



UNIVERSITE DE LILLE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

**Thèse pour le diplôme d'état
de docteur en médecine**

**Les Maisons Médicales de Garde dans le Nord et leur impact sur le Centre
de Réception et de Régulation des Appels Libéraux (CRRAL) en 2017.**

Présentée et soutenue publiquement le 4 octobre 2018
à 13h30 au Pôle Formation
Par Hélène WILLART

JURY

Président :

Monsieur le Professeur WIEL Eric

Assesseurs :

Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

Monsieur le Docteur CALAFIORE Matthieu

Monsieur le Docteur VOGEL Marc

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur LEFEBVRE Jean-Marc

AVERTISSEMENT :

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

LISTE DES ABREVIATIONS

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des médecins

CRRAL : Centre de réception et de régulation des appels libéraux

ARM : Assistant de régulation médicale

MMG : Maison médicale de garde

CCR : Cahier des Charges Régional

CODAMUPS : Comité départemental de l'aide médicale urgente, permanence des soins et des transports sanitaires

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
A. Généralités.....	1
B. Fonctionnement de la PDSA.....	1
C. Travaux réalisés.....	2
D. Le travail spécifique sur les maisons médicales de garde et leur impact sur le CRRAL.....	2
METHODE.....	4
A. Type d'étude	4
B. Déroulement du recueil de données	4
C. Codification des données	5
D. Analyses statistiques	5
RESULTATS	7
A. Les structures de garde ambulatoires du Nord	7
1) Organisation de la Permanence des soins dans le Nord	7
2) Sectorisation du Nord.....	11
3) Les Maisons Médicales de Garde du Nord	13
4) SOS médecins	14
5) Projets futurs.....	14
6) Restructuration attendue	15
B. Impact des Maisons Médicales de Garde sur le recours au CRRAL	16
1) Provenance des appels.....	16
2) L'orientation des appels	19
3) Analyse de l'incidence des Maisons Médicales de Garde (Analyses Bivariées)	21
4) Modèles prédictifs	29
DISCUSSION	31
A. Intérêt et limites de l'étude	31
B. Analyse des résultats.....	32
CONCLUSION.....	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	40

INTRODUCTION

A. Généralités

La permanence de soins ambulatoires (PDSA) permet de consulter un médecin généraliste, en dehors des horaires d'ouverture habituels des cabinets des médecins traitants. C'est une organisation gérée par les médecins généralistes qui permet la continuité et l'égalité d'accès aux soins sur tout le territoire français, pour chaque patient nécessitant une prise en charge non programmée. Le code de santé publique la reconnaît comme une mission de service public(1)(2).

A sa création, ce mode d'organisation mis en place par les généralistes eux-mêmes était obligatoire. Il concernait tous les jours de la semaine, 24 heures sur 24, sans astreinte, sans régulation. L'article 77 du code de déontologie médicale précisait que c'était un « devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit » mais que le « Conseil Départemental de l'Ordre pouvait accorder des exemptions, liées à l'âge du médecin, à son état de santé, et, éventuellement, à ses conditions d'exercice ». Depuis 2003, suite aux grèves des médecins généralistes, l'obligation de participation à cette continuité des soins est abrogée et est donc désormais basée sur le volontariat.

B. Fonctionnement de la PDSA

Ce dispositif couvre les nuits de 20h à 8h ainsi que les week-ends et jours fériés de 8h à 20h(2). Cependant, environ un tiers des secteurs ne bénéficie pas d'effecteurs après minuit ; les patients sont alors forcément orientés vers les services d'urgence hospitaliers ou SOS médecins (3).

Suite à des considérations budgétaires, la PDSA a été interrompue en nuit profonde dans le Nord. Elle couvre désormais les nuits de 20h à minuit.

Son fonctionnement est basé sur l'appel du patient au Centre de réception et de régulation des appels libéraux (CRRAL), en composant le 15 ou le numéro spécifique de la PDSA. Cet appel est reçu par un assistant de régulation médicale (ARM), puis il est suivi d'un entretien avec le médecin régulateur. L'objectif est d'orienter le patient vers la prise en charge la plus adaptée à son problème. Il peut être choisi de prodiguer un conseil médical, d'envoyer en consultation vers un médecin de garde en structure fixe ou non, ou aux urgences en mettant à disposition si nécessaire une ambulance ou les pompiers.

Cette régulation des appels de la PDSA est le plus souvent intégrée aux centres de réception des appels du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)(4). La PDSA est sectorisée et chaque territoire organise un tour de garde entre les médecins généralistes, validé par la suite par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM)(3). Les organismes tels que les maisons médicales de garde ou encore SOS médecins y participent.

C'est l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui gère ce dispositif en collaboration avec le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUP-TS)(5).

C. Travaux réalisés

L'étude qui suit s'intéresse plus particulièrement au Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux du Nord (CRRAL 59) dans le but de diffuser les résultats aux médecins généralistes du Nord, impliqués ou non dans la PDSA. Le but est de mieux faire connaître son fonctionnement, ses missions, et son intérêt. Cela permettra peut-être le recrutement de nouveaux médecins généralistes pour la PDSA, en tant que régulateurs ou effecteurs.

Les chiffres enrichiront les statistiques des responsables du dispositif.

Trois axes de travail sur ce thème sont développés :

- le premier décrit le profil des appelants au CRRAL 59 et l'organisation humaine et matérielle du dispositif
- le deuxième étudie les motifs d'appels des patients et l'orientation qui leur est donnée
- le troisième fait l'inventaire des maisons médicales de garde du Nord et étudie leur impact sur les orientations données au CRRAL

D. Le travail spécifique sur les maisons médicales de garde et leur impact sur le CRRAL

Des études ont été réalisées sur la perception de la PDSA par les internes en médecine générale dans le Nord-Pas-De-Calais en 2013, ainsi que par les médecins généralistes en Picardie en 2014(6). Les deux révèlent une satisfaction globale des médecins généralistes. L'intention de participer à la PDSA est renouvelée, sous couvert d'un allègement des contraintes et de conditions d'exercice facilité, notamment en Maison Médicale de Garde.

D'autres études dans le Nord se sont intéressées à l'accueil par les médecins généralistes de Cambrai d'une MMG, et à l'évaluation de l'adaptabilité de la MMG de Douai (7)(8).

Ces MMG apparaissent correspondre à une structure plébiscitée par les médecins et par les patients. Ceci doit être mis en relation avec le coût qu'elle engage, et son installation doit être mûrement réfléchie.

L'étude que nous avons réalisée au centre de régulation des appels du Nord permettait d'étudier sur le plan régional la provenance des appels, et le recours à chacune des MMG.

Elle devrait refléter la pertinence du maillage actuel des MMG.

L'objectif principal de ce sujet était d'étudier la topographie des structures de garde ambulatoires fixes du Nord, en particulier des maisons médicales de garde.

L'objectif secondaire était de mesurer l'impact de la MMG sur le recours au CRRAL.

Pour cela il s'agissait de faire une étude statistique en corrélant le nombre d'appels entrant au CRRAL entre secteurs dotés d'une MMG ou non et l'orientation donnée.

METHODE

A. Type d'étude

Une étude descriptive, prospective, multicentrique, grâce à un audit de fonctionnement court au CRRAL a été menée d'octobre à novembre 2017 par trois investigatrices.

En suivant chacun des régulateurs à tour de rôle, elle a permis de recueillir 897 appels entrants répartis sur 20 jours, entre le Vendredi 20 octobre et le Dimanche 19 novembre 2017.

Le CRRAL 59 a reçu un total de 103.516 dossiers d'appel traités en 2016. Pour être représentatif de l'activité annuelle du CRRAL 59 de 2016, il fallait comptabiliser au minimum 383 dossiers d'appel pour un risque alpha de 0,95%. Le calcul de l'échantillonnage a été réalisé avec le biostatisticien de l'étude.

B. Déroulement du recueil de données

Pour chaque appel, les données temporelles ont été reportées en matière de date, de critère semaine ou week-end, d'heure d'appel et notamment le critère « avant ou après 22h ». Les mentions âge, genre, ville, ont été demandées par l'assistant de régulation médicale (ARM). L'entretien avec le médecin régulateur a permis de recueillir ensuite les caractéristiques de l'appelant (soit le patient lui-même, soit un parent ou un proche), l'ancienneté des symptômes, le recours à un avis médical antérieur, ainsi que le motif d'appel. La fin de l'entretien renseignait l'orientation donnée, si besoin après consultation du planning de garde officiel sur Ordigard.

Lorsque cette orientation initiale donnait lieu à un litige de type refus de l'appelant ou absence de moyen de transport, une orientation secondaire était proposée.

Par ailleurs, une insuffisance de médecin effecteur sur le secteur de l'appelant, déclenchait une procédure dégradée. Ce terme « procédure dégradée » a donc été utilisé pour traduire l'absence de médecin généraliste de garde sur le secteur demandé, alors que celui-ci était requis. Cette procédure dégradée amenait à la recherche de solutions alternatives, pour pallier ce manque et apporter une réponse adaptée au patient.

Pour chaque appel, nous avons recherché l'existence ou non d'une structure de garde ambulatoire fixe desservant le secteur demandé. L'accent a été mis sur l'implantation des 11 maisons médicales de garde du Nord. Quand il existait un point SOS médecins, cela a également

été côté afin de prendre en compte toute autre structure fixe pouvant répondre à une demande ponctuelle.

Chaque commune a été répertoriée selon les critères de l'ARS(9) pour savoir si elle était ou non dans une zone en difficulté.

Un test d'échantillon a été réalisé avant recueil, sur 10 appels pour chacune des investigatrices afin d'évaluer la faisabilité du questionnaire. Quelques modifications ont été apportées pour regrouper les 3 questionnaires en un seul tableau de données et une colonne « hypothèse diagnostique » a été ajoutée, ainsi que la colonne « rappel d'un même patient ».

Les informations ont été directement recueillies à la régulation, grâce à une double écoute de chaque appel régulé, sur une période d'une semaine par investigatrice. Chacune a rempli elle-même le tableau de données.

C. Codification des données

La méthodologie de codification de chaque item a été définie avant recueil. Le tableau était rempli de façon précise et détaillée, amenant à une codification ouverte uniquement sur les items « motif d'appel » et « hypothèse diagnostique ».

A partir de l'ensemble des motifs d'appels listés, une classification en 26 motifs a été créée. Le classement de chacun des motifs d'appels s'est fait par système organique ou topographie de la plainte principale du patient. Certains motifs dont la récurrence n'était pas suffisante ou motif exceptionnel ont été regroupés dans une catégorie globale intitulée « Autre ».

La formulation d'une hypothèse diagnostique par le régulateur à la fin de l'appel, n'était pas constante. Ainsi, cet item a tout de même été maintenu considérant l'hypothèse diagnostique déduite de l'impétrante, principalement à partir de la discussion ou de l'hypothèse du régulateur si elle était formulée, et sinon sur ses capacités médicales de diagnostic. Toutes les hypothèses diagnostiques ont été répertoriées et classées en 32 cadres nosologiques.

D. Analyses statistiques

Le logiciel Microsoft Excel était utilisé pour l'exploitation des données recueillies.

Elles ont ensuite fait l'objet d'analyses statistiques grâce au logiciel IBM SPSS Web Report.

Pour cela, l'apport méthodologique du Dr Calafiore sur les outils statistiques a été considérable.

Ceci a permis de bien comprendre l'intérêt et le fonctionnement des test du Khi2 et test de Fisher. Il a ensuite été possible, pour les auteures de réutiliser cet outil pour tenter de corrélérer d'autres variables par la mesure de leur indépendance ou non.

Une différence entre les 2 groupes était considérée comme statistiquement significative lorsque la p-value (risque d'erreur) était inférieure à 5 %.

Pour les modèles prédictifs, une méthode de sélection de variables pas à pas ascendante ou descendante était utilisée avec un seuil d'entrée ou de sortie de 0.05. Les odds ratio associés à chaque variable ainsi que leurs intervalles de confiance à 95% étaient calculés.

Le pouvoir discriminant du modèle était évalué par l'aire sous la courbe ROC (AUC) et son intervalle de confiance à 95%. Une AUC comprise entre 0.7 et 0.8 était considérée comme acceptable, entre 0.8 et 0.9 comme excellente, et exceptionnelle si supérieure à 0.9.

La calibration du modèle de régression logistique était évaluée par le modèle de Hosmer et Lemeshow. Le modèle était considéré comme calibré si le degré de significativité du test était supérieur à 0.2. Pour l'ensemble des analyses statistiques, les résultats étaient considérés significatifs au risque de 1ère espèce fixé à 5%.

RESULTATS

A. Les structures de garde ambulatoires du Nord

1) Organisation de la Permanence des soins dans le Nord

Le cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la PDSA et de la régulation. Il est arrêté par le préfet après avis du CDOM, sur la base d'un Cahier des Charges Régional (CCR) fixe national.

Dans le Nord, le département est divisé en 75 secteurs délimités en fonction des données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante, et notamment du nombre de médecins volontaires.

Les secteurs sont fixés par le Préfet après consultation du CDOM et avis du CODAMUPS (Comité départemental de l'aide médicale urgente, permanence des soins et des transports sanitaires).

L'article R732 du Code de la Santé Publique prévoit que l'accès aux Médecins de Permanence fasse l'objet d'une régulation préalable organisée par le Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux (CRRAL).

Celle-ci est assurée de 20h à minuit la semaine, de 13h à minuit le samedi et de 8h à minuit les dimanches et jours fériés.

En nuit profonde, la régulation est mutualisée avec le 62 à Arras dans le Pas-de-Calais.

Les personnes participant à la PDS sont les médecins généralistes, les médecins des Centres de santé, ou ceux organisés en Associations de Permanence de soins.

En 2017, ils étaient 936 médecins effecteurs. Le total du pool représente 2545 médecins (2447 installés et 98 collaborateurs), soit environ 37% de participation à la PDSA (données Ordigard).

Ce sont les associations ou groupes de médecins de permanence, qui établissent un tableau de garde nominatif pour une durée minimale de 3 mois. Ce tableau est transmis au CDOM (Conseil Départemental de l'Ordre) au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre.

Par la suite le CDOM le diffuse au Préfet, au SAMU, aux médecins concernés et aux Caisses d'Assurance Maladie, au minimum 10 jours avant sa mise en œuvre.

C'est à l'ouverture du CRRAL 59, en 2006, que l'équipe du CDOM du Nord a créé un logiciel de gestion des tableaux des gardes. Cet outil a été largement adopté par les régulateurs. Il a inspiré le logiciel national « Ordigard » qui dispose de mises à jour en temps réel, d'un système de

permanence d'informaticiens 24h/24. Il permet la télétransmission mensuelle des demandes d'astreintes des médecins généralistes à PEGARD (logiciel de la sécurité sociale).

Il est intéressant de connaître les avenants de la Convention Nationale qui portent les principales avancées des médecins libéraux pour l'organisation de la PDSA (10) :

- Avenant N°4 le 15 Avril 2005: pour favoriser la régulation préalable des actes, une revalorisation des actes est instituée :

	Ancien	<u>Actuel selon Avenant N°4</u>
Régulation	0	3Consultations /h
Astreinte	0	150 euros/12h

Ainsi les actes effectués à la demande du centre de régulation ont leur valeur majorée selon le tableau ci- dessous :

	Ancien	<u>Actuel Selon Avenant N°4</u>
Valeur de la majoration de dimanche et JF de 8h à 20h (F)	19,06	26,50 (CRD)
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié (MDD)	22,60	30, 00 (VRD)
Valeur de la majoration de nuit -20h-00h, 06h-08h (MN) -00h-06h (MM)	35, 00 40,00	42,50 (CRN) 51,50 (CRM)
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit -20-00h, 06-08h (MDN) -00-06h (MDI)	38,50 43,50	46,00 (VRN) 59,50 (VRM)

- Avenant N°20 : Aide aux régions sous-dotées ou « désert médicalisé », avec possibilité offerte d'exonération d'impôts sur les gardes
- Avenant N°27 : extension de la permanence des soins ambulatoires aux samedi après-midi et aux ponts entre fériés (jours précédents ou suivants un férié)

Afin d'améliorer encore leurs conditions de travail et d'alléger le poids des gardes, les médecins libéraux ont ressenti le besoin de se regrouper et les MMG ont commencé à se développer.

La MMG répond à un besoin bien identifié, défini dans la circulaire du 23 mars 2017, et s'inscrit dans l'organisation de la PDS.(11)

Ces MMG présentent les avantages suivants :

- pour les médecins : travail en équipe, diminution du sentiment d'insécurité
- pour les patients : diminution des délais d'attente et meilleure efficacité.

Cependant si elles partagent une appellation commune, leur fonctionnement et organisation sont très variables et s'adaptent aux différents bassins de population qu'elles desservent. Certaines ne réalisent que des consultations sur site, d'autres assurent en plus les visites à domicile.

L'implantation d'une maison médicale de garde est régie par quelques règles :

- un besoin de la population doit préexister à l'implantation d'un site dédié,
- les médecins doivent être suffisamment nombreux dans le territoire,
- la proximité d'un hôpital garantit une meilleure orientation des patients et une meilleure fréquentation du point fixe(12).

En 2017, il existait en France 440 lieux d'effectif fixe de la permanence des soins (MMG, Centres de consultation type SOS médecins). Le périmètre couvert par ces lieux est stable puisqu'ils regroupent 500 secteurs au total contre 499 en 2016. (12)(Annexe 1).

Dans les secteurs de garde qui ne sont pas regroupés et qui ne possèdent pas de maison médicale de garde, l'activité des médecins généralistes a été réduite de manière significative suite à la mise en place de la régulation médicale.

Pour certains secteurs, notamment ruraux, il y a une implication de certains médecins particulièrement engagés pour la sauvegarde de la PDSA. Cependant cela révèle une certaine fragilité de ces secteurs.

Les facteurs de fragilisation de l'implication des médecins sont (12):

- l'activité intense, en dehors des horaires de PDS
- une démographie des médecins généralistes déclinante
- un changement du mode de vie des médecins équilibrant le temps consacré à l'activité professionnelle et personnelle
- l'absence de réponse à leurs attentes (organisation, financement MMG par ex)
- la remise en cause de la mission de service public des médecins effecteurs

Le taux de participation des médecins ne saurait être le seul indicateur pour mesurer le bon fonctionnement de la PDSA. D'autres facteurs doivent entrer en ligne de compte, en particulier la densité médicale ou les plages horaires de la PDSA.

Arguments des médecins généralistes « Pour » ou « Contre » l'exercice en MMG :

POUR	CONTRE
Elargissement des secteurs de garde : - Diminution de la fréquence des gardes - Augmentation de l'activité	Elargissement des secteurs de garde : - Eloignement du lieu d'exercice du médecin, distance trop importante - Suppléance des gardes par rapport aux médecins de secteurs avoisinants moins impliqués
Point fixe repéré par la population	Activité insuffisante
Meilleure articulation avec autres maillons (Urgences)	Horaires fixes, non malléables
Infrastructure et équipements plus élaborés	Gestion administrative, impératifs budgétaires
Sécurisation de la pratique nocturne	
=> Meilleur dynamisme Perennité	=> Parfois inopérants au vu du manque de fréquentation ou de financement

2) Sectorisation du Nord

La région du Nord est divisée en 6 territoires de permanence des soins dont les limites sont arrêtées par la Directrice Générale de l'ARS. Elles correspondent à des bassins de population.

Chaque commune du Nord est classée dans un secteur de garde.

La sectorisation de garde au 1^{er} janvier 2018 établie par le CDOM, classait les différents secteurs par territoires géographiques et détaillait l'offre de PDSA associée. (Annexes 2 et 3)

Tableau 1 : Sectorisation des différents territoires du Nord.

	Secteurs	Secteur-MMG	Communes-MMG	Secteurs sans structure fixe ambulatoire	Nb Médecins en activité	Nb Médecins Exemptés	Nb Médecins Non Volontaires déclarés
AVESNOIS	9	3-MMG Maubeuge (C+2V)	63	6	160	2	15
CAMBRAISIS	4	2-MMG Cambrai (C+V) 1-MMG Le Cateau	84 41	1	92	3	3
DUNKERQUOIS	19	2DK Ouest 1DK Est	8 (5+3) 5	11	146	0	6
DOUAISIS	5	1MMG Douai	31	4	108	1	19
LILLOIS	28	1MMG Armentières 1MMG Villeneuve 1MMG Lille 1MMG Roubaix	7 3 3 1	13	1251	4	33
VALENCIENNOIS	10	2MMG Valenciennes (C+V)	39	8	152	3	11
TOTAL	75	15	285	43	1909	13	87

L'offre de PDSA dans les secteurs sans MMG :

- AVESNOIS

Le fonctionnement dans cette région semble efficace. Cinq secteurs parviennent à rendre des tableaux pleins (AV03, AV06, AV09, AV13, AV14, AV21), seul 1 secteur présente une carence (**AV03-11**). Ceci est favorisé par des médecins impliqués qui maintiennent leur volonté de s'organiser eux-mêmes, et de ne pas subir de potentielles contraintes horaires et géographiques de gardes à la MMG.

- CAMBRAISIS

Le fonctionnement de la PDS est stable, les tableaux de garde des MMG sont systématiquement remplis, ainsi que le secteur CA03, hormis quelques carences ponctuelles.

- DUNKERQUOIS

5 secteurs sont proches d'une structure SOS médecin, 11 secteurs sont sans lieu d'effectation fixe. Parmi ces derniers 6 parviennent à remplir leurs tableaux de gardes (DK04, DK07, DK16, DK19-21, DK22, DK25-08), alors que 5 présentent des carences importantes (**DK01, DK03-17, DK18, DK26, DK27**).

La situation dans ce territoire est sensible.

- DOUAISIS

2 secteurs sont sans lieu d'effectation fixe mais parviennent à remplir leur tableaux (DOU01-02, DOU08) alors que les 2 autres présentent des carences (**DOU03** uniquement le week-end, et **DOU 07-11**).

- LILLOIS

11 secteurs sont proches d'un SOS médecins (dont 6 avec tableaux pleins mais avec possibilité de recours SOS si carences), et 13 sans structure fixe ambulatoire.

Parmi ces 13, 10 maintiennent des tableaux pleins (LIL05-39, LIL09, LIL11-02, LIL14, LIL17-24, LIL27, LIL29, LIL32, LIL33-04, LIL40) et 3 présentent des carences (**LIL01-07, LIL08, LIL16**)

- VALENCIENNOIS

Il y a 8 secteurs où il n'existe pas de lieu d'effectation fixe.

Parmi eux un seul maintient l'attribution de ses gardes (VA07), tandis que les 7 autres présentent de nombreuses carences (**VA06, VA09, VA11-12-13, VA14, VA17, VA24-19, VA28**).

Sur ce territoire la situation apparaît plus critique car certains secteurs n'effectuent plus de gardes, d'autres continuent le week-end uniquement.

3) Les Maisons Médicales de Garde du Nord

Tableau 2 : Caractéristiques des Maisons Médicales de garde du Nord:

Caractéristiques	Débt activi té	Emplaceme nt	Accè s	Actes	Secteurs	Lignes de garde	Com mun es	Horaires
MMG								
MAUBEUGE	2000	CH Maubeuge	Régul	C+V	C → AV30 V → AV02- 05, AV 18- 12-17	3 (2 pour visites)	34	LV : 20-24h S : 16-18h, 20-24h D : 10-12h, 16-18h, 20- 24h
CAMBRAI	2016	CH Cambrai	Régul	C+V	C → CA400 V → CA00	3 (2 pour visites)	84	L-V : S : D :
LE CATEAU- CAMBRESIS	2005	CH Le Cateau	Régul	C	CA05-11- 13-AV08	1	41	LV : 20h30-24h S : 14h-24h D : 9-13h, 15-24h
DUNKERQUE OUEST (GDE SYNTHE)		Centre de santé	Régul	C V(SO S)	DK 05 et DK 12-24	1	8	LV : 20-24h S : 12-24h D : 9-13h, 16-24h
DUNKERQUE EST		CH Dunkerque	Régul	C V(SO S)	DK10-11	1	5	LV : 20-24h S : 12-24h D : 9-13h, 16-24h
DOUAI	2015	CH Douai	Régul	C	DOU00	1	31	LV : 21-23h S : 16h30-18h30, 21-23h D : 10-12h30, 16h30- 18h30, 21-23h
ARMENTIERES	2008	CH Armentières	Régul	C	LIL03	1	7	LV : 20h30-22h30 S : 14-18h, 20h30-22h30 D : 9-12h, 15-18h, 20- 22h30
VILLENEUVE D'ASCQ	2013	HPVA	Régul	C	LIL10	1	3	LV : 21-23h30 S : 15-18h, 20h30-23h30 D : 10-12h, 15-18h, 20h30-23h30
LILLE		Hopital Saint Vincent	Régul UNIQ	C	LIL26-30	1	3	LV : 20-24h S, D : 8-24h
ROUBAIX	2008	CH Roubaix	Régul	C	LIL31	1	1	LV : 20-23h S : 15-23h D : 10-12h, 15-23h
VALENCIENNES	2015	CH Valenciennes	Régul	C+V	C → VA300 V → VA00	2	39	LV : 20h30-23h30 S : 15-18h, 20h30-23h30 D : 10-12h, 15-18h, 20h30-23h30

Les dernières Maisons Médicales de Garde implantées dans le Nord sont celles de Cambrai et de Douai.

Cette dernière a vu le jour avec un temps de latence justifié par des négociations autour de l'attribution de sa gestion administrative et la réalisation des visites.

4) SOS médecins

Parmi les lieux d'effecton fixes où le patient peut se rendre aux horaires de la permanence des soins, il existe également des centres de consultations (gérés par des associations) type SOS médecins.

Leur cahier des charges répond à une organisation privée basée sur un centre d'appels médicaux et d'effecton 24h/24.

Ils ont des moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessaires aux premiers soins d'urgence. Le médecin peut être en consultation ou en visite, et également sollicité si besoin d'un avis en régulation.

Ils disposent en effet d'un numéro où les appels sont reçus et traités par un assistant de régulation médicale.

Le CNOM reconnaît l'importance de ces réseaux particulièrement dans les secteurs urbains, où ils offrent un recours en nuit profonde. Il encourage cependant les associations à se doter de médecins régulateurs.(12)

Dans le Nord, il existe 3 structures SOS à Dunkerque, Roubaix /Tourcoing, ainsi qu'à Lille.

Le bilan d'activité de Lille est le suivant : 100 211 actes pour l'année 2017.

5) Projets futurs

Selon la sectorisation en cours au 1^{er} janvier 2017, des secteurs apparaissent sous-dotés.

Ce sont Hazebrouck (DK16), Denain (VA11-12-13) et Saint-Amand (VA06).

Des projets d'implantation de MMG sont en évaluation dans les régions de Seclin (LIL32), de Saint-Amand voire d'Hazebrouck.

Chaque création de MMG nécessite une analyse du fonctionnement sur place, ainsi que des discussions avec les médecins assurant la PDS.

Par exemple, le projet de MMG d'Hazebrouck, adossée au CH de Hazebrouck, se heurte aux divergences entre les différents médecins exerçant dans les secteurs à regrouper.

Le secteur de Bailleul (DK04) correspond à un secteur concerné par ce regroupement. Il maintient une PDS efficace, avec des médecins participants et sans problème de carence.

Les réticences proviennent de ce nouveau tour de gardes, centralisé à Hazebrouck, qui les amènerait à se déplacer systématiquement lors de leur garde, et à pallier les manques des secteurs avoisinants.

6) Restructuration attendue

Suite au passage aux grandes régions, une restructuration de la PDSA avec nivellement sur le plan national est en cours.

Le nouveau cahier des charges de la PDSA arrêté par l'ARS le 6 août 2018 (13) reprend ces modifications qui prendront effet le 1^{er} novembre 2018.

De profonds changements tendent à s'opérer dans notre région des Hauts de France regroupant l'Aisne, le Nord-Pas-de-Calais, l'Oise et la Somme.

Parmi eux :

- l'ouverture de la régulation le samedi matin (testée en fin d'année 2017 dans le Nord)
- la fusion des secteurs, avec passage de 75 à 35 secteurs
- équilibrage des horaires et rémunérations : l'astreinte passe à 100 euros /tranche de 4h, comme dans l'Oise, soir 20h-00h : 100h euros, ainsi que les week-end ; le forfait régulation passe à 90 euros par heure de régulation (hors nuit profonde).

B. Impact des Maisons Médicales de Garde sur le recours au CRRAL

Il est à noter que certaines données ne sont pas reprises ici car elles font l'objet des deux travaux complémentaires sur le profil des appelants et les motifs d'appels au CRRAL.

1) Provenance des appels

▪ **Secteurs :**

Le département du Nord compte 75 secteurs. Trois secteurs (AV30, CA400, et VA300) sont mentionnés en double pour faire la distinction entre secteur de visites et secteur de consultations. Ex : VA300 (Visites sur Valenciennes) identique à VA00 (consultation MMG Valenciennes). Un seul des deux secteurs a été conservé pour une exploitation statistique fiable.

Dans le recueil, les appels ont été répertoriés sur 69 secteurs car 3 secteurs n'ont généré aucun appel durant la période : AV09, DK09 (SOS médecins) et DK10-11 (MMG Dunkerque Est).

Le secteur ayant le plus appelé à la régulation est LIL19 avec 75 appels (8%), suivent VA00 et DOU00.

▪ **Maison Médicale de Garde (MMG) :**

Il existe 11 MMG. Chaque MMG est rattachée à un seul secteur de garde, hormis la MMG Maubeuge (AV02-05 et AV18-16-10) et la MMG Dunkerque Ouest (DK12-24 et DK05) qui sont rattachées à 2 secteurs chacune.

Nous avons attribué aux appels provenant de Dunkerque, arbitrairement le secteur DK12-24 MMG Dunkerque Ouest car il n'y avait pas la discrimination entre Dunkerque-Centre (pour MMG Est), et Dunkerque (pour MMG Ouest).

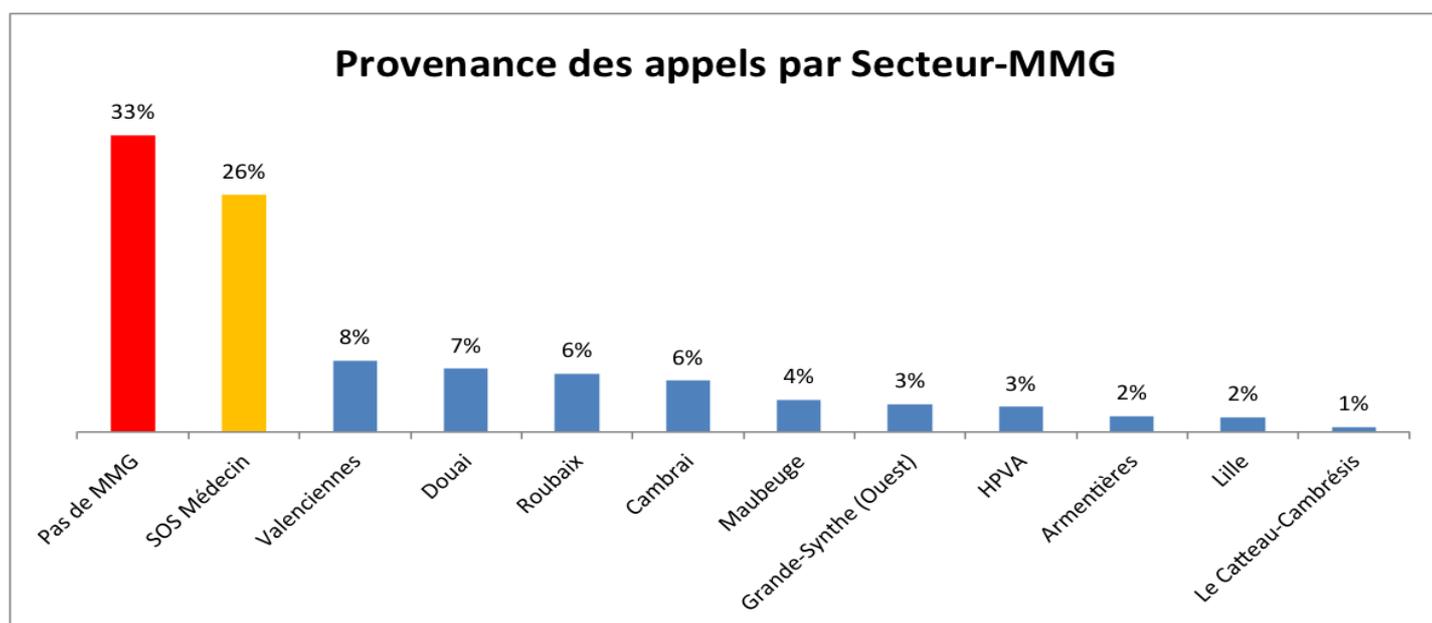
Tableau 3 : Pourcentage d'appels en fonction de l'existence d'une MMG :

Présence d'une MMG	Secteurs	Appels	%
Valenciennes	VA00	71	7,9%
Douai	DOU00	63	7%
Roubaix	LIL31	58	6,5%
Cambrai	CA00	51	5,7%
Maubeuge	AV02-05 et AV18-16-10	32	3,5%
Dunkerque Ouest	DK05 et DK12-24	28	3,1%
HPVA	LIL10	25	2,8%
Armentières	LIL03	16	1,8%
Lille	LIL26-30	15	1,7%
Le Cateau-Cambrésis	CA05	5	0,6%
Dunkerque Est	DK10-11	Pas d'appel	0%
Total	13	364	40,6%

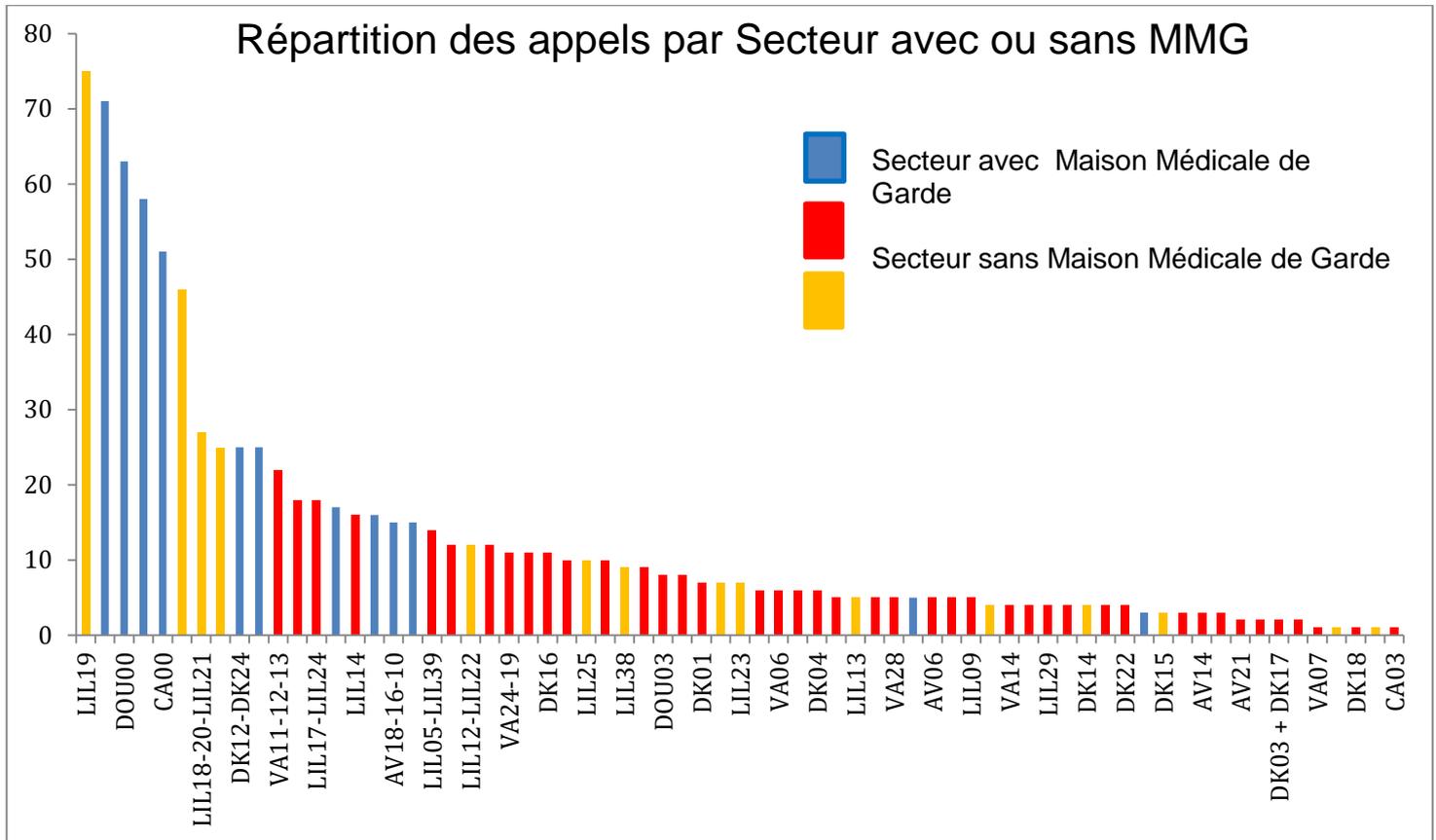
Absence de MMG	Secteurs	Appels	%
Pas de MMG	43	295	33%
SOS Médecin	16	236	26,4%
Total	57	531	60%

532 appels (60%) provenaient de secteurs sans MMG, contre 363 appels (40%) avec MMG. Parmi ces 40%, la part liée à SOS médecins était de 236 appels, soit 26 % des appels.

Graphique 1 : Provenance des appels par MMG.



Graphique 2 : Provenance des appels par secteur avec ou sans MMG.



Les secteurs les plus représentés étaient les secteurs disposant de lieux d'effecton fixes:

- SOS médecins pour LIL19 en tête
- Une MMG pour les 4 suivants par ordre décroissant d'appels

Les secteurs sans lieu d'effecton fixe n'apparaissaient qu'à partir de la 11^e place de ce classement. Les appels sur ces secteurs n'étaient pas majoritaires en quantité.

2) L'orientation des appels

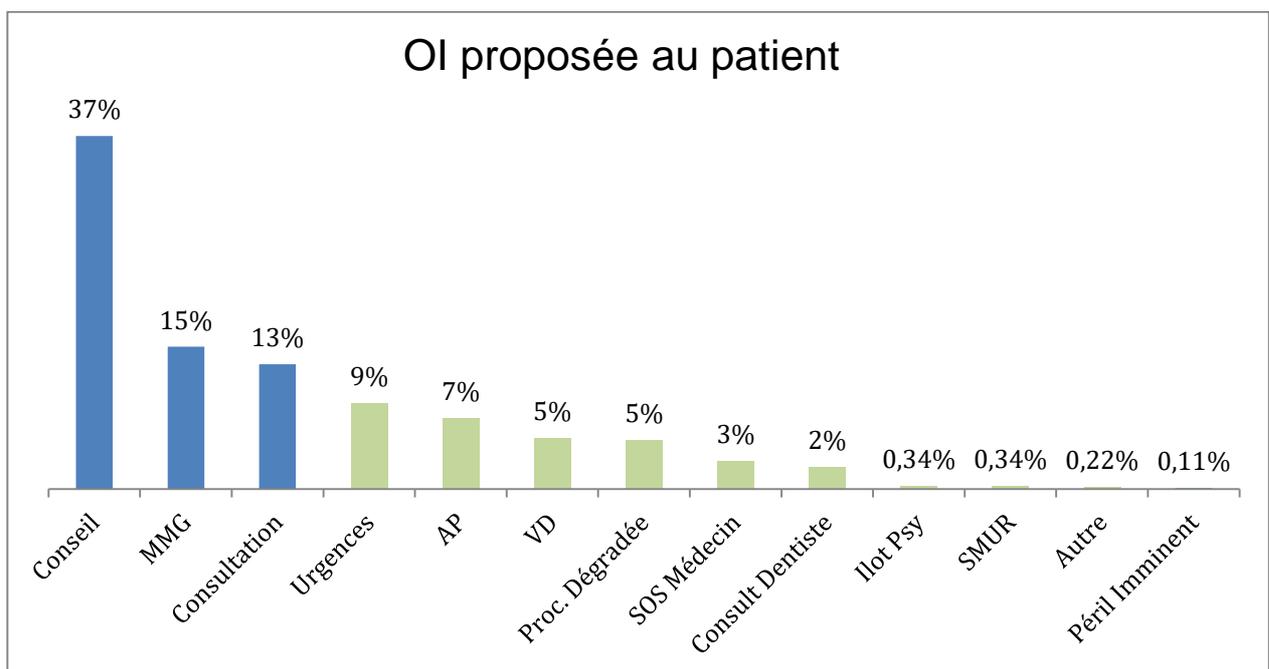
▪ L'orientation initiale :

C'était la décision initiale prise par le médecin régulateur, après écoute du patient.

Elle se matérialisait par un conseil, une consultation en MMG ou en cabinet, une visite à domicile, l'envoi d'ambulances ou pompiers (AP), vers les urgences, le déclenchement d'un SMUR ...

Une procédure dégradée était entreprise s'il ne parvenait pas à trouver de médecin de garde sur le secteur alors qu'il en avait besoin.

Graphique 3 : Orientation initiale proposée au patient.



La principale Orientation Initiale (OI) était " Conseil" qui représentait à elle seule la réponse à 337 appels (37%).

L'orientation vers un médecin généraliste de garde était choisie pour 304 appels (33% des orientations), répartis en 136 adressés vers une « MMG » (15%), 119 vers une « consultation » au cabinet du médecin de garde (13%), 49 pour une « visite à domicile » (5%).

82 appels avaient une orientation vers les « urgences » (9%), 68 vers « Ambulances-Pompiers » (7,6%), 47 nécessitaient une procédure dégradée (PDI) (5,25%).

Pour les cas où le régulateur orientait vers un médecin de garde via une MMG, consultation au cabinet ou visite, une orientation supplémentaire « Médecin de Garde » a été créée pour la mettre en relief.

3) Analyse de l'incidence des Maisons Médicales de Garde (Analyses Bivariées)

▪ Sur l'Orientation Initiale

L'orientation initiale (OI) était liée à la MMG sur secteur appelant, selon le test de Fisher exact, avec $p < 0,01$.

L'OI différait significativement selon la présence de chacune des MMG ou l'absence de MMG.

Conseil / MMG:

Elle était l'orientation prédominante, pour une part de 20 à 46% des orientations selon le secteur appelant (maximale sur le secteur MMG Lille).

Maison médicale de Garde / MMG:

Il était possible d'évaluer la pertinence d'une MMG en fonction des appels qui lui étaient redirigés. La MMG de Cambrai recevait en consultation 24 appels sur les 51 de son secteur (47%). Hormis la MMG de Dunkerque Est, celles qui semblaient fonctionner le moins bien étaient les MMG de Dunkerque Ouest (Grande-Synthe) et d'HPVA qui recevaient en consultation seulement 17% des appels.

Lorsqu'il n'existait pas de MMG sur secteur, 4% des orientations allaient vers une MMG hors secteur, et 20% au cabinet du médecin du secteur.

Urgences/ MMG :

Que l'on dispose d'une MMG ou non, on envoyait en moyenne aux urgences 17% des appels, dont 8% via une ambulance/pompiers (Proportions moyennes des orientations). Sur secteurs sans MMG : 16% des appels étaient orientés vers les urgences, dont 6% par AP. Sur secteurs avec MMG : 18% étaient adressés aux urgences dont 10% par AP.

Il n'y avait pas de différence dans le nombre d'envoi aux urgences entre secteurs dotés d'une MMG ou non.

Ambulance ou Pompiers / MMG :

Dans les autres secteurs avec ou sans MMG la réponse était donc semblable.

Trois secteurs disposant de MMG envoyaient plus d'AP ; c'étaient DK Ouest, Roubaix, et Lille.

Dans ces secteurs, l'envoi d'AP était déclenché pour environ 20% des réponses du régulateur aux appels sur ces secteurs.

Visite à domicile / MMG:

Trois secteurs avec MMG ont la particularité d'avoir un tour de garde organisé spécialement pour les visites (Maubeuge, Valenciennes et Cambrai). Principalement les secteurs de Maubeuge et Valenciennes présentaient une part conséquente de visites s'élevant à 9% des orientations sur ces 2 secteurs.

Cette part était superposable en l'absence de MMG avec 7% des orientations.

En revanche les appels sur la MMG Cambrai, disposant également d'une ligne de garde pour les visites se concluaient en visites pour 3,9% d'entre eux, soit moitié moins.

SOS Médecins / MMG :

Sur les secteurs où existait une structure SOS médecin, 21 appels y étaient orientés (9%), et 5 en visites (2%).

Il était à noter que SOS médecins palliait certaines consultations/visites dans les secteurs avoisinants, pouvant disposer d'une MMG :

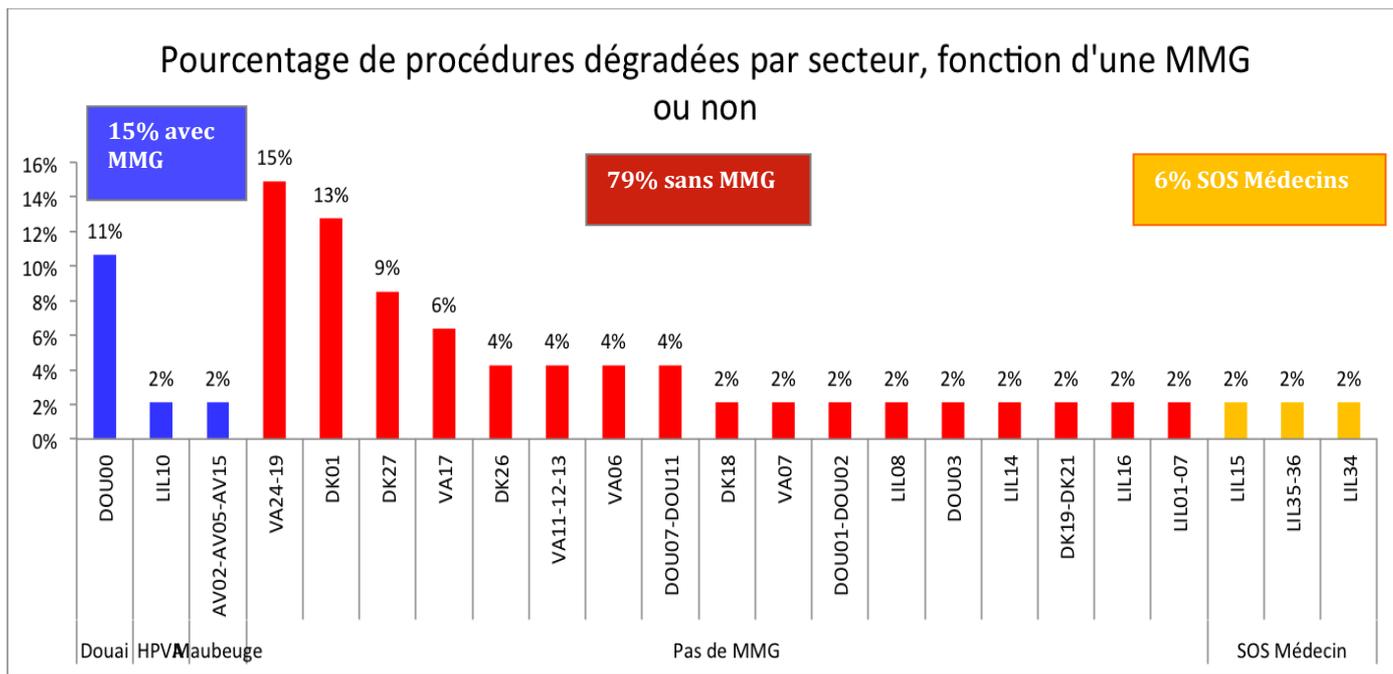
- SOS médecins Lille recevait 8% des appels sur le secteur de la MMG HPVA
- SOS médecins Dunkerque prenait en charge 7% des appels sur le secteur de la MMG de DK Ouest
- SOS médecins Roubaix prenait en charge 3% appels pour la MMG de Roubaix

Procédure Dégradée Initiale / MMG :

Parmi les 47 situations où la première réponse du régulateur était le recours à un médecin de garde qu'il ne trouvait pas:

- 37 étaient issues de secteurs où il n'existait pas de MMG (79%)
- 7 étaient effectuées dans des secteurs où il existait une MMG (15%)
- 3 sur secteurs où un SOS médecin existait (6%)

Graphique 5: Pourcentage de Procédures Dégradées Initiales (PDI), en fonction de la présence d'une MMG sur secteur



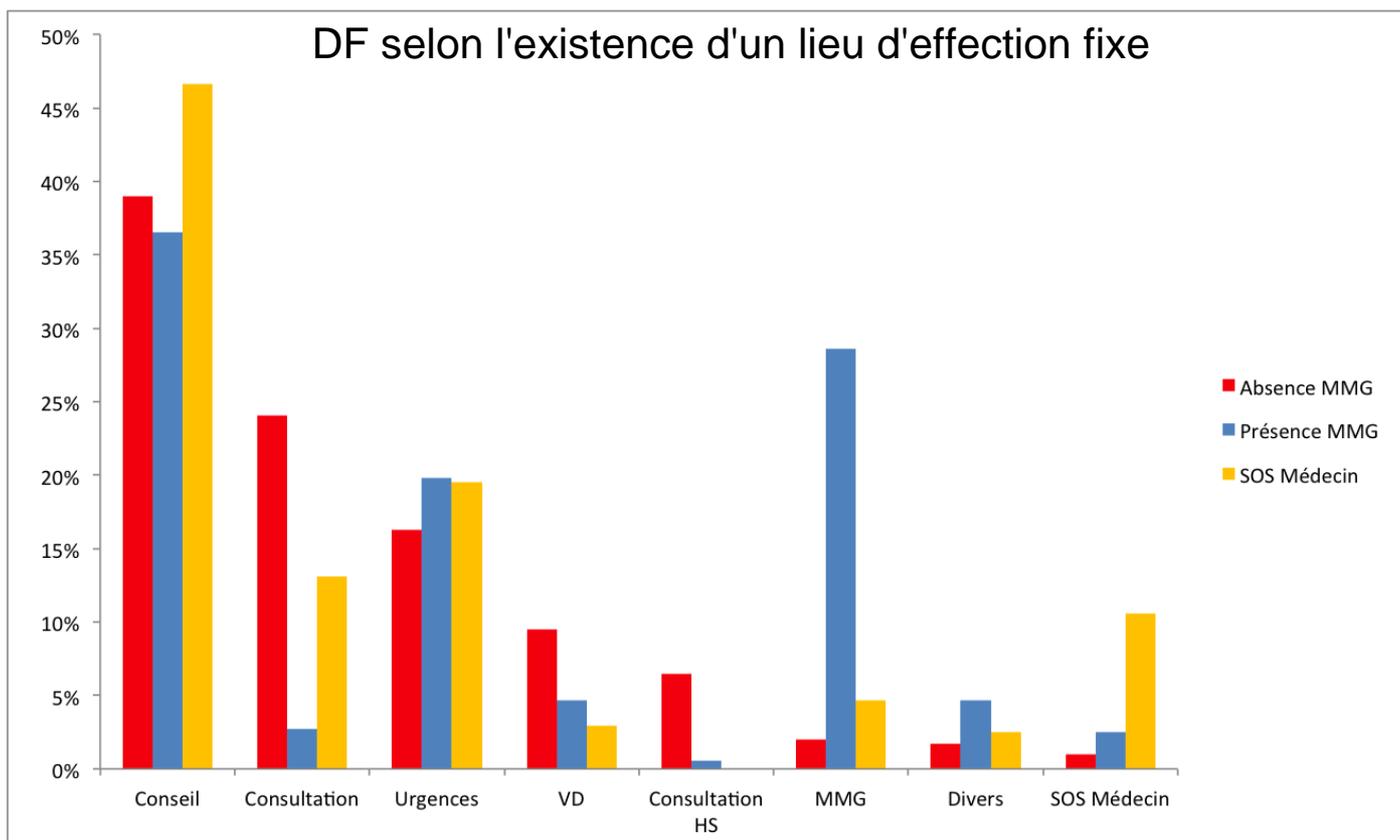
La présence d'une MMG diminuait sensiblement le nombre de procédures dégradées initiales.

▪ **Sur la Décision Finale**

La décision finale était la prise en charge décidée par le régulateur, qui pouvait être comparée avec celle souhaitée à l'orientation initiale.

Il existait un lien entre la décision finale (DF) et la présence d'une MMG (ou lieu fixe d'effecton), selon le test du Khi 2, avec un $p < 0,01$.

Graphique 6: Répartition des décisions finales, selon la notion d'existence d'un lieu d'effectation fixe (MMG et SOS Médecins) ou non.



Chaque décision finale est présentée en fonction de l'existence d'un lieu fixe d'effectation ou non.

Certaines orientations ont été regroupées :

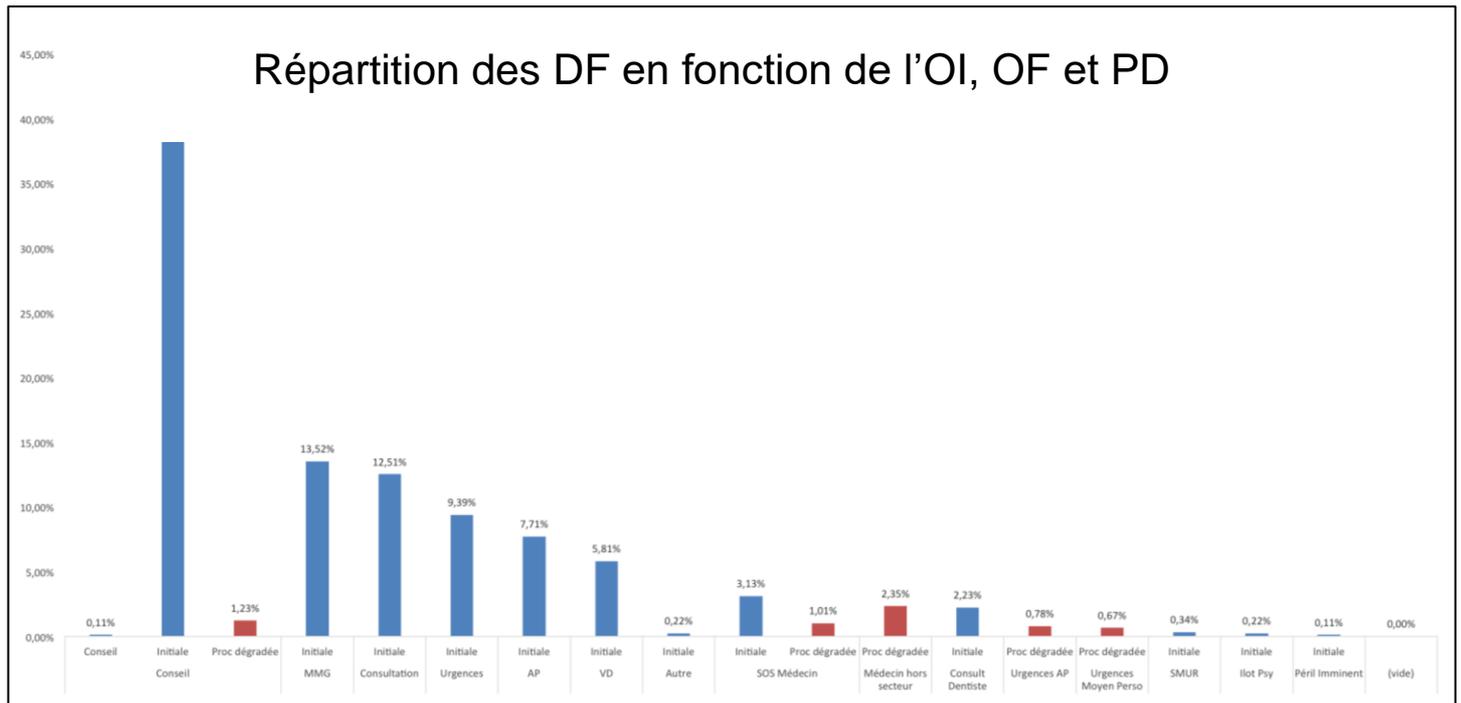
- « AP » avec « Urgences »
- « SMUR », « Ilôt Psy », « Péril Imminent », « Consultation Dentiste » et « Autre » dans « Divers ».

Ce graphique matérialise le fait que le conseil était prodigué en parts égales par le régulateur qu'il dispose d'une MMG ou non. Le recours aux urgences l'était de la même façon.

Comme c'était le cas à l'Orientation Initiale, lorsqu'une MMG existait sur secteur, elle était utilisée comme réponse au patient dans presque un tiers des appels.

Enfin les modifications de prise en charge suite à un problème patient ou médecin se répartissaient dans chaque type de procédure dégradée venant augmenter d'1 à 2% les orientations « conseil », « consultation médecin de garde », « urgences » et « SOS médecins ».

Graphique 7: Répartition des Décisions Finales en fonction du choix initial ou dégradé



Pour chaque orientation, il a été reporté si « Conseil », « SOS médecins » provenaient de l'orientation initiale ou de la procédure dégradée.

SOS médecins représentait un recours possible lorsqu'il n'existait pas d'autres possibilités sur le secteur.

▪ **Sur l'ensemble des Procédures Dégradées (PD)**

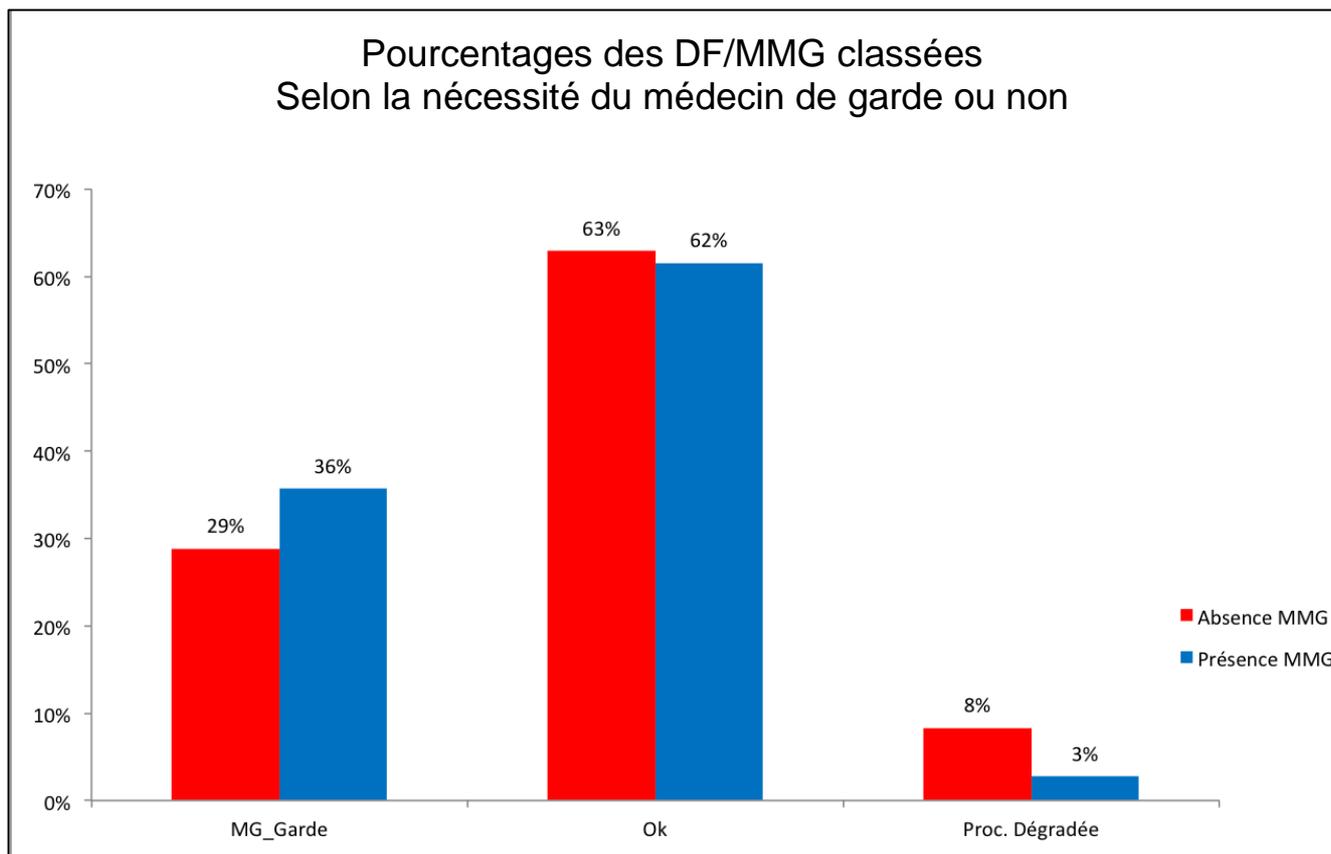
Il a été sélectionné le critère « présence d'une MMG » versus « absence de MMG » incluant les secteurs où il existe un SOS médecins.

Les orientations qui pouvaient être solutionnées sans recours au médecin de garde ont été regroupées dans « Ok ». Cela englobait : « Conseil », « AP », « Urgences », « SMUR », « Ilôt psy », « Consultation Dentiste », « Autre », ne nécessitant pas le recours du médecin de garde.

Celles qui recouraient à un médecin généraliste ont été scindées en consultation « Médecin Généraliste de Garde » lorsqu'il était disponible, et « Procédure Dégradée », lorsqu'il n'y en avait pas.

Il existait un lien entre le nombre de procédures dégradées totales (PD) et la présence d'une MMG sur secteur ou non, selon le test du Khi 2, avec un risque d'erreur (p) < 0,01.

Graphique 6: Pourcentage de Décisions Finales regroupées, en fonction de l'existence d'une MMG.



En tenant compte de tous les appels, que le régulateur ait eu besoin d'un médecin de garde ou non, rapportés aux appels sur secteurs avec ou sans MMG :

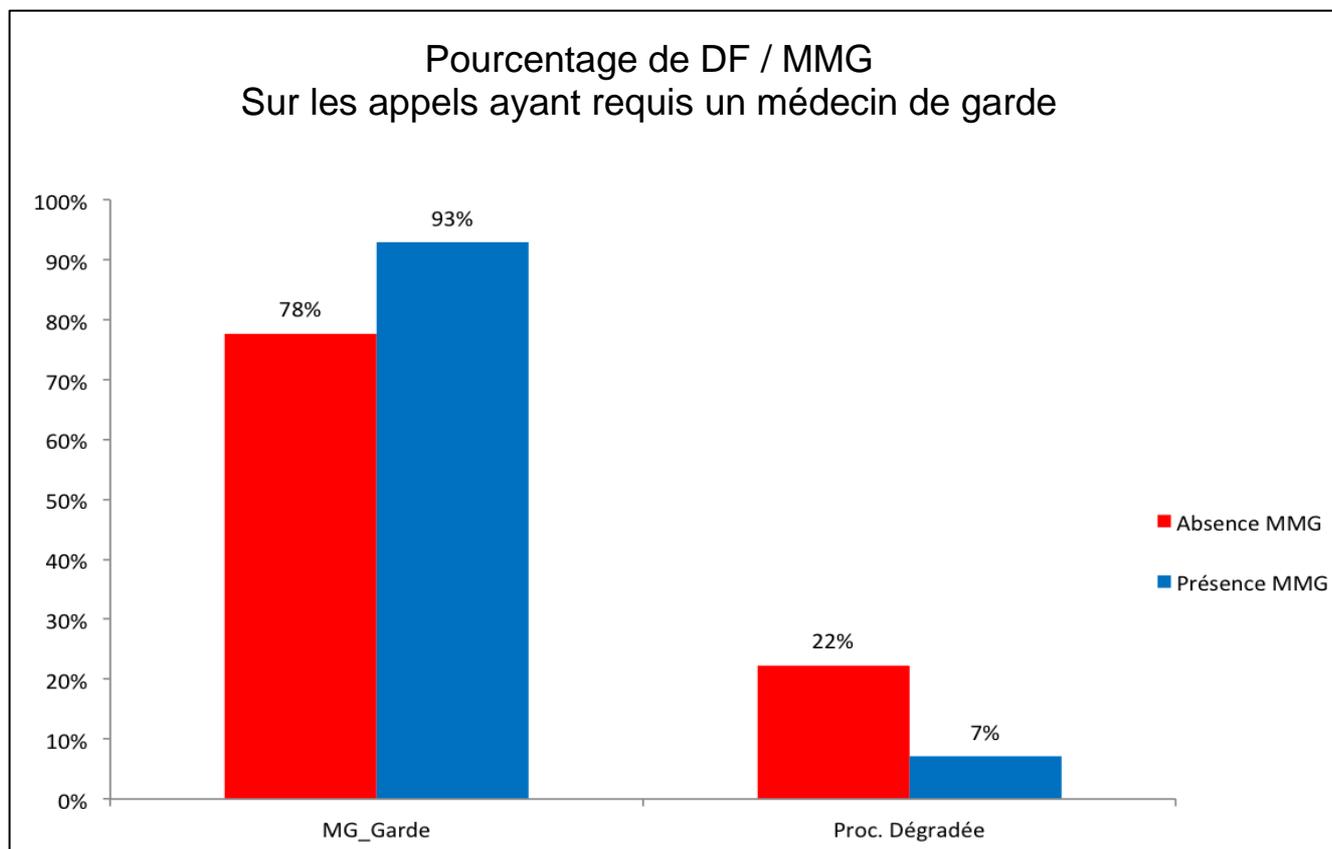
- 44 ont abouti à une procédure dégradée, lorsqu'ils provenaient de secteurs sans MMG (8%)
- 10 ont abouti à une procédure dégradée, lorsqu'ils provenaient de secteurs avec MMG (3%)

Objectivement, il faudrait écarter les appels de la catégorie « OK », qui représentaient environ 60% des appels pour lesquels le régulateur ne nécessitait pas la mise à disposition d'un médecin de garde. Il trouvait effectivement une solution adaptée au problème du patient, sans même recourir à la visualisation du tableau de garde (Ordigard).

Il restait 337 appels ayant requis le médecin de garde, et toujours 54 Procédures Dégradées.

Considérant ces 337 appels, on retrouvait un lien statistiquement significatif entre les procédures dégradées totales et l'existence d'une MMG, avec le test du Khi 2 ($p < 0,05$).

Graphique 7: Pourcentage des Décisions Finales regroupées, parmi celles ayant requis un médecin de garde, en fonction de l'existence d'une MMG.



Dans les cas où le régulateur nécessitait le recours au médecin généraliste de garde:

- 44 PD dans les secteurs non dotés d'une MMG (22%)
- 10 PD dans les secteurs où il existe une MMG (7%)

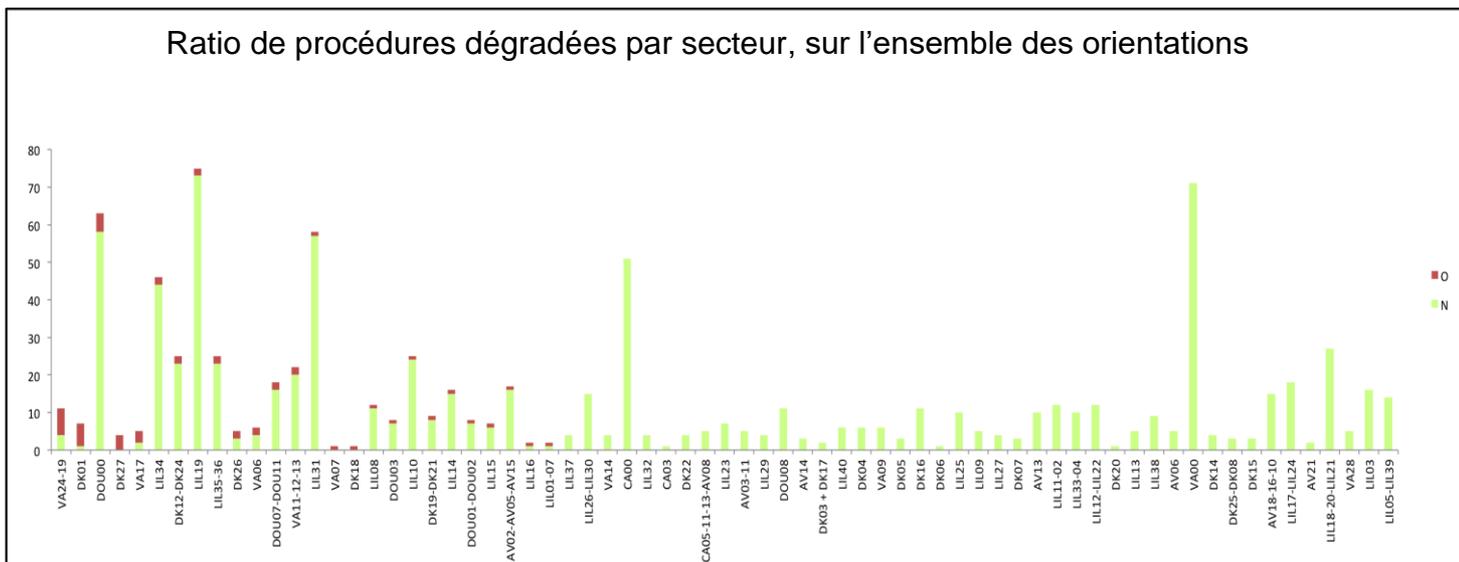
Sur les secteurs où une MMG existait, il y avait moins de Procédures Dégradées.

La présence d'une MMG augmentait les chances de répondre favorablement au besoin d'un médecin généraliste.

En zoomant sur les secteurs :

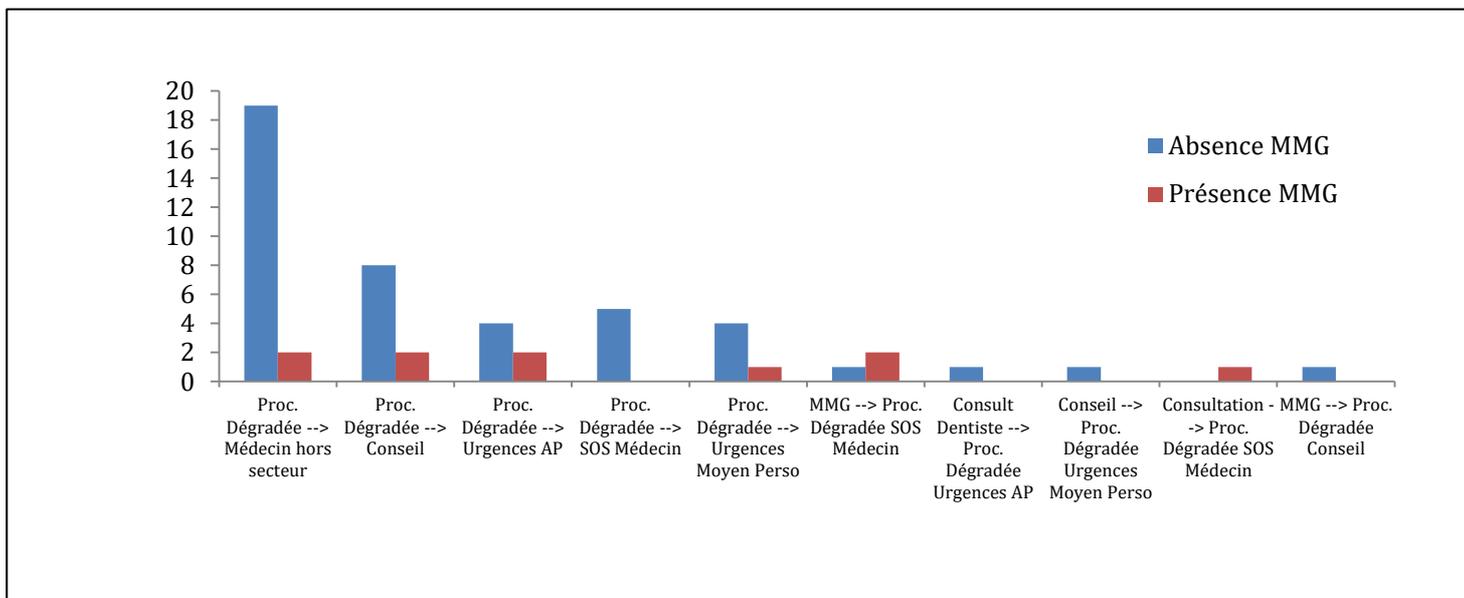
Un graphique reprenant chacun des secteurs dont les procédures dégradées ont été pondérées par le nombre d'appels traités sur ce secteur a été créé.

Graphique 8: Répartition des secteurs selon leur ratio de procédures dégradées



Les plus grandes proportions de procédures dégradées étaient sur les secteurs de VA24-19 (7PD/11appels soit 64%), DK01 (6PD/7appels soit 86%), DK27 (4/4 soit 100%) et VA17 (3/5 soit 60%).

Graphique 9: Types de procédures dégradées engagées.



L'analyse s'est portée sur les 54 Procédures Dégradées dont 44 provenaient de secteurs sans MMG et 10 de secteurs avec MMG.

Selon le test exact de Fisher, il n'existait pas de corrélation entre le type de procédure dégradée engagée et l'existence d'une maison médicale de garde.

21 PD se sont soldées par le recours à un médecin hors secteur (près de 40%). Pour 9 PD, une temporisation par conseil était proposée (16%)

4) Modèles prédictifs

Prédiction de l'Orientation Initiale vers une MMG :

	p	Odds Ratio
Après 22H	0,002	0,404
Enfant	0,001	1,955
MMG_Absence	0,000	0,036
MMG_Douai	0,015	2,058
MMG_Cambrai	0,002	2,717
MMG_SOS Médecins	0,000	0,181

Test de Hosmer et Lemeshow : degré de significativité à 0,860 (> 0,2) et AUC: 0,837 (>0,8)

Les variables « Enfant », « MMG de Douai » et « MMG de Cambrai » étaient des variables qui prédisaient l'orientation initiale du régulateur vers une MMG.

On estimait qu'un appel venant du secteur de la « MMG de Cambrai » ou « MMG de Douai » avait eu au moins 2fois plus de chances d'aboutir à une consultation en MMG ; et 4fois plus s'il était rajouté le caractère « Enfant » ($p < 0,05$).

Prédiction de l'Orientation Initiale vers une consultation :

Test de Hosmer et Lemeshow : Significativité 0,950 (>0,2) ; AUC= 0,808 (>0,8)

Les variables « Signes fonctionnels urinaires » (OR=2,937), « Signes Fonctionnels ORL » (OR=2,534), « Absence de MMG »(OR=2,618), ainsi que le critère « appel avant 22h » (OR 2,123), « appelant parent » (OR 1,811) étaient des critères orientant une prise en charge en « consultation au cabinet » ($p < 0,05$).

La variable « appel en week-end » (OR=1,546) n'était pas significative avec $p > 0,05$.

Prédiction de l'Orientation Initiale vers une visite à domicile :

Test de Hosmer et Lemeshow : Significativité 0,378 (>0,2) ; AUC:=0,844 (>0,8)

Les variables « Douleur ostéo-articulaire» (OR=3,712), « Difficulté Respiratoire» (OR=3,456), « WE/SEM»(OR=2,737), ainsi que le critère « Absence de MMG » (OR 2,614) étaient des critères orientant une prise en charge en « Visite» ($p < 0,05$).

DISCUSSION

A. Intérêt et limites de l'étude

L'organisation de la PDSA est un sujet d'actualité, qui plus est dans une région marquée par une démographie en difficulté par son vieillissement et son caractère social défavorisé.

Il s'agit de la première étude portant sur le fonctionnement du CRRAL 59.

Peu d'études traitent de ce sujet sur le plan national. Elle offre un point de vue général sur les demandes de soins non programmés en soir et week-end dans toute la région et sur l'offre de soins proposée.

Il a été inclus tous les appels entrants au CRRAL qui étaient suivis en double écoute, durant la période d'inclusion. Seuls 2 appels du Pas-de-Calais et de Hollande ont été écartés.

La méthodologie était rigoureuse, étudiée avant recueil, puis modifiée lors du test d'échantillonnage. Cela nous a permis de ne sélectionner que les données pouvant être recueillies.

L'échantillon est donc bien représentatif de la population étudiée. La validité externe de notre étude n'est pas discutable.

Les biais déclarés sont :

- Un biais de sélection : La période d'inclusion se situe d'octobre à novembre 2017, période hivernale où le recours peut être plus intense qu'à d'autres périodes de l'année avec une sur-représentativité probable des motifs infectieux.

Durant cette même période, la régulation instaurait une permanence le samedi matin, que nous n'avons pas étudiée. Le recueil n'a couvert qu'un seul vrai samedi, le second était un jour férié (le 11 novembre).

- Un biais de classement : Etant donné la mutualisation de nos trois recueils en un, il a pu exister une codification des variables ouvertes un peu différente. Notamment si le patient appelait pour des motifs multiples, la hiérarchisation pour le motif principal pouvait varier entre les impétrantes, ainsi que l'hypothèse diagnostique déduite de l'appel.

Des réunions de travail entre les 3 chercheuses ont permis de limiter ces biais.

Le point fort de cette étude réside dans son nombre de dossiers (n=895), qui lui permet d'avoir une grande puissance statistique.

B. Analyse des résultats

La discussion qui suit a peiné à trouver des éléments de référence dans une littérature très pauvre.

- Les secteurs qui ont été le plus représentés dans notre recueil étaient :

- LIL19 (Hellemmes, Lezennes, Lille)
- VAOO (Valenciennes et 38communes du valenciennois)
- DOUOO (Douai et 30communes du douaisis)

Ils correspondent aux 3 bassins de population majeurs du département. (14)

Les MMG de Valenciennes et Douai ont été, au regard de ces données, les deux plus sollicitées en terme d'appels sur leur secteur.

Le secteur LIL19 ne dispose pas de MMG mais est à proximité de SOS médecins, ainsi que de la MMG de Lille bien connue des régulateurs. Ce secteur a été conservé à la demande des médecins généralistes qui souhaitent conserver un secteur alloué uniquement aux visites.

En moyenne :

- 364 appels (40%) provenaient des 12 secteurs rattachés à une MMG
- 531 appels (60%) provenaient des 57 autres secteurs sans MMG

- L'analyse des orientations initiales (OI) confirmait l'importance du rôle du CRRAL puisqu'il traitait lui-même plus d'un tiers des appels par un conseil médical.

Il orientait vers un médecin de garde dans la même proportion.

L'orientation première n'a pas toujours été acceptée par le patient. Celui-ci pouvait refuser la prise en charge proposée, soit par divergence d'opinion, soit par manque de véhicule.

Dans les cas où on orientait vers le médecin de garde, le régulateur vérifiait préalablement la disponibilité sur secteur.

Dans 47 cas (5,25% des appels), aucun médecin n'était renseigné ou joignable.

Ce pourcentage ne peut être comparé avec ceux des autres régions par faute d'études sur le CRRAL et sur les manques qui peuvent y être constatés.

- L'orientation initiale était significativement liée à la présence d'une maison médicale de garde sur secteur appelant.

➤ Lorsqu'une Maison Médicale de Garde existait, elle était utilisée.

La MMG de Douai était la plus fréquentée, avec 28 consultations régulées.

Suivaient la MMG de Cambrai qui avait un taux d'adressage à la MMG le plus élevé, puis Valenciennes qui recevait le plus d'appels sur secteurs.

Ces trois MMG répondent donc à un besoin réel de la population, attesté par l'expertise du régulateur.

Ceci vient renforcer le travail de thèse réalisé en 2017 sur l'adaptabilité et la satisfaction des usagers de la MMG de Douai (8). On confirme le plein essor de cette MMG, dont les patients trouvaient entière satisfaction. Dans cette étude une nuance était portée sur la dérive possible des comportements des patients déjà venus à la MMG, et qui bypassaient la régulation.

A contrario, la MMG de Dunkerque Est n'a comptabilisé aucun appel. Cela pourrait refléter l'absence de besoin dans cette région et donc l'implantation en excès de cette MMG.

On pourrait également supposer un recours immédiat à la MMG, sans passer par la régulation. Cependant l'interprétation de cette donnée est biaisée par l'attribution arbitraire des appels de « Dunkerque » au secteur-MMG de Dunkerque Ouest.

Aucun appel de Leffrinckoucke, Malo-les-Bains, Rosendael, ou Teteghem du même secteur que Dunkerque Centre n'a eu besoin de consultation en MMG.

➤ Concernant les parts de « Conseil », ou d'envoi aux « Urgences », elles n'étaient pas modifiées par la présence d'une MMG sur secteur.

Il aurait été pourtant logique de s'attendre à ce que les secteurs avec MMG constatent un désengorgement des urgences. En Haute-Garonne, une thèse avait étudié chez les usagers d'une MMG, leur intention de consulter les urgences pour le même motif(15).

Elle avait conclu que la majorité des consultants à la MMG n'avait pas l'intention de consulter aux urgences, mais que ça aurait été leur second recours si la consultation en MMG n'avait pas été possible. La MMG diminuait le recours aux urgences lorsque celui-ci n'était pas jugé nécessaire.

Dans le présent recueil, l'orientation « Urgences » telle que renseignée par le régulateur est celle déduite de son expertise et de son évaluation du degré d'urgence.

Cette réflexion est menée en amont de la connaissance de la présence d'une MMG ou pas.

Ainsi les vraies urgences sont réelles, et le médecin régule vers le service d'urgences le plus proche. Les fausses urgences, elles, sont désamorçées par le médecin régulateur, certaines en conseil, d'autres en consultation par exemple à la MMG.

Elle ne reflète en aucun cas les consultations abusives aux urgences qui pourraient être ré-adressées à la MMG par exemple.

Pour cela il serait pertinent d'évaluer la fréquentation des urgences durant les horaires de la PDSA, en s'intéressant à une éventuelle diminution du nombre d'actes CCMU1 (état clinique jugé stable, abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique) durant ces horaires, avant et après implantation de la MMG.

- Les « visites à domicile » demeurent très hétérogènes dans le département.

Elles sont maintenues dans les secteurs où un tour de visites est prévu à côté des consultations en MMG, comme à Maubeuge et Valenciennes. A Cambrai il y a moitié moins de visites.

Un effet rural-urbain doit aussi être pris en compte comme le décrit l'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins (12). En effet, la participation des médecins dans les zones urbaines est souvent faible. La PDSA relève alors d'un petit nombre de médecins, relayée par SOS médecins. En zone rurale, on retrouve une participation plus solidaire et homogène des médecins, et malgré cela certains secteurs sont sous tension.

Le concept évolue vers la visite dite « incompressible » mais peu de choses sont explicitées dans le nouveau cahier des charges régional. Celle-ci existe déjà dans certaines régions comme en Bourgogne (16), elle est définie par l'impossibilité pour le patient de se déplacer en raison de son état de santé. Elle peut comprendre les déplacements pour certificats de décès ou d'hospitalisation sous contrainte, avec tolérance de « visites résiduelles » dans les cas où toutes les autres solutions envisagées n'ont pas permis de trouver un moyen de transport.

- Enfin « SOS médecins » représentait une option pour les secteurs où une structure existait, ainsi que les secteurs avoisinants sensibles, mais également dans les cas de procédure dégradée où une consultation était nécessaire.

Sur les secteurs SOS médecins, il existait un faible pourcentage de visites, étonnant au vu de l'activité reconnue de SOS en matière de mobilité. En réalité lorsque le régulateur sollicitait un recours à SOS médecins, il cotait « SOS médecins » sans le détail 'consultation' ou 'visite'. Elle était incluse dans la part d'orientation globale « SOS médecins ».

SOS médecins représente donc une structure aidante de la PDSA. Elle propose un renfort sur des zones urbaines où la PDSA présente des signes de faiblesse (ex : Secteurs Dunkerquois).

Par phénomène d'osmose elle peut absorber les carences de certains secteurs.

- L'intérêt majeur de l'étude était d'observer les manques d'effectif dans certains secteurs, que nous avons traduits par la mise en jeu de procédures dégradées.
Les résultats traduisaient que : lorsqu'il avait besoin d'un médecin de garde, le régulateur n'en trouvait pas pour 22% des appels sur secteurs sans MMG.
La même recherche sur secteur avec MMG faisait chuter ce pourcentage à 7%.
Lorsqu'il existait une MMG, le nombre de procédures dégradées était donc considérablement diminué grâce une organisation fixe, solide et pérenne.
- Sur ces 10 procédures dégradées issues de secteurs où une MMG existait:
 - 7 Procédures Dégradées Initiales étaient réparties en :
 - 5 sur le secteur-MMG de Douai ; dont 4 appels sur des horaires limites de la permanence de la MMG (3 : le dimanche entre 8 et 9h, pour une ouverture de la MMG à 10h, et 1 appel à 23h en semaine, pour une fermeture de la MMG à 23h)
 - 1 à Maubeuge, un dimanche à 9h, avant l'ouverture de la MMG de Maubeuge à 10h
 - 1 à HPVA, en semaine à 22h40, pour une limite à 23h30
 - 3 Procédures Dégradées Finales suite à l'absence de moyens de transports, sur le secteur-MMG de Grande-Synthe. Elles avaient toutes les trois été renvoyées à SOS médecins Dunkerque. La structure avait pu être proposée soit pour meilleure accessibilité, horaires de permanence 24h/24, ou devant la possibilité offerte d'une visite dite « résiduelle » lorsqu'une solution de transport vers le point fixe de consultation n'a pu être organisée.
- Certains secteurs sans MMG, notamment valenciennois avec VA24-19 (Saint-Amand) pouvaient poser des soucis car le nombre d'appel même s'il n'était pas conséquent, aboutissait à un manque (PD) dans plus de la moitié des cas.
C'était le cas des secteurs DK01 (Bergues), et DK27 (Wormhout). Ceux-ci correspondent aux secteurs répertoriés comme « sensibles » au CDOM.
Parmi les projets d'implantation de MMG en discussion, on retrouve :
 - Saint-Amand (VA24-19), pour lequel notre étude identifiait un manque de médecins de garde et un besoin réel de solutions de PDSA.
 - Seclin (LIL32) et Hazebrouck (DK16) qui n'avaient pas présenté de procédures dégradées. Cependant le découpage définit plusieurs secteurs dans ce territoire, et il faudrait connaître les autres secteurs potentiellement concernés par ces projets.
 A l'inverse, certains secteurs comme CA00 (Cambrai) et VA00 (Valenciennes), ainsi que LIL18-20-21(Lomme-Lambersart) semblaient bien fonctionner car ils ont brassé beaucoup d'appels, tous solutionnés par une réponse-régulateur adaptée et réalisable.

- Le type de Procédure Dégradée engagée était majoritairement le recours au médecin hors secteur (21 des 54 Procédures Dégradées).

Cela met en avant à la fois la bonne volonté des médecins de garde qui acceptaient une consultation ou un déplacement hors secteur, ainsi que la nécessité renouvelée d'une consultation.

- Grâce aux modèles de régression linéaires, il se dégagent les déterminants et les profils de patients prédisant l'envoi en MMG.

Un appel pour un « enfant », sur le secteur de la « MMG de Douai » ou « de Cambrai », avait quatre fois plus de chances d'y être adressé.

On peut en déduire que la présence des MMG dans le Cambrasis et le Douaisis représente un atout majeur pour ces 2 territoires. De part leurs recours par le CRRAL, elles prennent toute leur importance dans le relief de la PDSA.

Il était également retrouvé que le médecin était plus facilement déplacé en visite :

- le week-end au moins 2 fois plus
- s'il n'existait pas de MMG 2,7 fois plus
- pour des douleurs ostéo-articulaires ou difficultés respiratoires 3 fois plus.

Ceci pouvait être lié au fait que dans certains secteurs, notamment sans MMG, les tableaux de garde sont remplis uniquement le week-end (16).

Quand le médecin est de garde le week-end, il est plus facilement appelé pour une visite.(17)

Dans le Nord : la régulation fonctionne sur une base de 71 médecins régulateurs qui traitent 100 000 dossiers par an. Le 25 Décembre ils étaient 77 à être de garde pour assurer la PDSA lors des fêtes.

La MMG représente une solution pour beaucoup de médecins généralistes qui recherchent un système moins lourd, avec un moins de gardes, et une sécurisation de l'exercice.

Deux études se sont attachées aux attentes des internes de médecine générale du Nord et aux avis de médecins généralistes en Picardie, en matière de PDSA.

Elles concluent toutes les deux à une satisfaction globale et une intention renouvelée de participation à la PDSA, moyennant un allègement des contraintes et un exercice facilité, notamment en MMG.

Lorsqu'elle répond à un besoin identifié de la population, et en accord avec les médecins assurant les gardes, son implantation est largement favorisée.

Les lieux fixes de consultations, comme les MMG, permettent également d'assurer une accessibilité aux soins pour les patients avec un dispositif identifié et reconnu.

Elles sont le gage d'une meilleure stabilité, avec l'assurance d'avoir un médecin de garde aux horaires prévues de la MMG.

Ces lieux diminuent les procédures dégradées lorsque le régulateur nécessite un médecin. Ses chances de trouver un médecin dont il aurait besoin passent de 78 à 93%.

Pour autant il apparaît que dans certaines régions, l'existence de points fixes de garde est assortie d'une modification des comportements des patients, et d'un moindre recours au CRRAL au profit de la consultation directe.

En effet comme le relève l'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'Etat des lieux de la PDSA en 2017(12), les lieux fixes de consultations, s'ils offrent certaines facilités aux médecins permettent dans certains cas au patients de se rendre sans régulation à ces lieux pour y consulter un médecin. (ex : Val-de-Marne recours MMG direct dans 80 des cas)

Le risque est la saturation croissante de ces points de garde postés.

Le médecin généraliste a un rôle important dans cette PDSA.

De part sa vocation à établir une continuité des soins, il doit pouvoir proposer à son patient une alternative hors des horaires d'ouverture de son cabinet.

Cependant il a été rapporté dans une étude sur l'Etat des lieux de la Permanence de soins dans l'Eure(18), qu'il existait des lacunes dans ce domaine et que les médecins généralistes ne connaissaient pas bien le système de PDSA.

Leur seule expérience en tant qu'effecteur n'implique pas la connaissance de cette boucle en amont par la régulation.

L'idée est de transmettre l'information à ces maillons indispensables de relais de l'information aux patients.

Ils disposent d'une place centrale pour éduquer le patient sur le bon usage de ces MMG et le respect de la chaîne de PDSA.

CONCLUSION

Les MMG permettent de répondre à deux objectifs principaux (19) : pour les médecins, l'assurance de conditions d'exercice sécurisées et de qualité, et pour les patients l'accessibilité aux soins avec un dispositif identifié, pérenne.

Elles offrent une qualité de prise de garde pouvant favoriser la participation des médecins à l'efficacité de la PDSA. Cela pourrait également rassurer et inciter l'installation de jeunes médecins généralistes. En effet, certains secteurs du Nord comme l'Avesnois présentent une proportion de médecins de plus de 55ans qui atteint 87%.

L'objectif de ce projet était d'évaluer la pertinence du maillage actuel des MMG dans le Nord (59). Les analyses statistiques qui ont été effectuées ont bien montré que la présence de chacune des MMG diminue sensiblement le nombre de procédures dégradées.

L'étude identifie par exemple un manque de médecins de garde dans le secteur de Saint-Amand. Une MMG serait particulièrement adaptée aux besoins mis en évidence dans ce secteur.

Les trois travaux distincts s'appuyaient donc sur des analyses statistiques effectuées sur les données recueillies au CRRAL 59 en 2017. Ils ont été réalisés de manière conjointe et mutualisée par les investigatrices. Ils représentaient une étude globale analysant les trois composantes du dispositif que sont : le patient et son profil sociodémographique, le médecin régulateur et l'orientation choisie sur la base du motif d'appel, ainsi que le médecin effecteur par la corrélation entre la présence d'une MMG sur secteur et la possibilité d'une consultation.

Les résultats de la 1^{re} étude montraient que les appels provenaient des 2 genres sur toutes les tranches d'âges, même si on constatait un plus grand nombre d'appels issus de l'agglomération lilloise, pour un adulte de genre féminin.

Pour la 2^e étude, concernant les motifs d'appels, ils étaient variés, même si on constatait une majorité d'appels pour de la fièvre, évoluant depuis moins de 24h et n'ayant pas bénéficié d'un avis médical antérieur. L'orientation principale par le médecin régulateur était le conseil téléphonique.

La 3^e étude, concernant l'impact de l'existence d'une MMG sur l'orientation possible du patient, confirmait toute l'importance de la MMG pour remédier au manque de médecins de garde.

Cette étude pourra servir de support informatif aux médecins et leur permettra de relayer cette information liée à la PDSA à leurs patients.

Il y a aujourd'hui une restructuration profonde de la PDSA suite à la création des grandes régions. Dans les Hauts-de-France, au delà d'un regroupement en 35 secteurs, il est prévu des aménagements des ouvertures de la régulation le samedi matin en période d'affluence, la revalorisation des rémunérations et l'encouragement à la création de MMG.

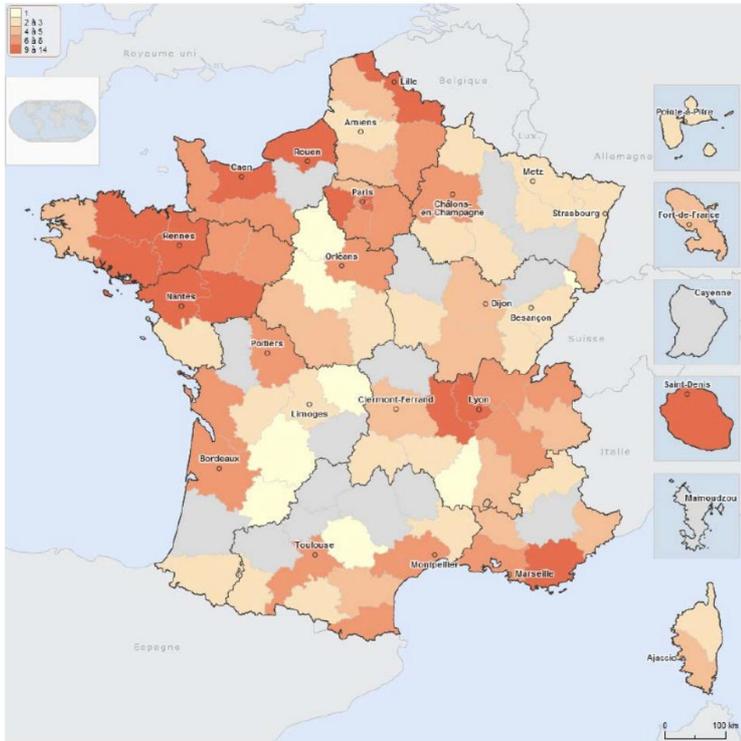
BIBLIOGRAPHIE

1. Code de la santé publique - Article L6314-1. Code de la santé publique.
2. Code de la santé publique - Article R6315-1. Code de la santé publique.
3. cnominfographiepds2014.pdf [Internet]. [cité 27 août 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnominfographiepds2014.pdf>
4. La permanence et continuité des soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 27 août 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continuite-des-soins/article/la-permanence-et-continuite-des-soins-l-acces-a-un-medecin-lorsque-les-cabinets>
5. L'organisation de la permanence et la continuité des soins [Internet]. [cité 27 août 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/lorganisation-de-la-permanence-et-la-continuite-des-soins>
6. document.pdf [Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01280442/document>
7. Valérie PL. ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES DU CAMBRESIS FACE AU PROJET D'UNE MAISON MEDICALE DE GARDE A CAMBRAI. :84.
8. ef0f2362-f88a-42df-a995-298d8d570cc2.pdf [Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/ef0f2362-f88a-42df-a995-298d8d570cc2>
9. annexe_zonage_jv02.pdf [Internet]. [cité 27 août 2018]. Disponible sur: http://www.nord.gouv.fr/content/download/4390/23790/file/annexe_zonage_jv02.pdf
10. LA PERMANENCE DES SOINS DES MEDECINS LIBERAUX [Internet]. [cité 13 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.conat.net/CODECOMED/VALIDE/06-0112-PDS-Requiz.htm>
11. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°68 [Internet]. [cité 27 août 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
12. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins. :98.
13. Recueil n° 234 du 6 août 2018.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/hauts-de-france/content/download/49088/325228/file/Recueil%20n%C2%B0%20234%20du%206%20ao%C3%BBt%202018.pdf>
14. La population des territoires du Nord-Pas-de-Calais-Picardie au 1er janvier 2013 – La population des territoires du Nord-Pas-de-Calais-Picardie au 1er janvier 2013 | Insee [Internet]. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1894510?sommaire=1894513>
15. Ribaut PL. POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE. 2015;65.
16. CDCPDSaregional.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: http://www.bourgogne.paps.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/PAPS/Vie_professionnelle/PDS_A_/CDCPDSaregional.pdf
17. Sectorisation du Nord au 1er Janvier 2018. Document du CDOM.
18. Benard A. État des lieux de la permanence des soins ambulatoires dans le département de l'Eure. :162.
19. Recueil n° 234 du 6 août 2018.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/hauts-de-france/content/download/49088/325228/file/Recueil%20n%C2%B0%20234%20du%206%20ao%C3%BBt%202018.pdf>

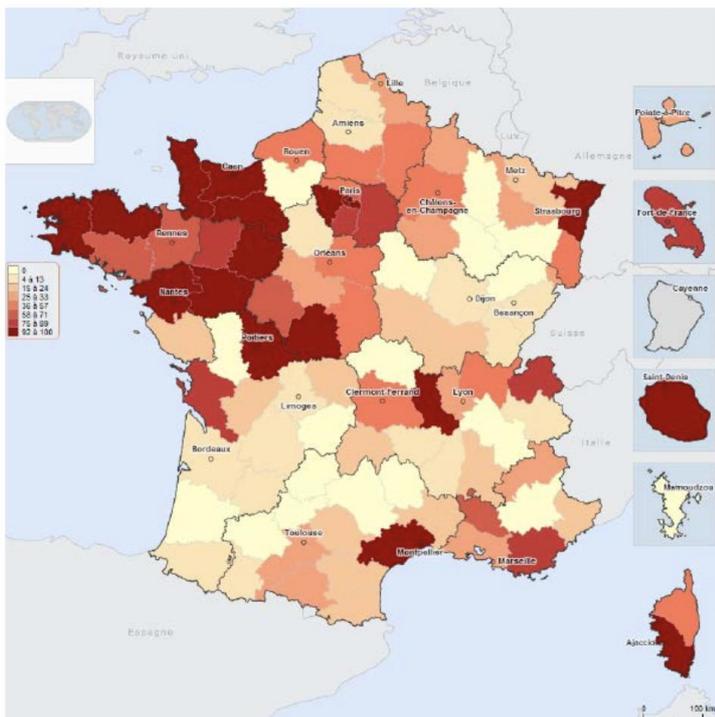
ANNEXES

Annexe 1. Cartographies des lieux d'effection répartis au niveau national

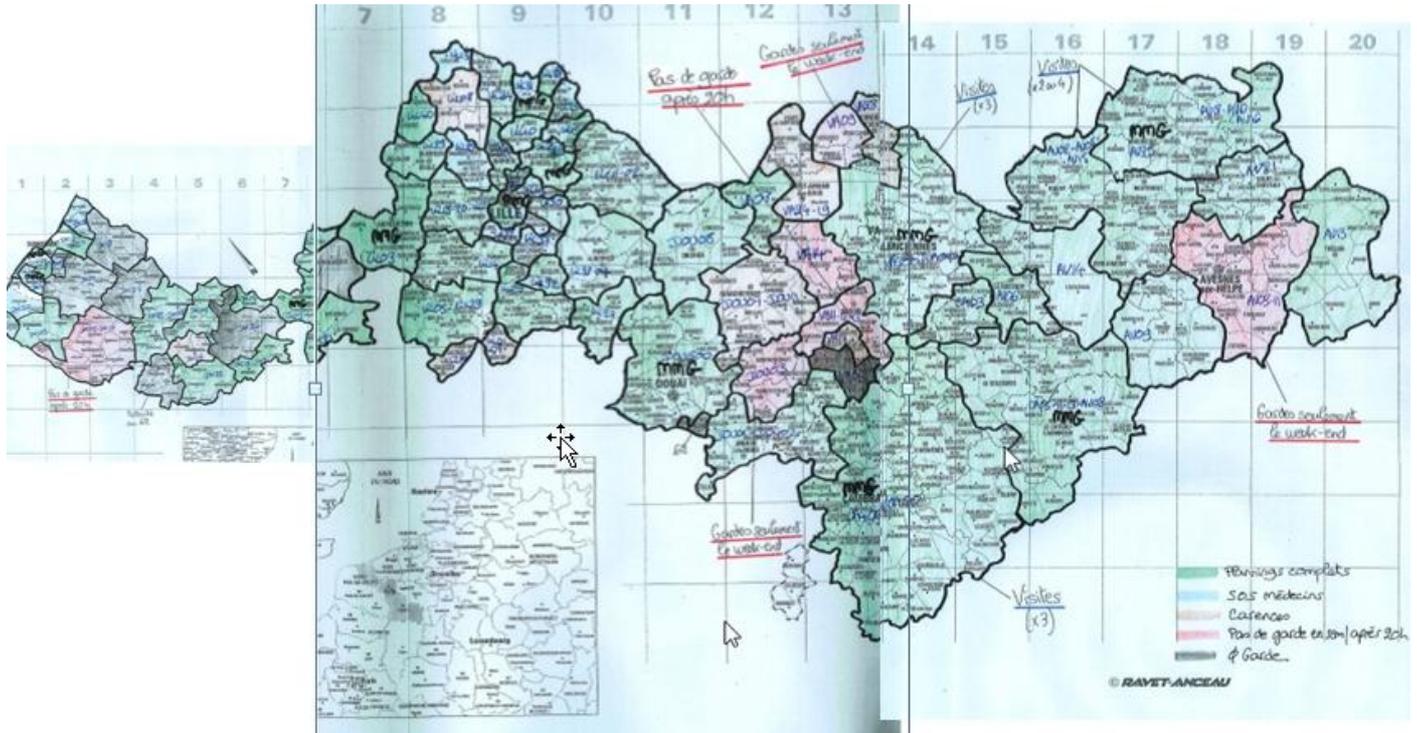
NOMBRE DE LIEUX D'EFFECTION FIXES AU 31 DECEMBRE 2017



TAUX DE SECTEURS COUVERTS PAR DES LIEUX D'EFFECTION FIXES (EN %) AU 31 DECEMBRE 2017

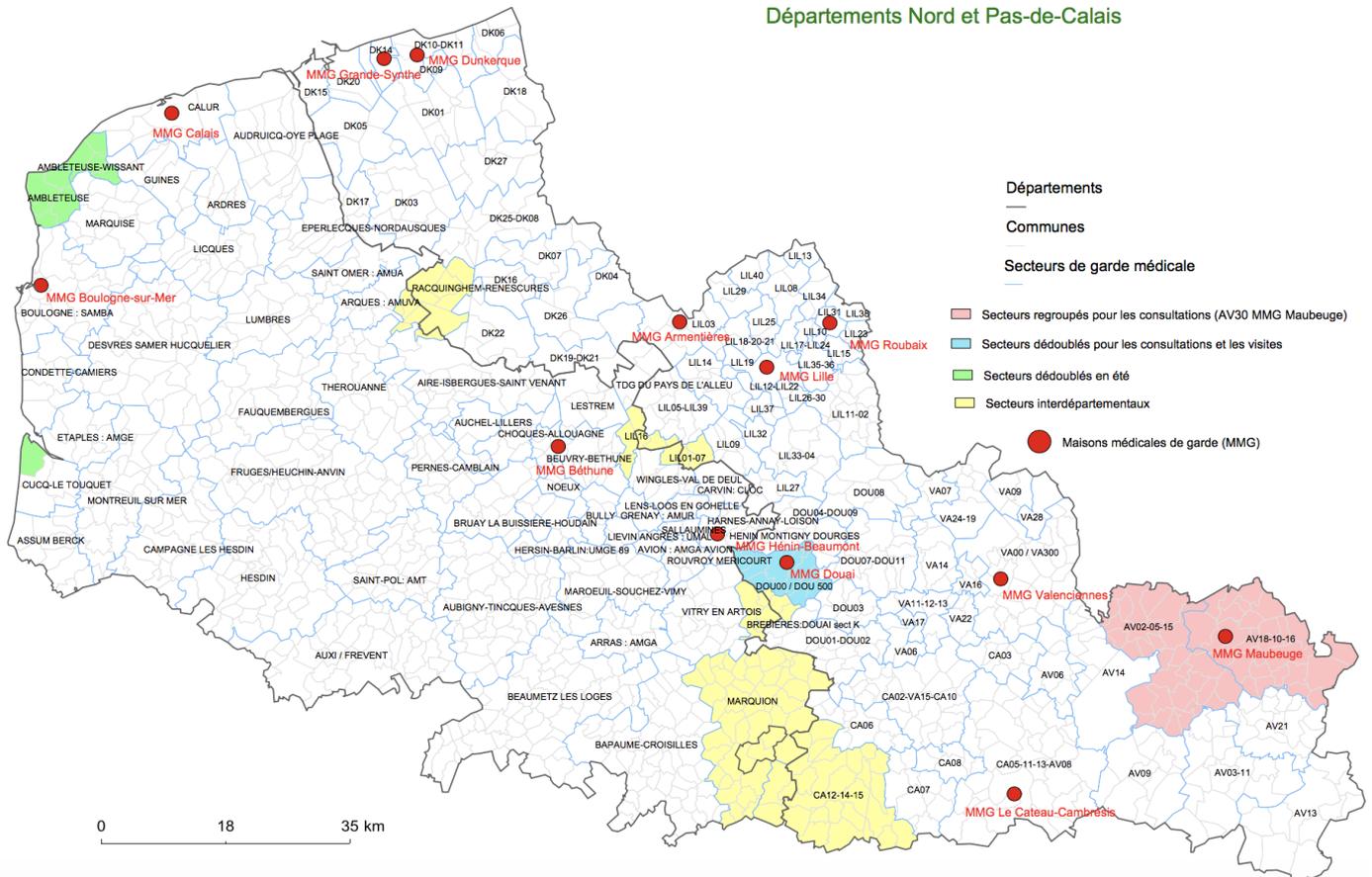


Annexe 2. Cartes géographiques du Nord et des MMG



Secteurs de garde médicale et maisons médicales de garde (MMG)

Départements Nord et Pas-de-Calais



Annexe 3. Sectorisation de la PDSA du Nord au 1^{er} Janvier 2018

AVESNOIS :

Dénomination secteurs	Communes couvertes	Particularités
AV02-AV05-AV15	AMFROIPRET - AUDIGNIES - AULNOYE-AYMERIES - BACHANT - BAVAY - BEAUFORT - BELLIGNIES - BERLAIMONT - BERMERIES - BETTRECHIES - BOUSSIERES-SUR-SAMBRE - ECLAIBES - ECUELIN - GUSSIGNIES - HARGNIES - HAUTMONT - HON-HERGIES - HOUDAIN-LEZ-BAVAY - LA FLAMENGRIE - LA LONGUEVILLE - LEVAL - LIMONT-FONTAINE - MECQUIGNIES - LOUVIGNIES BAVAY - MONCEAU-SAINT-WAAST - NEUF-MESNIL - OBIES - PONT-SUR-SAMBRE - SAINT-REMY-CHAUSSEE - SAINT-REMY-DU-NORD - SAINT-WAAST - SASSEGNIES - TAISNIERES-SUR-HON - VIEUX-MESNIL (34 COMMUNES)	SECTEUR DE VISITES RATTACHE A LA MMG DE MAUBEUGE : ASTREINTES X2 - TABLEAUX PLEINS
AV03-11	AVESNELLES - AVESNES-SUR-HELPE - BAS-LIEU - BOULOGNE-SUR-HELPE - DOULERS - ETROEUNGT - FLAUMONT-WAUDRECHIES - FLOYON - HAUT-LIEU - LAROUILLIES - LIESSIES - RAMOUSIES - SAINS-DU-NORD - SAINT-AUBIN - SAINT-HILAIRE-SUR-HELPE - SEMERIES - SEMOUSIES (17 COMMUNES)	ARRÊT DES GARDES DE SEMAINE DEPUIS LE 2 JANVIER 2017
AV06	BEAUDIGNIES - ENGLEFONTAINE - GHISSIGNIES - LE QUESNOY - LOUVIGNIES-QUESNOY - ORSINVAL - POTELLE - VILLERS-POL (8 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
AV09	CARTIGNIES - DOMPIERRE-SUR-HELPE - GRAND-FAYT - LE FAVRIL - MARBAIX - MAROILLES - NOYELLES-SUR-SAMBRE - PETIT-FAYT - PRISCHES - TAISNIERES-EN-THIERACHE (10 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
AV13	ANOR - BAIVES - EPPE-SAUVAGE - FERON - FOURMIES - GLAGEON - MOUSTIER-EN-FAGNE - OHAIN - RAINSARS - TRELON - WALLERS-EN-FAGNE - WIGNEHIES (12 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
AV14	BRY - ETH - FRASNOY - GOMMEGNIES - JOLIMETZ - LOCQUIGNOL - PREUX-AU-SART - RAUCOURT-AU-BOIS - VILLEREAU - WARGNIES-LE-GRAND - WARGNIES-LE-PETIT (11 COMMUNES)	REGROUPEMENT PROVISoire AVEC AV06
AV18-16-10	AIBES - ASSEVENT - BERELLES - BERSILLIES - BETTIGNIES - BOUSIGNIES-SUR-ROC - BOUSSOIS - CERFONTAINE - COLLERET - COUSOLRE - DAMOUSIES - ELESMES - FEIGNIES - FERRIERE-LA-GRANDE - FERRIERE-LA-PETITE - GOGNIES-CHAUSSEE - HESTRUD - JEUMONT - LOUVROIL - MAIRIEUX - MARPENT - MAUBEUGE - OBRECHIES - QUIEVELON - RECQUIGNIES - ROUSIES - SOUS-LE-BOIS (MAUBEUGE) - VIEUX-RENG - VILLERS-SIRE-NICOLE (29 COMMUNES)	SECTEUR DE VISITES RATTACHE A LA MMG DE MAUBEUGE : ASTREINTES X2 - TABLEAUX PLEINS
AV21	BEAURIEUX - BEUGNIES - CHOISIES - CLAIRFAYTS - DIMECHAUX - DIMONT - ECCLES - FELLERIES - FLOURSIES - LEZ-FONTAINE - SARPOTERIES - SOLRE-LE-CHATEAU - SOLRINNES - WATTIGNIES-LA-VICTOIRE - WILLIES (15 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
AV30	AIBES - AMFROIPRET - ASSEVENT - AUDIGNIES - AULNOYE-AYMERIES - BACHANT - BAVAY - BEAUFORT - BELLIGNIES - BERELLES - BERLAIMONT - BERMERIES - BERSILLIES - BETTIGNIES - BETTRECHIES - BOUSIGNIES-SUR-ROC - BOUSSIERES-SUR-SAMBRE - BOUSSOIS - CERFONTAINE - COLLERET - COUSOLRE - DAMOUSIES - ECLAIBES - ECUELIN - ELESMES - FEIGNIES - FERRIERE-LA-GRANDE - FERRIERE-LA-PETITE - GOGNIES-CHAUSSEE - GUSSIGNIES - HARGNIES - HAUTMONT - HESTRUD - NON-HERGIES - HOUDAIN-LEZ-BAVAY - JEUMONT - LA FLAMENGRIE - LA LONGUEVILLE - LEVAL - LIMONT-FONTAINE - LOUVIGNIES BAVAY - LOUVROIL - MAIRIEUX - MARPENT - MAUBEUGE - MECQUIGNIES - MONCEAU-SAINT-WAAST - NEUF-MESNIL - OBIES - OBRECHIES - PONT-SUR-SAMBRE - QUIEVELON - RECQUIGNIES - ROUSIES - SAINT-REMY-CHAUSSEE - SAINT-REMY-DU-NORD - SAINT-WAAST - SASSEGNIES - SOUS-LE-BOIS (MAUBEUGE) - TAISNIERES-SUR-HON - VIEUX-MESNIL - VIEUX-RENG - VILLERS-SIRE-NICOLE (63 COMMUNES)	MMG DE MAUBEUGE - TABLEAUX PLEINS

CAMBRAISIS

<p>CA00</p>	<p>ANNEUX - AUBENCHEUL-AUX-BOIS - AUDENCOURT (CAUDRY) - AVESNES-LE-SEC - AVESNES-LES-AUBERT - AWOINGT - BANTEUX - BANTIGNY - BANTOUZELLE - BEAUMONT-EN-CAMBRESIS - BEAUVOIS-EN-CAMBRESIS - BETHENCOURT - BEVILLERS - BLECOURT - BOUSSIERES-EN-CAMBRESIS - CAGNONCLES - CAMBRAI - CANTAING-SUR-ESCAUT - CARNIERES - CATTENIERES - CAUDRY - CAULLERY - CAUROIR - CLARY - CREVECOEUR-SUR-L'ESCAUT - CUVILLERS - DEHERIES - ELINCOURT - ESCAUDOEUVRES - ESNES - ESTOURMEL - ESTRUN - ESWARS - FLESQUIERES - FONTAINE-AU-PIRE - FONTAINE-NOTRE-DAME - GONNELIEU - GOUZEAUCOURT - HASPRES - HAUCOURT-EN-CAMBRESIS - HAVRINCOURT - HAYNECOURT - HONNECOURT-SUR-ESCAUT - INCHY - IWUY - LES RUES-DES-VIGNES - LESDAIN - LIGNY-EN-CAMBRESIS - MALINCOURT - MARCOING - MASNIERES - METZ-EN-COUTURE - MONTIGNY-EN-CAMBRESIS - MONTRECOURT - MORENCHIES (CAMBRAI) - NAVES - NEUVILLE-SAINT-REMY - NIERGNIES - NOYELLE-SUR-ESCAUT - PAILLENCOURT - PROVILLE - QUIEVY - RAILLENCOURT-SAINTE-OLLE - RAMILLIES - RIBECOURT-LA-TOUR - RIEUX-EN-CAMBRESIS - RUMILLY-EN-CAMBRESIS - SAILLY-LEZ-CAMBRAI - SAINT-AUBERT - SAINT-HILAIRE-LEZ-CAMBRAI - SAINT-VAAST-EN-CAMBRESIS - SAULZOIR - SELVIGNY - SERANVILLERS-FORENVILLE - THUN-L'EVEQUE - THUN-SAINT-MARTIN - TILLOY-LEZ-CAMBRAI - TRESCAULT - VILLERS-EN-CAUCHIES - VILLERS-GUISLAIN - VILLERS-OUTREAUX - VILLERS-PLOUICH - WALINCOURT-SELVIGNY - WAMBAIX (84 COMMUNES)</p>	<p>SECTEUR DE VISITES RATTACHE A LA MMG DE CAMBRAI : ASTREINTES X3 - TABLEAUX PLEINS</p>
<p>CA03</p>	<p>BERMERAIN - CAPELLE-SUR-ECAILLON - QUERENAING - RUESNES - SAINT-MARTIN-SUR-ECAILLON - SEPMERIES - SOMMAING - VENDEGIES-SUR-ECAILLON - VERCHAIN-MAUGRE (9 COMMUNES)</p>	<p>QUELQUES CARENCES</p>
<p>CA05-11-13-AV08</p>	<p>BAZUEL - BEAURAIN - BERTRY - BOUSIES - BRIASTRE - BUSIGNY - CATILLON-SUR-SAMBRE - CROIX-CALUYAU - ESCARMAIN - ESCAUFOURT (SAINT-SOUPLET) - FONTAINE-AU-BOIS - FOREST-EN-CAMBRESIS - HAUSSY - HECQ - HONNECHY - LA GROISE - LANDRECIES - LE CATEAU-CAMBRESIS - MARETZ - MAUROIS - MAZINGHIEN - MONTAY - NEUVILLE-EN-AVESNOIS - NEUVILLY - ORS - POIX-DU-NORD - POMMEREUIL - PREUX-AU-BOIS - REJET-DE-BEAULIEU - REUMONT - ROBERSART - ROMERIES - SAINT-BENIN - SAINT-PYTHON - SAINT-SOUPLET - SALESCHES - SOLESMES - TROISVILLES - VENDEGIES-AU-BOIS - VERTAIN - VIESLY (41 COMMUNES)</p>	<p>MMG LE CATEAU CAMBRESIS - TABLEAUX PLEINS</p>
<p>CA400</p>	<p>ANNEUX - AUBENCHEUL-AUX-BOIS - AUDENCOURT (CAUDRY) - AVESNES-LE-SEC - AVESNES-LES-AUBERT - AWOINGT - BANTEUX - BANTIGNY - BANTOUZELLE - BEAUMONT-EN-CAMBRESIS - BEAUVOIS-EN-CAMBRESIS - BETHENCOURT - BEVILLERS - BLECOURT - BOUSSIERES-EN-CAMBRESIS - CAGNONCLES - CAMBRAI - CANTAING-SUR-ESCAUT - CARNIERES - CATTENIERES - CAUDRY - CAULLERY - CAUROIR - CLARY - CREVECOEUR-SUR-L'ESCAUT - CUVILLERS - DEHERIES - ELINCOURT - ESCAUDOEUVRES - ESNES - ESTOURMEL - ESTRUN - ESWARS - FLESQUIERES - FONTAINE-AU-PIRE - FONTAINE-NOTRE-DAME - GONNELIEU - GOUZEAUCOURT - HASPRES - HAUCOURT-EN-CAMBRESIS - HAVRINCOURT - HAYNECOURT - HONNECOURT-SUR-ESCAUT - INCHY - IWUY - LES RUES-DES-VIGNES - LESDAIN - LIGNY-EN-CAMBRESIS - MALINCOURT - MARCOING - MASNIERES - METZ-EN-COUTURE - MONTIGNY-EN-CAMBRESIS - MONTRECOURT - MORENCHIES (CAMBRAI) - NAVES - NEUVILLE-SAINT-REMY - NIERGNIES - NOYELLE-SUR-ESCAUT - PAILLENCOURT - PROVILLE - QUIEVY - RAILLENCOURT-SAINTE-OLLE - RAMILLIES - RIBECOURT-LA-TOUR - RIEUX-EN-CAMBRESIS - RUMILLY-EN-CAMBRESIS - SAILLY-LEZ-CAMBRAI - SAINT-AUBERT - SAINT-HILAIRE-LEZ-CAMBRAI - SAINT-VAAST-EN-CAMBRESIS - SAULZOIR - SELVIGNY - SERANVILLERS-FORENVILLE - THUN-L'EVEQUE - THUN-SAINT-MARTIN - TILLOY-LEZ-CAMBRAI - TRESCAULT - VILLERS-EN-CAUCHIES - VILLERS-GUISLAIN - VILLERS-OUTREAUX - VILLERS-PLOUICH - WALINCOURT-SELVIGNY - WAMBAIX (84 COMMUNES)</p>	<p>MMG CAMBRAI - TABLEAUX PLEINS</p>

DUNKERQUOIS

DK01	ARMBOUTS-CAPPEL - BERGUES - BIERNE - BISSEZEELE COUDEKERQUE-VILLAGE - CROCHTE - HOYMILLE - PITGAM QUAEDYPRE - SOCX - SPYCKER - STEENE (12 COMMUNES)	PLUS DE GARDE DEPUIS DEC 2016
DK03 DK17	ARNEKE - BOLLEZEELE - BROXEELE - BUYSSCHEURE - ERINGHEM LEDERZEELE - MERCKEGHEM - NORDPEENE - OCHTEZEELE - RUBROUCK - VOLCKERINCKHOVE - ZEGERSCAPPEL (DK03)+ HOLQUE - MILLAM NIEURLET - SAINT-MOMELIN - SAINT-PIERRE-BROUCK - WATTEN - WULVERDINGHE (DK17) (19 COMMUNES)	PLUS DE GARDE APRES 20H DEPUIS JANV 2017
DK04	BAILLEUL - OUTTERSTEENE (BAILLEUL) (2 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
DK05	BOURBOURG - BROUCKERQUE - CAPPELLE-BROUCK - DRINCHAM LOOBERGHE (5 COMMUNES)	MMG DK OUEST - TABLEAUX PLEINS
DK06	BRAY-DUNES - ZUYDCOOTE - GHYVELDE - UXEM (4 COMMUNES)	SECTEUR COUVERT PAR SOS MEDECINS DUNKERQUE
DK07	BERTHEN - BOESCHEPE - CAESTRE - EECKE - FLETRE - GODEWAERSVELDE - PRADELLES - SAINT-SYLVESTRE-CAPPEL - SAINTE- MARIE-CAPPEL (9 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
DK09	CAPPELLE-LA-GRANDE - COUDEKERQUE-BRANCHE (2 COMMUNES)	SECTEUR COUVERT PAR SOS MEDECINS DUNKERQUE
DK10-DK11	DUNKERQUE CENTRE - LEFFRINCKOUCKE - MALO-LES-BAINS ROSENDAEL - TETEGHEM (5 COMMUNES)	MMG DK EST - TABLEAUX PLEINS
DK12-DK24	DUNKERQUE - PETITE-SYNTHÉ - SAINT-POL-SUR-MER (3 COMMUNES)	MMG DK OUEST - TABLEAUX PLEINS
DK14	FORT-MARDYCK - GRANDE-SYNTHÉ (2 COMMUNES)	SECTEUR COUVERT PAR SOS MEDECINS DUNKERQUE
DK15	GRAND-FORT-PHILIPPE - GRAVELINES - SAINT-GEORGES-SUR-L'AA (3 COMMUNES)	SECTEUR COUVERT PAR SOS MEDECINS DUNKERQUE
DK16	BORRE - HAZEBROUCK - HONDEGHEM (3 COMMUNES)	QUELQUES CARENCES
DK18	HONDSCHOOTE - KILLEM - LES MOERES - OOST CAPPEL - REXPOEDE - WARHEM (6 COMMUNES)	PLUS DE GARDE DEPUIS OCTOBRE 2012
DK19-DK21	ESTAIRES - LA GORGUE - MERVILLE (3 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
DK20	CRAYWICK - LOON-PLAGE - MARDYCK (3 COMMUNES)	SECTEUR COUVERT PAR SOS MEDECINS DUNKERQUE
DK22	BOESEGHEM - HAVERSKERQUE - MORBECQUE - SERCUS - STEENBECQUE - THIENNES - WALLON-CAPPEL (7 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
DK25-DK08	BAVINCHOVE - CASSEL - HARDIFORT - OUDEZEELE - OXELAERE - STEENVOORDE - TERDEGHEM - WEMAERS-CAPPEL - WINNEZEELE - ZERMEZEELE - ZUYTPEENE (11 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
DK26	LE DOULIEU - MERRIS - METEREN - NEUF-BERQUIN - SAINT-JANS- CAPPEL - SEC-BOIS (VIEUX-BERQUIN) - STEENWERCK - STRAZEELE - VIEUX-BERQUIN (9 COMMUNES)	PLUS DE GARDE DEPUIS JANV. 2017
DK27	BAMBECQUE - ESQUELBECQ - HERZEELE - HOUTKERQUE - LEDRINGHEM - WEST-CAPPEL - WORMHOUT - WYLDER (8 COMMUNES)	PLUS DE GARDE DEPUIS JUILLET 2016

DOUAISIS

DOU00	ANHIERS - AUBY - BELLONNE - BREBIERES - CORBEHEM - COURCHELETTES - CUINCY - DECHY - DORIGNIES (DOUAI) - DOUAI - ESQUERCHIN - FAUMONT - FERIN - FLERS-EN-ESCREBIEUX - FLINES-LEZ-RACHES - FRAIS-MARAIS (DOUAI) - GOEULZIN - GOUY SOUS BELLONNE - GUESNAIN - LALLAING - LAMBRES-LEZ-DOUAI - LAUWIN-PLANQUE - LOFFRE - MONCHEAUX - NOYELLES SOUS BELLONNE - RACHES - RAIMBEAUCOURT - ROOST-WARENDIN - SIN-LE-NOBLE - TORTEQUESNE - WAZIERS (31 COMMUNES)	PAS DE TOUR DE GARDE A CE JOUR - ORGANISATION PROCHAINE PREVUE
DOU01-DOU02	ABANCOURT - ARLEUX - AUBENCHEUL-AU-BAC - AUBIGNY-AU-BAC - BRUNEMONT - BUGNICOURT - CANTIN - ESTREES - FECHAIN - FRESSAIN - FRESSIES - HAMEL - HEM-LENGLET - LECLUSE - MARCQ-EN-OSTREVENT - MARQUETTE-EN-OSTREVANT - ROUCOURT - SANCOURT - VILLERS-AU-TERTRE - WASNES-AU-BAC - WAVRECHAIN-SOUS-FAULX (21 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
DOU03	ANICHE - AUBERCHICOURT - ECAILLON - EMERCHICOURT - ERCHIN - LEWARDE - MASNY - MONCHECOURT (8 COMMUNES)	PAS DE GARDE EN SEMAINE + CARENCES LES WE
DOU07-DOU11	BOUVIGNIES - BRUILLE-LEZ-MARCHIENNES - ERRE - FENAIN - HORNAING - MARCHIENNES - MONTIGNY-EN-OSTREVENT - PECQUENCOURT - RIEULAY - SOMAIN - TILLOY-LEZ-MARCHIENNES - VRED - WANDIGNIES-HAMAGE - WARLAING (14 COMMUNES)	CARENCES + +
DOU08	AIX - AUCHY-LEZ-ORCHIES - BEUVRY-LA-FORET - COUTICHES - LANDAS - MOUCHIN - NOMAIN - ORCHIES - SAMEON (9 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
DOU500	ANHIERS - AUBY - BELLONNE - BREBIERES - CORBEHEM - COURCHELETTES - CUINCY - DECHY - DORIGNIES (DOUAI) - DOUAI - ESQUERCHIN - FAUMONT - FERIN - FLERS-EN-ESCREBIEUX - FLINES-LEZ-RACHES - FRAIS-MARAIS (DOUAI) - GOEULZIN - GOUY SOUS BELLONNE - GUESNAIN - LALLAING - LAMBRES-LEZ-DOUAI - LAUWIN-PLANQUE - LOFFRE - MONCHEAUX - NOYELLES SOUS BELLONNE - RACHES - RAIMBEAUCOURT - ROOST-WARENDIN - SIN-LE-NOBLE - TORTEQUESNE - WAZIERS (31 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS

LILLOIS

LIL01-07	ANNOEULLIN - BAUVIN - BILLY-BERCLAU - PROVIN (4 COMMUNES)	CARENCES
LIL03	ARMENTIERES - BOIS-GRENIER - ERQUINGHEM-LYS - FRELINGHIEN - HOUPLINES - LA CHAPELLE D'ARMENTIERES - NIEPPE (7 COMMUNES)	MMG D'ARMENTIERES - TABLEAUX PLEINS
LIL05-LIL39	AUBERS - DON - FOURNES-EN-WEPPE - FROMELLES - HERLIES - ILLIES - LE MAISNIL - MARQUILLIES - SAINGHIN-EN-WEPPE - WAVRIN - WICRES (11 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
LIL08	BONDUES - BOUSBECQUE - LINSSELLES - RONCQ (4 COMMUNES)	CARENCES + +
LIL09	ALLENES-LES-MARAIS - CAMPHIN-EN-CAREMBAULT - CARNIN - CHEMY - GONDECOURT - HERRIN - HOUPLIN-ANCOISNE - PHALEMPIN (8 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
LIL10	CROIX - VILLENEUVE D'ASCQ-FLERS BREUCQ - WASQUEHAL (3 COMMUNES)	MMG DE VILLENEUVE D'ASCQ - TABLEAUX PLEINS

LIL11-02	ANSTAING - BACHY - BAISIEUX - BOURGHELLES - BOUVINES - CAMPHIN-EN-PEVELE - CHERENG - COBRIEUX - CYSOING - GENECH-GRUSON - LOUVIL - PERONNE-EN-MELANTOIS - SAINGHIN-EN-MELANTOIS - TRESSIN - WANNEHAIN - WILLEMS (17 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
LIL12-LIL22	FACHES-THUMESNIL - LOOS (2 COMMUNES)	SECTEUR COUVERT PAR SOS MEDECINS LILLE
LIL13	HALLUIN (1 COMMUNE)	SECTEUR COUVERT PAR SOS MEDECINS ROUBAIX-TOURCOING
LIL14	BEUCAMPS-LIGNY - EMMERIN - ENGLOS - ENNETIERES-EN-WEPPE - ERQUINGHEM-LE-SEC - ESCOBECQUES - HALLENES-LEZ-HAUBOURDIN - HAUBOURDIN - RADINGHEM-EN-WEPPE - SANTES (10 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
LIL15	FOREST-SUR-MARQUE - HEM - SAILLY-LEZ-LANNOY (3 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS - SOS MEDECINS RBX-TRCG SUR CARENCES
LIL16	AUCHY-LES-MINES - HANTAY - LA BASSEE - LORGIES - SALOME - VIOLAINES (6 COMMUNES)	CARENCES + +
LIL17-LIL24	LA MADELEINE - MARCQ EN BAROEUL (2 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
LIL18-20-LIL21	CAPINGHEM - LAMBERSART - LOMME - LOMPRET - PERENCHIES - PREMESQUES - SEQUEDIN - VERLINGHEM (8 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS - SOS MEDECINS LILLE SUR CARENCES
LIL19	HELLEMMES (LILLE) - LEZENNES - LILLE (3 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS MAIS 3/4 DES GARDES SONT COUVERTES PAR SOS MEDECINS LILLE
LIL23	LANNOY - LEERS - LYS-LEZ-LANNOY - TOUFFLERS (4 COMMUNES)	SECTEUR QUASI EXCLUSIVEMENT COUVERT PAR SOS MEDECINS RBX-TRCG
LIL25	MARQUETTE-LEZ-LILLE - SAINT-ANDRE-LEZ-LILLE - WAMBRECHIES (3 COMMUNES)	SECTEUR COUVERT PAR SOS MEDECINS LILLE
LIL26-LIL30	LESQUIN - MONS-EN-BAROEUL - RONCHIN (3 COMMUNES)	MMG LILLE
LIL27	LA NEUVILLE - MONS-EN-PEVELE - OSTRICOURT - THUMERIES - WAHAGNIES (5 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
LIL29	DEULEMONT - QUESNOY-SUR-DEULE - WARNETON (3 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
LIL31	ROUBAIX (1 COMMUNE)	MMG ROUBAIX - TABLEAUX PLEINS
LIL32	SECLIN (1 COMMUNE)	TABLEAUX PLEINS
LIL33-04	ATTICHES - AVELIN - BERSEE - CAPPELLE-EN-PEVELE - ENNEVELIN - FRETIN - MERIGNIES - PONT-A-MARCQ - TEMPLEUVE - TOURMIGNIES (10 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
LIL34	MOUVAUX - NEUVILLE EN FERRAIN - TOURCOING (3 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS - SOS MEDECINS RBX-TRCG SUR CARENCES
LIL35-36	VILLENEUVE D'ASCQ (1 COMMUNE)	TABLEAUX PLEINS - SOS MEDECINS RBX-TRCG + SOS MEDECINS LILLE SUR CARENCES
LIL37	NOYELLES-LES-SECLIN - TEMPLEMARS - VENDEVILLE - WATTIGNIES (4 COMMUNES)	SECTEUR COUVERT PAR SOS MEDECINS LILLE
LIL38	WATTRELOS (1 COMMUNE)	TABLEAUX PLEINS - SOS MEDECINS RBX-TRCG SUR CARENCES
LIL40	COMINES - WERVICQ-SUD (2 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS

VALENCIENNOIS

VA00	ANZIN - ARTRES - AUBRY-DU-HAINAUT - AULNOY-LEZ-VALENCIENNES - BEUVRAGES - BRUAY-SUR-L'ESCAUT - CRESPIEN - CURGIES - ESCAUTPONT - ESTREUX - FAMARS - HAULCHIN - HERIN - JEANLAIN - LA SENTINELLE - LE POIRIER (TRITH-SAINT-LEGER) - MAING - MARESCHEs - MARLY - MONCHAUX-SUR-ECAILLON - OISY - ONNAING - PETITE-FORET - PRESEAU - PROUVY - QUAROUBLE - QUIEVRECHAIN - RAISMES - ROMBIES-ET-MARCHIPONT - ROUVIGNIES - SAINT-AYBERT - SAINT-SAULVE - SAULTAIN - SEBOURG - THIAN'T - THIVENCELLE - TRITH-SAINT-LEGER - VALENCIENNES - VICQ (39 COMMUNES)	SECTEUR DE VISITES RATTACHE A LA MMG DE VALENCIENNES : ASTREINTES X3
VA06	BOUCHAIN - HORDAIN - LIEU-SAINT-AMAND - MASTAING (4 COMMUNES)	ARRÊT DES GARDES DEPUIS LE 1ER JANVIER 2015
VA07	BRILLON - LECELLES - ROSULT - RUMEGIES - SARS-ET-ROSIERES (5 COMMUNES)	TABLEAUX PLEINS
VA09	BRUILLE-SAINT-AMAND - HERGNIES - ODOMEZ - VIEUX-CONDE (4 COMMUNES)	PAS DE GARDES EN SEMAINE
VA11-12-13	ABSCON - DENAIN - DOUCHY-LES-MINES - ESCAUDAIN - NOYELLES-SUR-SELLE - WAVRECHAIN-SOUS-DENAIN (6 COMMUNES)	AUCUNE GARDE APRES 20H DEPUIS LE 2 JANVIER 2017
VA14	BELLAING - BOUSIGNIES - HASNON - HAVELUY - HELESMES - MILLONFOSSE - WALLERS (7 COMMUNES)	AUCUNE GARDE APRES 20H DEPUIS LE 2 JANVIER 2017
VA17	LOURCHES - NEUVILLE-SUR-ESCAUT - ROEULX (3 COMMUNES)	CARENCEs +++
VA24-19	CHÂTEAU L'ABBAYE - FLINES-LES-MORTAGNE - MAULDE - MORTAGNE-DU-NORD - NIVELLE - SAINT-AMAND-LES-EAUX - THUN-SAINT-AMAND (7 COMMUNES)	CARENCEs +++
VA28	CONDE-SUR-L'ESCAUT - FRESNES-SUR-L'ESCAUT (2 COMMUNES)	CARENCEs
VA300	ANZIN - ARTRES - AUBRY-DU-HAINAUT - AULNOY-LEZ-VALENCIENNES - BEUVRAGES - BRUAY-SUR-L'ESCAUT - CRESPIEN - CURGIES - ESCAUTPONT - ESTREUX - FAMARS - HAULCHIN - HERIN - JEANLAIN - LA SENTINELLE - LE POIRIER (TRITH-SAINT-LEGER) - MAING - MARESCHEs - MARLY - MONCHAUX-SUR-ECAILLON - OISY - ONNAING - PETITE-FORET - PRESEAU - PROUVY - QUAROUBLE - QUIEVRECHAIN - RAISMES - ROMBIES-ET-MARCHIPONT - ROUVIGNIES - SAINT-AYBERT - SAINT-SAULVE - SAULTAIN - SEBOURG - THIAN'T - THIVENCELLE - TRITH-SAINT-LEGER - VALENCIENNES - VICQ (39 COMMUNES)	MMG DE VALENCIENNES

AUTEUR : Nom : WILLART

Prénom : Hélène

Date de Soutenance : 4 Octobre 2018

Titre de la Thèse : Les Maisons Médicales de Garde et leur impact sur le CRRAL 59.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : PDSA, MMG

Contexte : La Permanence de Soins Ambulatoires (PDSA) est le dispositif qui permet de recourir à un médecin de garde en dehors des horaires d'ouverture du cabinet.

La base de son fonctionnement repose sur le respect de l'appel initial au CRRAL, l'entretien avec le médecin régulateur, et la proposition d'une réponse adaptée à la plainte du patient, requérant parfois une consultation. Dans certains cas, elle ne peut aboutir, par manque d'effectif sur place. Les lieux d'effectif fixes (MMG et SOS médecins) semblent offrir une réponse intéressante pour pallier ce manque. Dans le Nord, 11 Maisons Médicales de Garde (MMG) sont répertoriées. L'objectif de notre étude est de les détailler et d'analyser leur impact sur le recours au CRRAL.

Méthode : Trois investigatrices ont mené une étude descriptive, prospective, multicentrique, sur un audit de fonctionnement court au CRRAL 59, d'octobre à novembre 2017. Lors d'un travail de double-écoute des appels reçus au CRRAL, elles relevaient les données spatio-temporelles, les informations sur le patient et l'orientation donnée. Ces données étaient reportées et codées dans un tableau unique. Un total de 895 appels permettait des analyses par un test de Khi-2 ou un test exact de Fisher avec un seuil de significativité de 5%.

Résultats : Dans 37% des cas, le médecin régulateur était à-même de traiter seul l'appel par un conseil médical. Dans les autres cas, il proposait une orientation initiale (OI) acceptée ou refusée et la décision finale (DF) dépendait significativement de la présence ou non d'une MMG. Pour 22% des appels sur les secteurs sans MMG, le régulateur ne trouvait pas de médecin alors qu'il en nécessitait un et devait donc recourir à une « procédure dégradée ».

Dans les secteurs dotés d'une MMG ce taux d'échec chutait de 22% à 7% (44 procédures dégradées/201 appels sur secteurs sans MMG, à 10 procédures dégradées/150 appels sur secteurs avec MMG). A l'autre extrême le secteur de Saint-Amand (VA 24-19) non doté d'une MMG, atteignait un ratio de 64% de procédures dégradées (7 PD / 11 appels sur secteur).

Conclusion: Lorsqu'il existait une MMG, le nombre de procédures dégradées était considérablement diminué grâce une organisation fixe, solide et pérenne.

Des perspectives de création de MMG peuvent être encouragées dans les secteurs pénalisés, comme le rappelle le nouveau cahier des charges régional de la PDSA arrêté le 6 Aout 2018.

Composition du Jury : Président : Monsieur le Pr WIEL Eric

Assesseurs : Mr le Pr LEFEBVRE Jean-Marc, Mr le Pr BERKHOUT Christophe, Mr le Dr CALAFIORE Matthieu, Mr le Dr VOGEL Marc