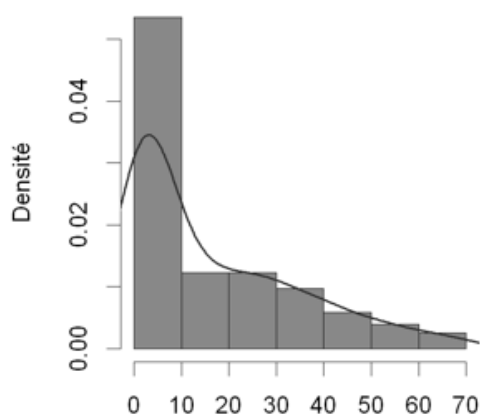
1. Description de l'échantillon et des consultations

Sur la période de l'étude, 155 patients ont été inclus sur un ensemble de 33 jours de garde différents, incluant 7 dimanches, 2 samedis et 1 jour férié.

1. Age

age : age du patient (en années)

	valeur
Effectif	155
Moyenne	16.412
Ecart type	17.809
IC 95%	[13.586 ; 19.237]
Minimum	0.1
Quartile 1	2
Mediane	8
Quartile 3	27
Maximum	69
Manquante	0

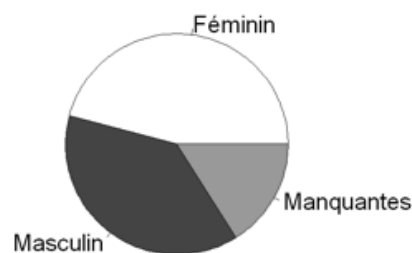


Il s'agit d'un échantillon jeune et même essentiellement pédiatrique, puisque la médiane se situe à l'âge de 8 ans, tandis que le 3ème quartile se situe à l'âge de 27 ans.

2. Sexe

sexe : sexe du patient

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Féminin	71	55	[45.67-63.29]
Masculin	59	45	[36.71-54.33]
Total.valides	130	100	-
Manquante	25	-	-

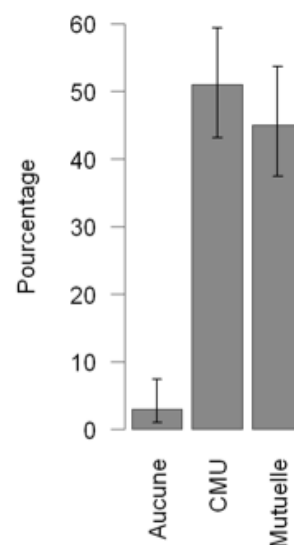


L'échantillon étudié se compose majoritairement de femmes : 55%, pour 45% d'hommes.

3. Couverture sociale

couv_sociale : couverture sociale complémentaire du patient

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Aucune	5	3	[1.06-7.41]
CMU	79	51	[43.15-59.38]
Mutuelle	70	45	[37.48-53.66]
Total.valides	154	100	-
Manquante	1	-	-

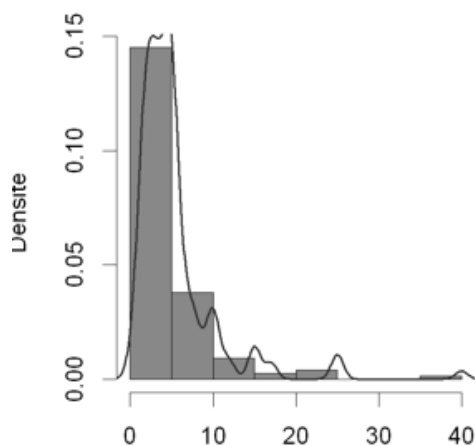


51% des patients de l'échantillon, bénéficient de la CMUc comme couverture sociale complémentaire, contre 45% qui bénéficient d'une mutuelle. 3% de cet échantillon ne possèdent aucune couverture sociale complémentaire.

4. Distance entre le lieu de résidence et la maison médicale de garde

distance : distance du lieu de résidence du patient de la maison médicale de garde (en Km)

	valeur
Effectif	153
Moyenne	5.405
Ecart type	5.17
IC 95 %	[4.58 ; 6.231]
Minimum	0
Quartile 1	3
Mediane	4
Quartile 3	6
Maximum	40
Manquante	2

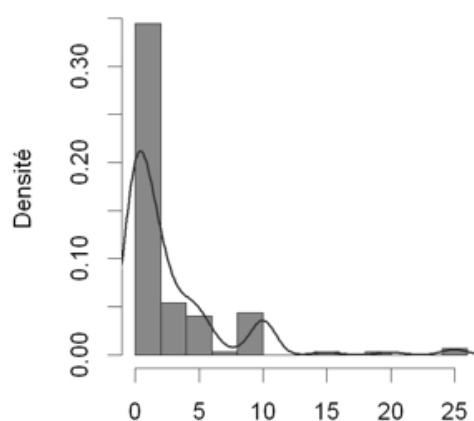


Concernant la distance entre le lieu de résidence et la maison médicale de garde, 50% de l'échantillon habite à moins de 4km de la maison médicale et 75% à moins de 6km.

5. Nombre de consultation antérieure à la maison médicale de garde

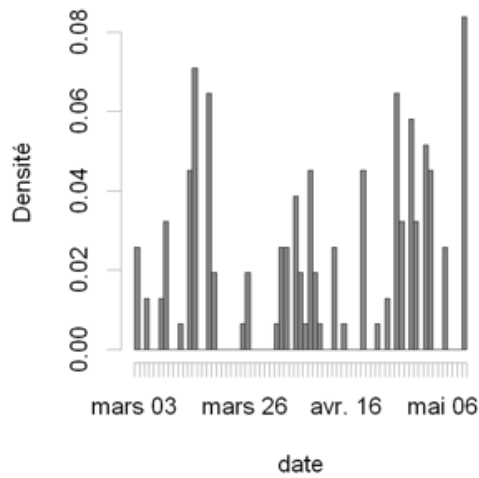
cs_mmg_auparavant : nombre de consultation antérieur a la maison médicale de garde

	valeur
Effectif	148
Moyenne	2.791
Ecart type	4.335
IC 95 %	[2.086 ; 3.495]
Minimum	0
Quartile 1	0
Mediane	1
Quartile 3	4
Maximum	25
Manquante	7



50% de l'échantillon a déjà au moins consulté une fois à la maison médicale de garde auparavant, et 25% plus de quatre fois.

6. Dates et heures des consultations



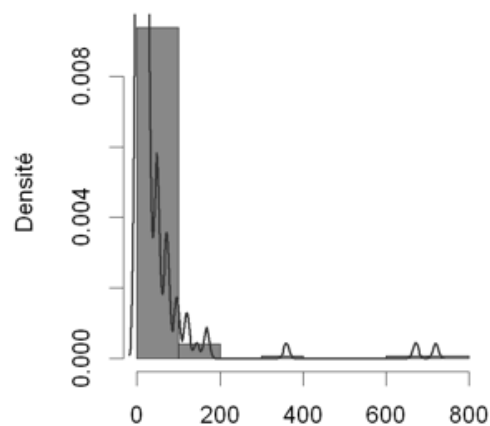
	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
9	1	1	[0.03-5.67]
10	4	4	[1.15-10.33]
11	6	6	[2.57-13.64]
12	1	1	[0.03-5.67]
15	3	3	[0.65-8.86]
16	10	10	[5.38-18.74]
17	6	6	[2.57-13.64]
18	3	3	[0.65-8.86]
19	1	1	[0.03-5.67]
20	27	28	[19.65-38.37]
21	19	20	[12.63-29.43]
22	15	16	[9.3-24.78]
Total.valides	96	100	-
Manquante	59	-	-

Les horaires de consultation n'étant pas les mêmes les samedis, dimanches et jours fériés que les jours de semaine, cette donnée est plus difficile à analyser. Cependant, il ressort que 28% de l'échantillon consulte quasiment dès l'ouverture ou dans l'heure suivant l'ouverture de la maison médicale de garde, en semaine entre 20h et 21h. On note également de nombreuses données manquantes (59) pour cette variable.

7. Début des symptômes

debut_symptomes : durée d'évolution des symptômes ayant motivés la consultation (en heures)

	valeur
Effectif	147
Moyenne	37.865
Ecart type	88.61
IC 95%	[23.421 ; 52.309]
Minimum	0
Quartile 1	5
Mediane	14
Quartile 3	30
Maximum	720
Manquante	8

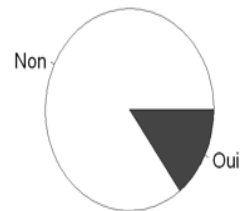


En moyenne, les patients consultent pour un motif évoluant depuis presque 38 heures. La médiane se situe à 14 heures. Sans présager de la gravité du motif (il peut s'agir d'une aggravation aiguë d'un état subaiguë ou chronique préalable), cela est informatif sur la possibilité ou non pour le patient d'envisager une consultation de soin primaire ambulatoire programmée.

8. Existence d'une consultation du médecin traitant au préalable pour le même motif de consultation

cs_medecin_traitant : existence d'une consultation préalable du médecin traitant concernant le motif de consultation

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	132	85	[78.36-90.17]
Oui	23	15	[9.83-21.64]
Total.valides	155	100	-



Concernant leur motif de consultation à la maison médicale de garde, 85% de l'échantillon n'a pas consulté son médecin traitant préalablement, quelque soit la durée d'évolution des symptômes.

9. Degré d'urgence ressentie

urgence_ressentie : degre d'urgence ressenti (entre 0 et 10 sur echelle visuelle numerique)

valeur		Effectif Pourcentage IC à 95%			
Effectif	150	0	4	3	[0.73-6.69]
Moyenne	5.373	1	6	4	[1.64-8.89]
Ecart type	2.41	2	11	7	[3.9-13.06]
IC 95 %	[4.985 ; 5.762]	3	11	7	[3.9-13.06]
Minimum	0	4	13	9	[4.88-14.66]
Quartile 1	4	5	38	25	[18.75-33.2]
Mediane	5	6	20	13	[8.53-20.08]
Quartile 3	7	7	15	10	[5.9-16.23]
Maximum	10	8	16	11	[6.41-17.01]
Manquante	5	9	10	7	[3.42-12.25]
		10	6	4	[1.64-8.89]
		Total.valides	150	100	-
		Manquante	5	-	-

Pour mémoire, les patients entouraient le niveau d'urgence ressentie de leur motif de consultation, sur une échelle visuelle numérique. 0 correspondait à « aucun critère d'urgence ». 5 correspondait à « nécessité d'une consultation médicale avant le lendemain matin ». 10 correspondait à « nécessité d'une consultation médicale dans la demi-heure ».

10. Souhait du lieu de consultation initial

cs_initiale : souhait du lieu de consultation initiale

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
a la maison médicale de garde	145	95	[90.38-97.97]
aux urgences	7	5	[2.03-9.62]
Total.valides	152	100	-
Manquante	3	-	-

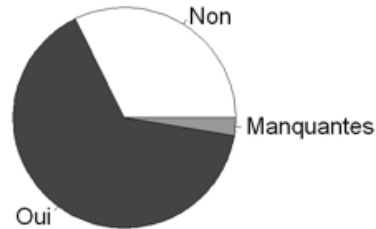


Seulement 5% de l'échantillon souhaitait consulter initialement aux urgences de l'hôpital de Calais.

11. Hypothèse d'une consultation aux urgences en cas d'absence de la maison médicale de garde

cs_urgences_mmgferme : hypothese d'une consultation au urgences si maison medicale de garde fermee

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	50	33	[25.8-41.3]
Oui	101	67	[58.7-74.2]
Total.valides	151	100	-
Manquante	4	-	-



67% de l'échantillon aurait consulté au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Calais, si la maison médicale de garde était fermée.

12. Motifs des consultations

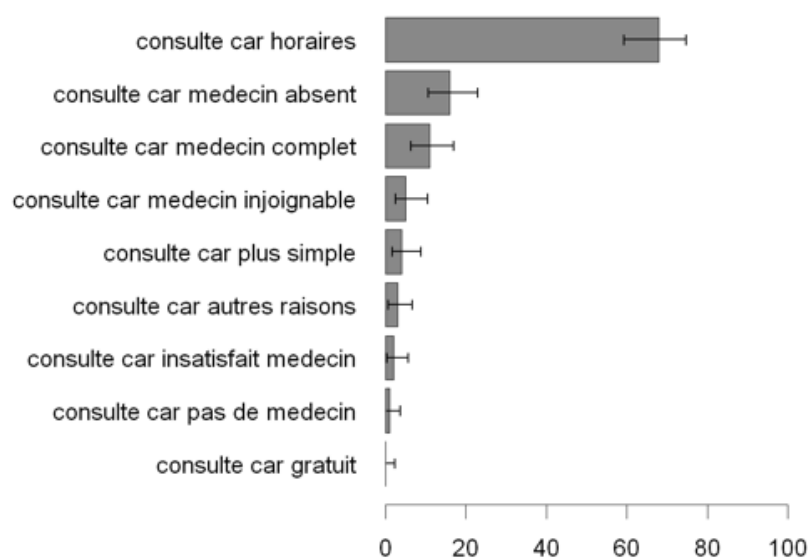
motif_consultation : motif de consultation du patient

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
autres	14	10	[5.54-15.86]
biologie	2	1	[0.17-4.86]
cardiologie	1	1	[0.02-3.76]
dermatologie	15	10	[6.06-16.66]
digestif	23	16	[10.45-22.91]
fièvre	25	17	[11.59-24.44]
neurologie	3	2	[0.43-5.89]
ORL	22	15	[9.88-22.15]
pneumologie	18	12	[7.67-19.04]
psychiatrie	1	1	[0.02-3.76]
rhumatologie	4	3	[0.75-6.87]
traumatologie	13	9	[5.02-15.05]
urologie	5	3	[1.27-8.22]
Total.valides	146	100	-
Manquante	9	-	-

2. Réponse à la question principale

1. Raisons de la consultation à la maison médicale de garde

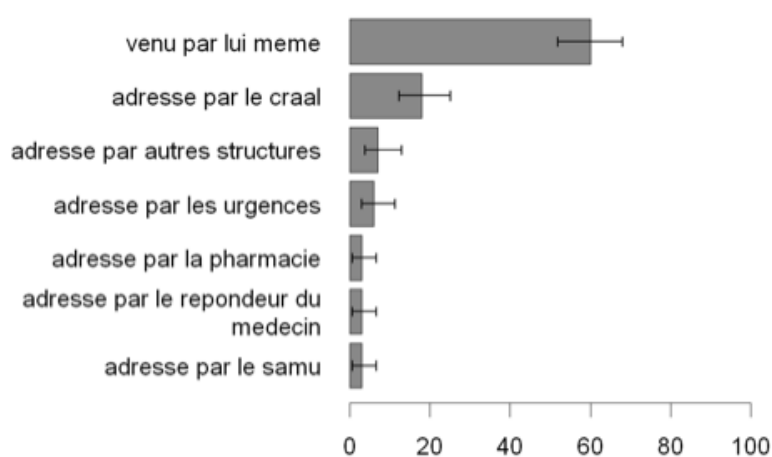
	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
consulte car horaires	102	68	[59.39-74.81]	151	4
consulte car medecin absent	24	16	[10.64-22.93]	151	4
consulte car medecin complet	16	11	[6.37-16.91]	151	4
consulte car medecin injoignable	8	5	[2.48-10.52]	151	4
consulte car plus simple	6	4	[1.63-8.83]	151	4
consulte car autres raisons	4	3	[0.73-6.64]	151	4
consulte car insatisfait medecin	3	2	[0.41-5.7]	151	4
consulte car pas de medecin	1	1	[0.02-3.63]	151	4
consulte car gratuit	0	0	[0-2.41]	151	4



68% des patients de l'échantillon, avancent comme motif de consultation à la maison médicale de garde, un problème survenu en dehors des heures ouvrables des cabinets de médecine générale, comme le veut la définition de la permanence des soins. 32% des patients consultent pour une autre raison

2. Adressage

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
venu par lui meme	91	60	[51.96-68.03]	151	4
adresse par le craal	27	18	[12.31-25.13]	151	4
adresse par autres structures	11	7	[3.88-12.98]	151	4
adresse par les urgences	9	6	[2.94-11.35]	151	4
adresse par le samu	4	3	[0.73-6.64]	151	4
adresse par le repondeur du medecin	4	3	[0.73-6.64]	151	4
adresse par la pharmacie	4	3	[0.73-6.64]	151	4



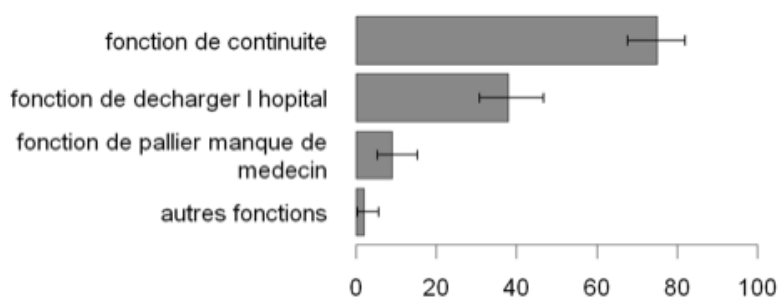
Seul 18% de l'échantillon a été adressé en consultation à la maison médicale de garde par le CRRAL, comme le préconise la définition actuelle de la permanence des soins. 60% des patients de l'échantillon se sont présentés en consultation à la maison médicale de garde d'eux mêmes. 6% ont été adressés par le service d'accueil des urgences de l'hôpital de Calais.

3. Consultations répondant aux critères stricts de la permanence des soins

Sur l'ensemble de l'échantillon seuls 24 patients sur 155, soit 15%, ont consulté car leur problème était survenu en dehors des heures d'ouverture des cabinets de médecine générale, ET ont été adressés par le CRRAL après régulation téléphonique.

4. Fonction de la maison médicale de garde

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
fonction de continuité	114	75	[67.71-81.96]	151	4
fonction de décharger l'hôpital	58	38	[30.72-46.7]	151	4
fonction de pallier manque de médecin	14	9	[5.35-15.35]	151	4
autres fonctions	3	2	[0.41-5.7]	151	4



75% de l'échantillon a connaissance du rôle premier de la maison médicale de garde, à savoir assurer la permanence des soins. 9% de l'échantillon pense qu'elle a fonction de pallier au manque de médecins à Calais.

5. Urgence ressentie inférieure à 5

urgence_ressentie_infcinq : degré d'urgence ressentie inférieure à 5

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	105	70	[61.89-77.06]
Oui	45	30	[22.94-38.11]
Total.valides	150	100	-
Manquante	5	-	-



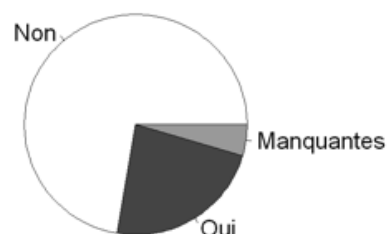
70% de l'échantillon a consulté à la maison médicale de garde pour un motif de consultation avec un niveau d'urgence ressentie supérieur ou égal à 5, c'est à dire ne pouvant pas attendre le lendemain matin selon le patient. A contrario, 30% des patients de l'échantillon ont consulté pour un motif de niveau d'urgence ressentie strictement inférieur à 5 et qui, selon eux, auraient pu attendre le lendemain matin et l'ouverture des cabinets de médecine générale.

3. Réponses aux questions secondaires

1. Recherche d'un retard à la consultation médicale

debut_suptrentesix : début des symptômes depuis plus de 36h

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	112	76	[67.81-82.18]
Oui	36	24	[17.82-32.19]
Total.valides	148	100	-
Manquante	7	-	-



sup36_et_pas_cs_mt : début des symptômes depuis plus de 36h ET pas de consultation du médecin traitant

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Non	130	84	[76.91-89.1]
Oui	25	16	[10.9-23.09]
Total.valides	155	100	-



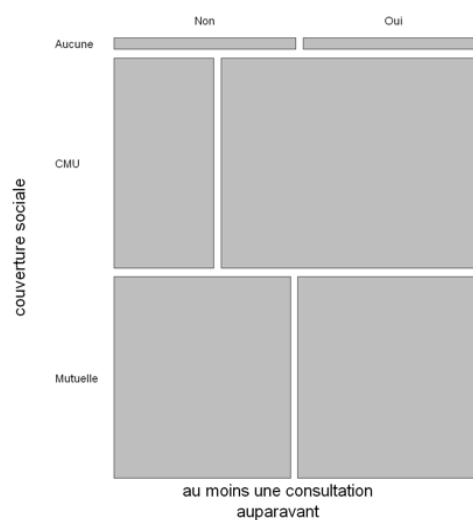
24% de l'échantillon, soit 36 patients, consultent pour un motif évoluant depuis minimum 36 heures. Sur ces 36 patients, 25 d'entre eux, soit 69%, n'ont pas consulté leur médecin traitant pour ce même motif, ils représentent 16% de l'échantillon total.

2. Différences entre les types de couverture sociale

Colonnes : au moins une consultation auparavant
lignes : couverture sociale

	Non	Oui	Total
Aucune	2 (50%)	2 (50%)	4
CMU	20 (27.4%)	53 (72.6%)	73
Mutuelle	34 (48.57%)	36 (51.43%)	70
Total	56	91	147

Test de Fisher exact : $p = 0.02$



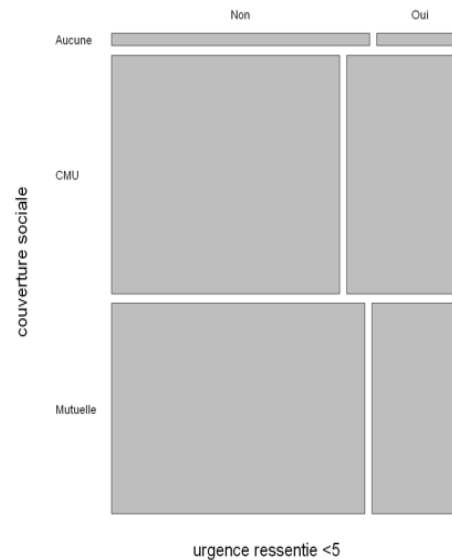
Concernant les consultations préalables à la maison médicale de garde, il existe une différence significative entre les patients bénéficiant de la CMUc et ceux bénéficiant d'une complémentaire santé de type mutuelle.

Les patients bénéficiant de la CMUc sont plus nombreux à avoir déjà consulté à la maison médicale de garde, que les patients bénéficiant d'une mutuelle.

Colonnes : urgence ressentie <5
lignes : couverture sociale

	Non	Oui	Total
Aucune	3 (75%)	1 (25%)	4
CMU	51 (66.23%)	26 (33.77%)	77
Mutuelle	50 (73.53%)	18 (26.47%)	68
Total	104	45	149

Test de Fisher exact : $p = 0.699$



Concernant les patients consultant avec un motif de niveau d'urgence ressentie strictement inférieur à 5, il n'existe pas de différence significative entre les populations CMUc et mutuelle.

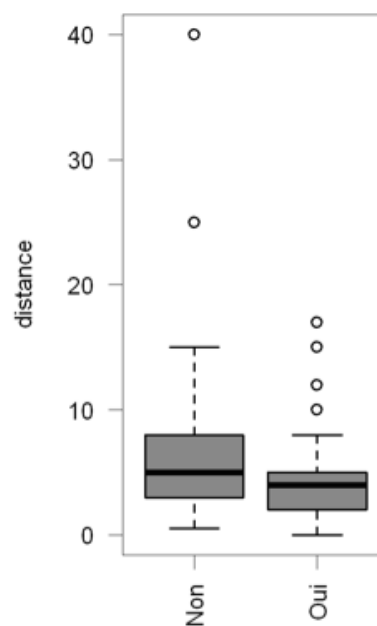
3. Recherche d'un effet de proximité

cs_mmg_supun : au moins une consultation à la maison médicale de garde auparavant

distance : distance du lieu de residence du patient de la maison medicale de garde (en Km)

	Non	Oui
Effectif	57	90
Moyenne	6.863	4.436
Ecart.type	7.069	3.23
Minimum	0.5	0
Mediane	5	4
Maximum	40	17

Test de Student : $p = 0.00534$



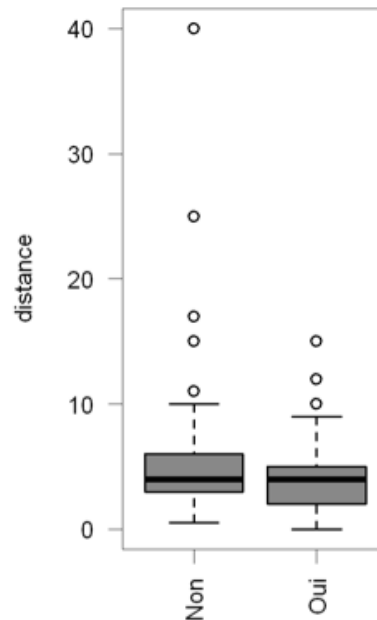
Les patients ayant déjà consulté au moins une fois, habitent davantage à proximité de la maison médicale de garde que le reste de l'échantillon.

urgence_ressentie_infcinq : degré d'urgence ressentie inférieure à 5

distance : distance du lieu de residence du patient de la maison medicale de garde (en Km)

	Non	Oui
Effectif	103	45
Moyenne	5.572	5.158
Ecart.type	5.68	4.112
Minimum	0.5	0
Mediane	4	4
Maximum	40	15

Test de Student : **p = 0.66**



Il n'existe pas de différence significative de distance entre le lieu de résidence et la maison médicale de garde, entre les patients consultant pour un motif de degré d'urgence ressentie strictement inférieur à 5 et le reste de l'échantillon.

IV. Discussion

1. Résumé des résultats

1. Une vraie structure de la permanence des soins.

Pour 68% des patients de l'échantillon, le motif de consultation à la maison médicale de garde est la survenue, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale, de leur problème. Il s'agit donc d'un premier résultat/constat, faisant de la maison médicale de garde de Calais une véritable structure de la permanence des soins. Puisque répondant à une demande de soins ciblée pendant laquelle les cabinets de médecine ambulatoire sont fermés, nous sommes bien dans les critères d'inclusion de la permanence des soins.

Deux résultats confirment et vont dans le sens du premier : 67% de l'échantillon aurait consulté au service d'accueil des urgences de Calais en cas de fermeture de la maison médicale de garde, contre 33%. 70% de l'échantillon consultait pour un motif avec un niveau d'urgence ressentie strictement supérieur à 5 et donc nécessitant, toujours selon leur propre ressenti, un avis médical avant le lendemain matin. Ceci témoigne bien d'une véritable demande de soins ressentie comme urgente de la part de la population consultante et relevant donc de la permanence des soins ambulatoire.

95% des patients consultant, habitent à une distance comprise entre 4,58km et 6,23km de la maison médicale de garde. Nous sommes bien ici dans les limites du secteur de permanence des soins, défini par le préfet et couvert par l'association CALUR.

Avec une médiane de durée d'évolution des symptômes de 14h et l'absence de consultation préalable du médecin traitant dans 85% des cas, nous sommes bien dans le cadre d'une médecine de premier recours concernant des pathologies aiguës ou subaiguës.

Enfin, lorsque l'échantillon est interrogé sur la fonction présumée de la maison médicale de garde de Calais, 75% répondent qu'elle a pour fonction d'assurer la continuité et la permanence des soins. La maison médicale de garde de Calais est donc reconnue et utilisée par la population consultante de façon majoritaire comme une structure de la permanence des soins.

2. L'ambivalence de la population Calaisienne

Plusieurs résultats vont dans la contradiction de ces premiers et montrent l'ambivalence de la population consultante vis à vis de la maison médicale de garde.

32% de la population consultante consultait à la maison médicale de garde pour une autre raison qu'une survenue en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale de leur problème. Pour mémoire, 16% consultent car leur médecin est absent et non remplacé, et 11% consultent car le planning de consultation de leur médecin est complet et celui-ci ne peut les recevoir le jour même.

En effet, parmi les patients de l'échantillon, 30% ont consulté pour un motif qu'ils ont eux même jugé non urgent, ou alors pouvant attendre l'ouverture des cabinets de médecine générale le

lendemain matin (niveau d'urgence ressentie strictement inférieur à 5). Ainsi, cela va à l'encontre des critères d'inclusion actuels de la permanence des soins. Cependant, l'étude de cette population ne montre pas de différence statistiquement significative concernant la distance du lieu de résidence de la maison médicale de garde, la couverture sociale et le nombre de consultation antérieure à la maison médicale de garde, avec le reste de l'échantillon. Ainsi, nous pouvons supposer que la maison médicale de garde est considérée par cette partie de l'échantillon, comme étant un lieu de consultation non spécifique, ne répondant pas à sa mission initiale, faute de communication, d'éducation sur le sujet.

Enfin, il existe une véritable inadéquation concernant le principal pilier de la permanence des soins. Il s'agit de la régulation téléphonique entre l'utilisation de population Calaisienne et la volonté des textes de loi. Puisque seul 18% de l'échantillon consultant était adressé après régulation médicale par le CRRAL.

Au total, seul 15% de l'échantillon consultait dans le cadre de la permanence des soins tel qu'il est défini par les textes de loi et répondant à son organisation qui en découle. Une consultation régulée pour un motif de consultation survenue en dehors des heures d'ouverture des cabinets de médecine générale pour une population définie par son secteur.

3. Les explications apportées par l'étude

1. Un lieu de consultation fixe et connu de tous, et une régulation téléphonique ne répondant pas aux attentes des patients.

La maison médicale de garde est le lieu fixe affecté à la permanence des soins à Calais. Ainsi, la population Calaisienne sait où se rendre pour voir un médecin et pouvoir consulter, ceci sans devoir appeler au préalable la régulation. La maison médicale de garde est bien identifiée/repérée par la population Calaisienne, géographiquement et dans son fonctionnement (accueil, horaires d'ouverture), puisque 60% des patients de l'échantillon étaient venus d'eux même en consultation. Ainsi, la régulation téléphonique ne semble pas véritablement répondre aux attentes des patients qui privilégient le colloque singulier offert par l'accès direct au médecin de garde. Nous sommes ici confrontés à une différence significative avec le milieu rural, où les villes ne disposant pas de maison médicale de garde, puisque seul le CRRAL peut informer où se trouve le cabinet du médecin de garde, et donc où la régulation prend tout son sens. L'outil qu'est le CRRAL dans la régulation de la permanence des soins ne semble pas adapté en zone urbaine équipée d'une maison médicale de garde. Il serait intéressant de comparer la satisfaction des populations urbaines, rurales et semi-rurales vis à vis de la qualité des soins proposés et reçus en période de permanence des soins

2. Une démographie médicale en souffrance

Je rappelle que 16% des patients de l'échantillon consultaient, car leur médecin était absent et non remplacé, et 11% consultaient, car leur médecin ne pouvait les recevoir le jour même.

Les résultats mettent également en évidence un retard relatif à la consultation d'une partie

de la population Calaisienne. Ainsi, bien que cela reste un critère assez subjectif, et lié à l'expérience et au vécu du patient, 16% de l'échantillon, soit 25 patients, ont consulté pour un motif évoluant depuis plus de 36h minimum, sans avoir pu consulter leur médecin traitant préalablement. Lorsque l'on étudie cette population de 25 patients (statistiquement trop petite pour être comparée en tant que variable significative), seuls 54% consultaient car leur problème était survenu en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale. 25% consultaient, car leur médecin était absent et non remplacé, 8% car leur médecin ne pouvait les recevoir, et 8% car il était plus facile (ANNEXE 3).

L'analyse des horaires de consultations est difficilement interprétable en raison de la différence des horaires d'ouverture de la maison médicale de garde, en semaine et lors des week-end et jours fériés. Cependant, je constate que 28% de l'échantillon consultaient entre 20h et 21h, soit dès la première heure d'ouverture en semaine, et soit moins de 2 heures après la fermeture des cabinets de médecine générale. Ces deux résultats sont bien le reflet d'une démographie médicale en berne et d'une difficulté relative à l'accès aux soins à Calais. La maison médicale de garde apparaît ainsi comme étant une alternative pour cette partie de la population Calaisienne, et joue donc le rôle de substitut des cabinets de médecine ambulatoire.

3. Une population consultante à faible niveau économique et social

Comme précisé précédemment, 51% de la population consultante bénéficiait de la CMUc, et 45% d'une mutuelle. Ceci bien que selon l'INSEE, le bassin Calaisien ne compte uniquement que 15,5% de sa population bénéficiaire de la CMU-c et 9,4% de CMU de base. Cette proportion importante est retrouvée dans la littérature, et notamment dans le travail de Gentile et al.²⁹. L'étude de la permanence des soins en médecine de ville dans le Nord- Pas de Calais menée par l'URCAM en Aout 2005³⁰, avance « *un recours au médecin d'astreinte quasiment trois fois plus important*

que le reste de la population » pour les bénéficiaires de la CMUc. Par ailleurs, il apparaît également que concernant les personnes ayant déjà consulté au moins une fois à la maison médicale de garde auparavant, les patients bénéficiant de la CMUc étaient significativement plus nombreux 58%, contre 39% de couverture par mutuelle. Ainsi, il apparaît clairement que cette population à faible niveau économique et social « consomme » d'avantage de soins médicaux que le reste de la population, et notamment en période de permanence des soins à la maison médicale de garde. Cette dernière étant significativement plus nombreuse à Calais en comparaison au reste de la France, les répercussions sur la maison médicale de garde est importante. Cependant, les différentes hypothèses pouvant être émises d'après ce résultat, ne sont malheureusement pas explorées par le questionnaire :

- Un état de santé plus précaire. L'état de santé d'une personne est caractérisé par des interactions complexes entre différents facteurs socio-environnementaux, individuels, économiques. L'Agence de santé publique Canadienne a publié une liste de douze facteurs déterminant l'état de santé d'une population, dont le niveau de revenus et le statut social, l'éducation et l'alphabétisme, les réseaux de soutien social, l'emploi et les conditions de travail³¹. Il peut ainsi apparaître normal qu'une population ayant un état de santé précaire, soit amenée à consulter davantage que le reste de la population. Il serait pertinent d'observer si ce résultat s'applique de la même manière aux soins primaires ambulatoires, qu'à la permanence des soins.
- Une population moins sensibilisée à la fonction première de la maison médicale de garde. A l'heure où les patients exigent tout et rapidement de la médecine, sans doute sont-ils moins sensibles aux différentes structures de soins en place et à leur fonction première.
- La dispense d'avance des frais. Le tarif de la consultation en période de garde (C+CRN soit 65,50€ pour un adulte) peut être un frein, ou alors un élément de réflexion sur la

pertinence de la consultation. Ainsi, le tiers payant total appliqué au patient bénéficiaire de la CMUc pourrait être un facteur facilitateur de consultation en période permanence des soins à Calais.

- Un facteur géographique. L'hôpital de Calais et sa maison médicale de garde sont situés derrière la zone d'urbanisation prioritaire de Beau-Marais.

4. Un effet de proximité

Un effet de proximité. Les résultats nous montrent que les patients ayant consulté au moins une fois à la maison médicale de garde auparavant, habitent plus à proximité de cette dernière, que le reste de l'échantillon. La permanence des soins à Calais étant assurée en un lieu unique, cet effet de proximité va davantage dans le sens d'une structure de soins primaires habituelle. Cependant, il n'existait pas de différence significative entre la distance du lieu de résidence de la maison médicale de la population consultant pour un motif de degré d'urgence ressentie strictement inférieur à 5 et le reste de la population. Nous pouvons donc imaginer que la population habitant à proximité de la maison médicale, consulte plus facilement en période de permanence des soins, car ils ont l'assurance de trouver un médecin qui les accueillera, mais que cela reste tout de même ponctuel. Il s'agit là d'un mauvais usage de cette structure de permanence des soins telle qu'elle est voulue par le législateur lié à un défaut d'information, d'éducation sur sa fonction primaire.

5. Une patientèle pédiatrique

Avec une moyenne d'âge de l'échantillon à 16 ans et une médiane à 8 ans (3ème quartile à 27 ans), la patientèle de la maison médicale est clairement pédiatrique. Dans la majorité des cas, il

s'agit de pathologies de la sphère ORL, digestive, pulmonaire bénigne ou d'état fébrile. Ainsi, le jeune âge de la patientèle ne nécessite pas autant, dans la majorité des cas, la connaissance du dossier médical dont aurait besoin le médecin pour une consultation concernant un adulte polypathologique par exemple. De plus, l'inquiétude que les parents peuvent avoir envers les enfants, est toujours plus importante que chez les adultes. Autant d'éléments qui font que le patient préfère voir rapidement un médecin, sans forcément qu'il y ait d'importance à ce que ce soit le médecin de famille. La population Calaisienne trouve encore ici son utilité en tant que lieu de consultation de premier recours concernant des pathologies aiguës intercurrentes, totalement dissociées du suivi au long cours, examens de routines et vaccination réalisés par le médecin de famille.

2. Validité des résultats

Je pense avoir été rigoureux dans l'élaboration, la conception, et la réalisation de ce travail pour valider sur le plan statistique ces résultats. Cependant, rétrospectivement nous pouvons souligner les différents biais apparus au cours de l'analyse, et donc les prendre en compte dans la validité des résultats.

1. Un effectif restreint, mais suffisant.

Avec 155 patients inclus, il s'agit d'une étude avec un faible effectif. Cependant, conformément au nombre de patients nécessaires calculé, l'échantillon est suffisant pour l'objectif principal descriptif de ce travail. Un effectif plus grand n'apporterait que davantage de puissance à cette étude.

2. Biais de sélection

Sur la période de l'étude, 155 patients ont été inclus sur un ensemble de 33 jours de garde différents, incluant 7 dimanches, 2 samedis et 1 jour férié. Bien que l'attribution des jours de garde des médecins participant à l'étude, fut aléatoire, il existe un nombre disproportionné de jours non ouvrables et notamment de dimanches. La population consultante pourrait différer entre les weekends et jours fériés et les jours de semaine, notamment compte tenu du fait que Calais soit une ville du littoral attractive pour ses activités plein air, dont la plage, durant la période de notre travail. Cela pourrait influencer les résultats sur l'origine géographique des patients et sur le motif de consultation, car il n'existe pas sur la journée du dimanche, d'ouverture des cabinets de médecine générale.

3. Biais de classement

Les réponses ouvertes du questionnaire sont soumises à un biais de classement, lié à la mémorisation de certaines réponses de la part du patient, et également à une potentielle erreur d'estimation de ce dernier (estimation du début des symptômes, estimation de la distance du domicile ...)

4. Biais de volontariat

L'étude étant basée sur la participation libre des patients consultant la maison médicale de garde, il se peut que les personnes volontaires à la participation de ce travail soient différentes de celles ayant refusé.

3. Conclusion sur la question posée

La réponse à la question principale de ce travail sur la place accordée par la population Calaisienne à la maison médicale de garde dans le parcours de soin, est partagée.

Ces différents résultats montrent assez nettement, que la maison médicale de garde est essentiellement considérée comme étant la structure de la permanence des soins à Calais. A savoir, une solution médicale ambulatoire et une alternative bien rodée au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Calais. Notamment en cas d'urgence réelle ou ressentie relevant de la médecine générale, destinée et utilisée par la population Calaisienne en dehors des heures d'ouverture des cabinets, pour des pathologies aiguës, en premier recours.

Cependant, il apparaît assez clairement que certains soins de médecine ambulatoire se déplacent des cabinets de médecine générale vers la maison médicale de garde. Conséquence multifactorielle de la préférence du patient de favoriser ce colloque singulier qu'est la consultation, à la régulation téléphonique. Mais également, de la situation géographique limitrophe d'une zone d'urbanisation prioritaire, d'une population peu sensibilisée à sa fonction, de l'évolution sociétale, qui a fait de la médecine un produit de consommation courante, mais surtout et avant tout d'une démographie médicale en souffrance à Calais. Les médecins généralistes en place ne peuvent déjà pas absorber toute la demande de soins ambulatoires journalière, il leur est ainsi difficile en plus de sensibiliser, d'éduquer, de faire de la prévention et de conseiller les patients au bon usage de la permanence des soins.

Il s'agit ici bien entendu d'un travail quantitatif, ayant eu pour principal objectif de décrire les modalités et raisons d'accès à un système de garde pour une population donnée avec ses propres

particularités épidémiologiques, socio-économiques, géographiques. Cependant, ce travail n'étudie en aucun cas la représentation de leur état de santé et la perception de la gravité et de l'état d'urgence de leur pathologie, qui motivent la consultation dans une structure relevant de l'urgence. Cela impliquerait un travail qualitatif sur les représentations de l'urgence de la population Calaisienne.

V. Annexes

ANNEXE 1 : Questionnaire de participation à la Thèse de médecine générale sur l'état actuel de la permanence des soins à Calais et la fonction de la maison médicale de garde.

Questionnaire libre et anonyme, merci de votre participation.

- **Date du Jour (JJ/MM/AAAA) :** |_|_|/|_|_|/|_2_|_|_0_|_|_1_|_|_4_| **Heure** |_|_| : |_|_|

- **Age:** |_|_| **Ans** ou |_|_| **Mois si moins de 2 ans** , **Sexe** M F

- **Couverture sociale complémentaire :**
Mutuelle CMU Aucune

- **Distance du lieu de résidence par rapport à la maison médicale de garde :** km

Si vous ne savez pas, nom de votre rue et de votre ville :

.....

- **Motif de consultation (en quelques mots) :**

.....

- **Depuis combien de temps vous ou la personne que vous accompagnez est elle malade ? :**
..... heures

- **Avez-vous consulté votre médecin traitant avant de venir ?**

OUI

NON

- **Entourez selon vous le niveau d'urgence correspondant à votre motif de consultation (0 : aucun critère d'urgence, 5 : nécessité d'une consultation avant le lendemain matin, 10 : nécessité d'une consultation médicale dans la demi heure)**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

- **Initialement vous souhaitiez consulter:**

Aux urgences de l'hôpital de Calais

A la maison médicale de garde

- **Combien de fois avez vous consulté à la maison médicale de garde auparavant :**

- **Si la maison médicale de garde n'existait pas, auriez vous consulté aux urgences pour ce même motif ?**

OUI

NON

- Vous consultez à la maison médicale de garde car (plusieurs réponses possibles):**
- Votre problème est survenu en dehors des heures d'ouverture de votre médecin traitant.
 - Votre médecin traitant n'est pas joignable.
 - Votre médecin traitant est absent et n'est pas remplacé.
 - Votre médecin traitant ne peut pas vous recevoir aujourd'hui.
 - Vous n'avez pas de médecin traitant.
 - Vous n'êtes pas satisfait de la prise en charge de votre médecin traitant concernant ce problème
 - C'est plus simple. (proximité, consultation sans rendez-vous...)
 - Il n'y a pas d'avance de frais, c'est gratuit
 - Autres (précisez) : _____

- Vous avez été adressé à la maison médicale de garde par:**
- Le CRAAL (centre de régulation des appels).
 - Le Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital.
 - Le SAMU.
 - Le répondeur téléphonique de votre médecin traitant.
 - Votre pharmacie.
 - Vous êtes venu par vous même.
 - Autres (précisez) : _____

- Selon vous la maison médicale de garde de Calais a pour fonction de :**
- Palier au manque de médecin généraliste à Calais
 - Assurer la continuité des soins en dehors des heures ouvrables des cabinets
 - Décharger l'hôpital et notamment les services d'urgences
 - Autres (précisez) : _____

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !!!

Fin du questionnaire

ANNEXE 2 : Récapitulatif des statistiques descriptives.

Variables	Modalités	Descriptif n = 155	NA
HEURE		18.5 +/- 3.61	Valeurs manquantes = 59
AGE		16.41 +/- 17.81	Valeurs manquantes = 0
SEXE		45.38% (n=59)	Valeurs manquantes = 25
COUVERTURE SOCIALE			Valeurs manquantes = 1
	Aucune	3.25% (n=5)	
	CMU	51.3% (n=79)	
	Mutuelle	45.45% (n=70)	
DISTANCE		5.41 +/- 5.17	Valeurs manquantes = 2
DEBUT DES SYMPTOMES		37.86 +/- 88.61	Valeurs manquantes = 8
DÉBUT SYMPTOMES>36		24.32% (n=36)	Valeurs manquantes = 7
CONSULTATION MEDECIN TRAITANT		14.84% (n=23)	Valeurs manquantes = 0
URGENCE RESENTIE		5.37 +/- 2.41	Valeurs manquantes = 5
URGENCE RESENTIE <5		30% (n=45)	Valeurs manquantes = 5
CONSULTATION INITIALE			Valeurs manquantes = 3
	a la maison médicale de garde	95.39% (n=145)	
	aux urgences	4.61% (n=7)	
CONSULTATION MAISON MEDICALE DE GARDE AUPARAVANT		2.79 +/- 4.34	Valeurs manquantes = 7
AU MOINS UNE CONSULTATION AUPARAVANT		61.49% (n=91)	Valeurs manquantes = 7
CONSULTATION AUX URGENCES SI MMG FERMÉE		66.89% (n=101)	Valeurs manquantes = 4
RAISONS DE CONSULTATION À LA MAISON MEDICALE DE GARDE			
	consulte car horaires	68% (n=102)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car medecin injoignable	5% (n=8)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car medecin absent	16% (n=24)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car medecin complet	11% (n=16)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car pas de medecin	1% (n=1)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car insatisfait medecin	2% (n=3)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car plus simple	4% (n=6)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car gratuit	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car autres raisons	3% (n=4)	Valeurs manquantes = 4
ADRESSE PAR			
	adresse par le craal	18% (n=27)	Valeurs manquantes = 4
	adresse par les urgences	6% (n=9)	Valeurs manquantes = 4
	adresse par le samu	3% (n=4)	Valeurs manquantes = 4
	adresse par le repondeur du medecin	3% (n=4)	Valeurs manquantes = 4
	adresse par la pharmacie	3% (n=4)	Valeurs manquantes = 4
	venu par lui meme	60% (n=91)	Valeurs manquantes = 4
	adresse par autres structures	7% (n=11)	Valeurs manquantes = 4
FONCTIONS			
	fonction de continuite	75% (n=114)	Valeurs manquantes = 4
	fonction de decharger l hopital	38% (n=58)	Valeurs manquantes = 4
	fonction de pallier manque de medecin	9% (n=14)	Valeurs manquantes = 4
	autres fonctions	2% (n=3)	Valeurs manquantes = 4
MOTIF DE CONSULTATION			Valeurs manquantes = 9
	autres	9.59% (n=14)	
	biologie	1.37% (n=2)	
	cardiologie	0.68% (n=1)	
	dermatologie	10.27% (n=15)	
	digestif	15.75% (n=23)	
	fièvre	17.12% (n=25)	
	neurologie	2.05% (n=3)	
	ORL	15.07% (n=22)	
	pneumologie	12.33% (n=18)	
	psychiatrie	0.68% (n=1)	
	rhumatologie	2.74% (n=4)	
	traumatologie	8.9% (n=13)	
	urologie	3.42% (n=5)	

ANNEXE 3: Tableau comparaison DEBSUP36 + CSMEDTTTNON

Variables	Modalités	Sympt<36 OU cs MT n=130	Sympt>36 ET pas de cs MT n=25	NA
HEURE		18.34 +/- 3.64	19.31 +/- 3.42	Valeurs manquantes = 59
AGE		15.96 +/- 18.1	18.75 +/- 16.38	Valeurs manquantes = 0
SEXE		45% (n=49)	48% (n=10)	Valeurs manquantes = 25
COUVERTURE SOCIALE	Aucune	3% (n=4)	4% (n=1)	Valeurs manquantes = 1
	CMU	51% (n=66)	52% (n=13)	
	Mutuelle	46% (n=59)	44% (n=11)	
DISTANCE		5.42 +/- 5.38	5.31 +/- 3.98	Valeurs manquantes = 2
DEBUT DES SYMPTOMES		23.2 +/- 64.27	109.44 +/- 143.22	Valeurs manquantes = 8
DÉBUT SYMPTOMES>36		9% (n=11)	100% (n=25)	Valeurs manquantes = 7
CONSULTATION MEDECIN TRAITANT		18% (n=23)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 0
DÉBUT>36 ET PAS CS MT		0% (n=0)	100% (n=25)	Valeurs manquantes = 0
URGENCE RESSENTIE		5.49 +/- 2.42	4.75 +/- 2.31	Valeurs manquantes = 5
URGENCE RESSENTIE <5		28% (n=35)	42% (n=10)	Valeurs manquantes = 5
CONSULTATION INITIALE	a la maison médicale de garde	96% (n=122)	92% (n=23)	Valeurs manquantes = 3
	aux urgences	4% (n=5)	8% (n=2)	
CONSULTATION MAISON MEDICALE DE GARDE AUPARAVANT		2.8 +/- 4.45	2.76 +/- 3.8	Valeurs manquantes = 7
AU MOINS UNE CONSULTATION AUPARAVANT		60% (n=74)	68% (n=17)	Valeurs manquantes = 7
CONSULTATION AUX URGENCES SI MMG FERMÉE		67% (n=84)	68% (n=17)	Valeurs manquantes = 4
RAISONS DE CONSULTATION À LA MAISON MEDICALE DE GARDE	consulte car horaires	70% (n=89)	54% (n=13)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car medecin injoignable	6% (n=7)	4% (n=1)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car medecin absent	14% (n=18)	25% (n=6)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car medecin complet	11% (n=14)	8% (n=2)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car pas de medecin	1% (n=1)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car insatisfait medecin	2% (n=3)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car plus simple	3% (n=4)	8% (n=2)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car gratuit	0% (n=0)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 4
	consulte car autres raisons	2% (n=3)	4% (n=1)	Valeurs manquantes = 4
ADRESSE PAR	adresse par le craal	17% (n=22)	21% (n=5)	Valeurs manquantes = 4
	adresse par les urgences	8% (n=8)	4% (n=1)	Valeurs manquantes = 4
	adresse par le samu	3% (n=4)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 4
	adresse par le repondeur du medecin	3% (n=4)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 4
	adresse par la pharmacie	3% (n=4)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 4
	venu par lui meme	59% (n=75)	67% (n=16)	Valeurs manquantes = 4
	adresse par autres structures	8% (n=10)	4% (n=1)	Valeurs manquantes = 4
FONCTIONS	fonction de continuite	76% (n=96)	75% (n=18)	Valeurs manquantes = 4
	fonction de decharger l hopital	39% (n=49)	38% (n=9)	Valeurs manquantes = 4
	fonction de pallier manque de medecin	8% (n=10)	17% (n=4)	Valeurs manquantes = 4
	autres fonctions	2% (n=3)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 4

- 1 CHARLES DESCOURS
Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins,
Remis à Monsieur J.F Mattei, ministre de la santé, le 22 janvier 2003
- 2 ARMEL
Historique de la PDS,
[URL: <http://www.armel-mip.fr/spip.php?article72>]
- 3 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
Article 47
Code de déontologie médicale
- 4 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
Article 77
Code de déontologie médicale
- 5 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
Avenant n° 10 à la convention médicale
[URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT0000275144>]
- 6 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
Relative à la permanence des soins en ville
Circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 Juillet 2002
- 7 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
Relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire
Circulaire DHOS/01 n° 587-2003 du 12 décembre 2003
- 8 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
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
Décret n°2003-880 du 15 Septembre 2003
- 9 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
Relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire
Circulaire DHOS/01 n° 587-2003 du 12 décembre 2003
- 10 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
Relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire
Circulaire DHOS/01 n° 587-2003 du 12 décembre 2003
- 11 ARS NORD-PAS-DE-CALAIS
Dossier de presse
Point presse mensuel du 12/01/2012
- 12 BLANCHARD P., DUPONT M., OLLIVIER R., et al.
Evaluations du nouveau dispositif de permanence des soins. Mars 2006.
Rapport n°2006 029 inspection générale des affaires sociales et rapport n° 06 007 02 inspection générale de l'administration.
- 13 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
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
Décret n° 2003 - 880 du 15 septembre 2003
- 14 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
Relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire
Circulaire DHOS/01 n° 587-2003 du 12 décembre 2003
- 15 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
Relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire
Circulaire DHOS/01 n° 587-2003 du 12 décembre 2003
- 16 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
Relative aux missions de l'hôpital local

Circulaire du 28 mai 2003

- 17 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
Relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire
Circulaire N° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 Du 23 Mars 2007
- 18 ARS NORD-PAS-DE-CALAIS
Schéma régional de l'offre de soins
Volet ambulatoire, ANNEXE PDSA, Etat des lieux de la permanence des soins ambulatoires au 1er janvier 2011
- 19 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
Avenant 4
Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes
- 20 ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Etat des lieux de la permanence des soins au 01/01/2014
[URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1393>]
- 21 COUR DES COMPTES
Relative à la permanences des soins
Rapport public annuel de la cour des comptes sur la sécurité sociale en 2013
- 22 CALUR
Statut de l'association CALUR
- 23 CALUR
Convention CALUR-CHC
- 24 MAIRIE DE CALAIS
Fiche signalétique
[URL: <http://www.calais.fr/-calais-en-chiffres-#.VCEym-f6gy4>, Mairie de Calais]
- 25 INSEE
Base de donnée
[URL: <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/esl/comparateur.asp?codgeo=COM-62193&codgeo=DEP-62&codgeo=REG-31&codgeo=METRODOM-M>]
- 26 ARS NORD-PAS-DE-CALAIS
Données du régime général au 31/12/2013
- 27 CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS
Démographie médicale nationale
[URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>]
- 28 CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DU PAS-DE-CALAIS
Données CALUR
- 29 GENTILE S., AMADEI E., BOUVENOT J., et al.
Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie.
Santé Publique, 2004, 16, 63-74.
- 30 URCAM NORD-PAS-DE-CALAIS
La permanence des soins en médecine de ville dans le Nord-Pas-De-Calais
Aout 2005
- 31 AGENCE DE LA SANTE PUBLIQUE DU CANADA
Qu'est qui détermine la santé ?
[URL: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#health_stat]

AUTEUR : FEUTRIE Gaspard

Date de soutenance : 20/11/2014

Titre de la thèse :

« Place de la maison médicale de garde de Calais dans le parcours de soin : le point de vue des patients. »

Thèse – Médecine – Lille 2014

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : permanence des soins ambulatoire, maison médicale de garde,

« Place de la maison médicale de garde de Calais dans le parcours de soin : le point de vue des patients. »

Introduction : La permanence des soins est définie comme étant la réponse à tout moment, à une demande en situation d'urgence réelle ou ressentie, présentée par un patient, sur un territoire donné en dehors des heures ouvrables des cabinets de médecine générale. Conséquence d'une densité médicale bien en dessous des moyennes nationales et départementales, des caractéristiques épidémiologiques de sa population et de l'évolution sociétale concernant la consommation de soins de santé, la maison médicale de garde de Calais semble victime de son succès. Nous avons voulu définir la place de la maison médicale de garde de Calais dans le parcours de soins, en se plaçant du point de vue des patients. Est-elle perçue et utilisée comme une véritable structure de la permanence des soins, ou pallie-t-elle davantage à la difficulté d'accès aux soins à Calais.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle prospective, traitant des raisons et des modalités de consultation à la maison médicale de garde de Calais par la population Calaisienne. Les patients consultant la maison médicale de garde en période de permanence, répondaient volontairement à un questionnaire. Les données étaient analysées de façon descriptive, stratifiée et inférentielle.

Résultats : Les données épidémiologiques montraient une population consultante jeune et de faible niveau social. La maison médicale de garde par son activité est la structure de choix de la permanence des soins à Calais pour les patients et une vraie alternative au service d'accueil des urgences, répondant à demande de soins de premier recours considérée ou ressentie comme urgente. Mais elle est aussi la solution de secours à ce qui souvent relève des soins ambulatoires programmés, conséquence d'une densité médicale insuffisante, d'une sensibilisation insuffisante de la population à sa fonction et d'une régulation téléphonique ne répondant pas à leur attente.

Discussion : La permanence des soins à Calais, sans être une exception, souffre d'un défaut d'éducation sur la fonction primaire de sa maison médicale de garde mais avant tout d'une densité médicale insuffisante. Il s'agit là d'un problème récurrent du système de soins français, sans que des solutions pérennes, pour les patients comme les praticiens, ne soient avancées par les législateurs.

Président : Professeur Raymond GLANTENET

Asseseurs : Professeur Alain MARTINOT

Docteur Florence RICHARD

Docteur Pascal DUBUS

Directeur : Docteur François René KNOCKAERT