

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N°22

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Médecine générale

Par

Pierre LE BELLEC

Né le 25 décembre 1965 à Lorient (56)

Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 2009

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DESCRIPTIVE
D'UNE PRATIQUE DE LA MEDECINE GENERALE
EN ZONE ISOLEE DE CORSE DU SUD**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Michel ROGEZ

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Pierre LE MAUFF

*“ Face à l’orgueil de conquête matérialiste,
le Corse pose tranquillement l’orgueil qui accompagne la prise de conscience
simple et franche de la fragilité de toute vie,
l’orgueil de la vie qui se sait mortelle ”*

S. Turchini [19].

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	5
2	PREAMBULE.....	6
2.1	Présentation géographique de la zone d'activité du cabinet :.....	6
2.1.1	Porto-Ota :.....	6
2.1.2	Les autres communes :	6
2.1.3	Distances et temps de trajet entre les différentes communes :....	7
2.1.4	Les variations estivales :.....	8
2.2	Organisation du cabinet :.....	10
2.2.1	Organisation horaire :.....	10
2.2.2	Organisation des consultations et visites :.....	11
2.3	Présentation de l'offre de soins :	12
2.3.1	Locale :	12
2.3.2	Régionale :	14
3	METHODE ET MOYENS	16
3.1	Étude épidémiologique descriptive :.....	16
3.2	Récit du vécu de cette expérience:.....	19
4	RESULTATS.....	20
4.1	Nombre total d'actes :	20
4.2	Nombre de consultations :.....	20
4.3	Nombre de visites :	21
4.4	Distance et temps de trajet des visites :	22
4.4.1	Distance et temps de trajet totaux :.....	22
4.4.2	Distance et temps de trajet moyens :.....	22
4.4.3	Distance et temps de trajet extrêmes pour une visite :.....	22
4.4.4	Distance et temps de trajet extrêmes pour une journée :	22
4.4.5	Distance et temps de trajet par semaine :	23
4.4.6	Lieux des visites :.....	23
4.5	Motif et/ou diagnostic de la consultation ou de la visite :	24

4.6	Les actes techniques réalisés :	27
4.7	Age :	27
4.8	Sexe :	28
4.9	Lieu de résidence habituel :	29
4.10	Permanence des soins / Gardes :	32
4.10.1	Nombre total d'actes de garde :	32
4.10.2	Nombre de consultations de garde:	32
4.10.3	Nombre de visites de garde :	33
4.10.4	Heure et jour d'intervention des actes de garde :	34
4.11	Soins urgents :	35
4.11.1	Consultations urgentes :	35
4.11.2	Visites urgentes :	39
4.11.3	Activité du praticien d'astreinte :	43
4.12	Examen complémentaire/avis spécialisé :	44
4.13	Hospitalisation / moyen de transport :	45
5	DISCUSSION.....	46
5.1	Concernant la méthode :	46
5.2	Concernant l'âge et le sexe des patients :	46
5.3	Concernant la répartition des séances :	48
5.4	Concernant le lieu de résidence habituel :	50
5.5	Concernant le motif de la consultation ou de la visite :	51
5.6	Concernant les actes techniques :	57
5.7	Concernant l'urgence :	58
5.8	Concernant les actes prescrits :	67
6	CONCLUSION	69
7	BIBLIOGRAPHIE.....	70
8	ANNEXES	72

1 INTRODUCTION

Au cours de mes différents remplacements depuis novembre 2004, outre une activité dans le département de Loire Atlantique et du Morbihan, en zone urbaine et semi-rurale, j'ai eu l'occasion d'effectuer un remplacement à Calvi, en Haute-Corse. A l'issue de celui-ci, le Docteur Atlan, seul médecin à Porto, en Corse du sud, m'a proposé un remplacement classique pendant ses vacances puis une association temporaire de trois mois pendant l'été, période durant laquelle l'accroissement de la population est telle qu'il lui est nécessaire de s'adjoindre un confrère.

Il m'a présenté ses conditions d'activité particulières :

- isolement géographique et médical : les deux agglomérations les plus proches (Ajaccio et Calvi) sont à deux heures de route. Le recours à des spécialistes et l'hospitalisation nécessitent un déplacement à Ajaccio.

- exigence d'une permanence des soins pour la population dans ce contexte particulier.

- attractivité du site et de la qualité de vie : le golfe de Porto est un site classé par l'UNESCO patrimoine mondial de l'humanité.

Pendant mon remplacement, j'ai rapidement perçu la spécificité de cette activité en zone isolée et la grande différence avec ce que j'avais pu connaître durant mes précédentes expériences professionnelles.

C'est pourquoi, il m'a paru intéressant de témoigner de ce que j'avais vécu et de «laisser une trace» de ce que représente l'exercice de la médecine générale en situation d'isolement.

2 PREAMBULE

Il convient de donner quelques précisions sur le contexte dans lequel la pratique médicale s'est exercée.

2.1 Présentation géographique de la zone d'activité du cabinet :

2.1.1 Porto-Ota :

Le cabinet médical se trouve à Porto, lieu-dit de la commune d'Ota. Le village d'Ota se trouve, lui, à 6 kilomètres à l'intérieur des terres et à 500 mètres d'altitude. Ota est le village « historique », Porto étant de construction plus récente. C'est à Porto que se situe la majorité des infrastructures dédiées au tourisme : hôtels, restaurants, campings, clubs de plongée, etc.

Le cabinet se trouve à mi-chemin entre l'embranchement de la D81 (seule route permettant d'accéder au village) et la marina où se concentre l'activité touristique. (**voir annexe 1et 1 bis, cartes**)

Ota compte 452 habitants [11].

L'activité économique est essentiellement tournée vers le tourisme : environ 700 000 passages / an, [7] ce qui situe le golfe de Porto comme le deuxième site le plus visité de Corse.

2.1.2 Les autres communes :

2.1.2.1 Communes du secteur de garde :

Trois autres communes, outre Porto-Ota, forment le secteur de garde. Dans ce territoire, l'activité médicale est exercée uniquement par le cabinet de Porto. Cette zone comprend 737 habitants, répartis sur une superficie de 146 km².

	Ota	Serriera	Partinello	Osani	Total
Nombre d'habitants	452	106	89	90	737
Superficie (km ²)	38	37	19	52	146
Densité '(habitants/km ²)	12	3	5	2	5

2.1.2.2 Communes hors du secteur de garde

Il s'agit de villages où le Dr Atlan conserve quelques patients, âgés pour la plupart, mais où la majorité de la population est suivie par d'autres médecins. A noter qu'en général cette patientèle ne réside dans la région que durant les 6 mois d'été, le reste du temps elle réside à Ajaccio ou sur le continent.

	Marignana	Evisa	Christinacce	Piana	Total
Nombre d'habitants	101	196	52	428	777
Superficie (km ²)	55	67	20	63	205
Densité (habitants/km ²)	2	3	3	7	3,75

On peut remarquer que la densité de population est très faible, autour de 4 habitants au km², c'est à dire bien moins qu'en ce qui concerne la Corse du sud (32).

2.1.3 Distances et temps de trajet entre les différentes communes :

Ce territoire étendu de 351 km² implique des distances conséquentes entre les villages et des temps de trajet pour s'y rendre en visite, relativement longs (**voir annexe 2**).

En effet, cette vaste région est desservie par des routes de montagne très sinueuses, étroites, et au revêtement très médiocre, ce qui implique une vitesse moyenne très faible pour se rendre aux différentes localités (à peine 30 km/h). Ainsi faut-il par exemple 30 minutes pour effectuer l'aller et retour entre le cabinet et Ota, mais il faut compter 1 h 20 mn pour Evisa.

De plus, cette difficulté à circuler est accrue l'été par le fort trafic dû à l'affluence touristique, particulièrement sensible pendant la période estivale qui nous intéresse.

A cela s'ajoutent quelques particularités corses, comme le fait de laisser divaguer les animaux domestiques, ce qui implique de faire momentanément halte avec son véhicule devant un troupeau de chèvres ou une famille porcine envahissant la chaussée...

Une autre particularité réside dans le fait qu'une partie du secteur est inaccessible par la route. En particulier le golfe de Girolata, situé sur la commune d'Osani, très fréquenté durant l'été par les randonneurs et les plaisanciers, n'est accessible que par voie maritime ou par un sentier muletier. On peut aisément imaginer les difficultés pour organiser les secours en cas d'urgence dans ce type de configuration (nous y reviendrons dans le chapitre « discussion »).

Dans le même ordre d'idée, il existe de nombreux chemins de randonnées, très difficiles d'accès en cas d'urgence, d'où le recours à l'hélicoptère.

2.1.4 Les variations estivales :

Durant la période estivale, la population s'accroît considérablement, Porto-Ota, petit village isolé devient une véritable ville. Ceci est dû en particulier à son importante capacité d'hébergement temporaire. [15]

5489 lits sont ainsi proposés :

- Location de bungalows : 345
- Gîtes : 300
- Campings : 2750
- Résidences de tourisme : 284
- Locations Privées : 340
- Hôtels : 1470

Nous pouvons ajouter à cette offre, des locations « sauvages » faites par des particuliers et donc non répertoriées dans les chiffres officiels, les touristes ayant une maison de famille ou étant logés à titre gratuit, et les 350 saisonniers qui eux sont logés par leur employeur.

La population estivale peut donc être estimée à au moins 8000 habitants (et 10.000 pour le canton), chiffre corroboré par deux indices, la consommation d'eau et le trafic routier :

- multiplication par 16 de la consommation d'eau potable de la commune

60 m³ / jour en période hivernale

960 m³ / jour en période estivale, ce qui représente la capacité maximale de la station de pompage qui est régulièrement insuffisante l'été. [13]

- Un autre indice de l'élévation de la population du canton nous est donné par le trafic routier. Les comptages effectués par la Direction Départementale de l'Équipement (DDE) de Corse du sud en 2005, à la sortie de Porto en direction de Calvi (route départementale 81), nous indiquent un trafic moyen de 208 véhicules par jour au printemps et de 2016 véhicules par jour en été, soit un trafic décuplé. [7]

Ainsi, la densité de population pour le secteur de garde peut donc être estimée l'été à 68 habitants au km², ce qui reste très inférieur à celle de la France métropolitaine (112).

2.2 Organisation du cabinet :

2.2.1 Organisation horaire :

La journée peut être divisée en 5 parties :

Consultations du matin (9h-12h) : elles sont effectuées du lundi au samedi matin par le même médecin (Changement chaque semaine).

Consultations de l'après-midi (15h-19h) : effectuées alternativement par chaque médecin (Changement chaque jour).

Visites du matin : effectuées du lundi au samedi par le médecin n'effectuant pas les consultations du matin (changement chaque semaine).

Visites de l'après-midi : pas de visites programmées l'après-midi, uniquement des visites urgentes qui sont effectuées par le praticien d'astreinte (changement chaque jour).

Gardes : Étant les seuls médecins exerçant dans le secteur, les gardes sont effectuées alternativement par l'un et l'autre praticien (garde un jour sur deux pour chacun). Début de la garde à 19 heures et fin à 8 heures le lendemain matin sauf le week-end où celle ci débute à 12 heures le samedi jusqu'à 8 heures le lundi.

Le tableau de répartition horaire du mois d'août est placé en annexe (n°3).

2.2.2 Organisation des consultations et visites :

2.2.2.1 Secrétariat :

Il n'y a pas de secrétariat, ni « physique », ni « téléphonique » effectué par un(e) professionnel(le), donc pas de possibilité pour les patients de prendre un rendez-vous. Néanmoins, les deux médecins sont constamment joignables, prenant alternativement la ligne du cabinet en fonction des heures d'ouverture de celui-ci et des gardes. En d'autres termes un patient du canton ayant un recours médical urgent à exprimer trouvera un médecin en ligne 24 h/24 et 7jours/7. Ceci n'est pas anodin lorsque l'on sait que 70% des usagers des services d'urgence s'y présentent spontanément, sans contact médical préalable, même téléphonique. [2]

2.2.2.2 Consultations :

N'ayant pas de rendez-vous, les patients sont pris en charge au fur et à mesure de leur arrivée. Néanmoins, en cas d'urgence, la solidarité joue et ceux-ci cèdent volontiers leur place pour un patient ayant besoin de soins rapides. Il existe par ailleurs une deuxième entrée, réservée aux patients emmenés par les pompiers, permettant d'accéder à la salle d'examen en « shuntant » la salle d'attente.

2.2.2.3 Visites :

Celles du matin sont programmées, les patients ayant des besoins téléphonent en début de matinée ou la veille. Il existe un planning des visites que les patients habituels connaissent, ce qui évite d'effectuer des déplacements trop nombreux pour des motifs non urgents (renouvellement d'ordonnance par exemple) :

Lundi : Serriera , Partinello ,Osani

Mardi : Ota

Mercredi : Piana

Jeudi : Marignana , Evisa , Christinacce

Vendredi : Ota

Cependant, il peut arriver qu'au cours de la matinée une visite urgente soit nécessaire, l'appel téléphonique ayant été reçu et la demande régulée par le praticien effectuant les consultations. Cela implique que les deux praticiens puissent communiquer entre eux à tout instant.

Celles d'après-midi sont effectuées par le praticien d'astreinte et réservées aux urgences, les appels seront eux aussi régulés par le praticien qui assure les consultations. La présence de ce deuxième médecin permet une plus grande réactivité par rapport à l'urgence et de ne pas perturber les consultations (cas où un praticien seul serait obligé de quitter le cabinet).

2.3 Présentation de l'offre de soins :

2.3.1 Locale :

Outre le cabinet médical comprenant deux médecins en période estivale, les autres acteurs du système de soins comprennent :

2.3.1.1 Une pharmacie :

Située à Porto celle-ci est ouverte 7 jours sur 7 de 9h à 13h et de 15h à 20h. En dehors des heures d'ouverture, possibilité de se procurer des médicaments en urgence (surtout des injectables) lorsque ceux-ci manquent au cabinet car nous possédons le téléphone personnel de la pharmacienne.

2.3.1.2 Une infirmière :

Basée à Porto. Son activité est faite quasi exclusivement de soins à domicile. Etant donné le vaste territoire qui lui est aussi imparti, **les prises de sang ne peuvent être faites que deux fois par semaine** (le mardi et le vendredi). Les échantillons sanguins après prélèvement sont acheminés jusqu'au laboratoire le plus proche situé à Ajaccio (70 km) par la ligne régulière de car effectuant un aller-retour journalier Porto-Ajaccio. Il existe une autre infirmière à Piana, ce qui peut être bien utile pour effectuer des prélèvements en semi-urgence.

2.3.1.3 Un kinésithérapeute :

Basé à Porto. Lui aussi prodigue ses soins surtout à domicile. Il bénéficie d'une salle de soins située au cabinet lui permettant d'accueillir les patients pouvant se déplacer, ainsi que ceux pouvant difficilement être vus en visite (campeurs, etc.). Il est lui aussi secondé par un(e) associé(e) pendant l'été.

2.3.1.4 Un dentiste :

Basé à Porto. Il possède une double activité à Ajaccio et à Porto. Il n'exerce à Porto que le vendredi et le samedi matin. Il existe un autre dentiste à Sagone située à 50 minutes.

2.3.1.5 Les sapeurs-pompiers :

Situés à Piana. L'effectif de la caserne est composé de volontaires dont fait partie le Dr Atlan.

2.3.1.6 Un poste de secours :

Situé sur la plage de Porto, il est constitué de 3 maîtres-nageurs sauveteurs de la SNSM (Société Nationale de Sauvetage en Mer) comprenant outre une table d'examen, du petit matériel pour désinfection et pansements ainsi que de l'oxygène . Deux maîtres-nageurs sauveteurs sont présents tous les jours pour effectuer la surveillance de baignade de 10h à 18h .Celle ci peut être très dangereuse pendant certaines périodes de vent.

En effet la baignade a été interdite 15 jours pendant la période juin / juillet /août et il a été effectué 22 assistances à baigneurs pendant cette même période [18]

2.3.2 Régionale :

2.3.2.1 Une ambulance :

Pour transport allongé, basée à Sagone (42 km). Le délai minimum pour la prise en charge d'un malade est donc de 1 heure. De plus, celle-ci faisant régulièrement des allers-retours sur Ajaccio, il n'est pas rare de devoir l'attendre une heure trente, voire davantage. C'est ce qui explique que lorsque l'état du malade le permet et lorsque des examens complémentaires urgents où une prise en charge hospitalière est nécessaire, le transport vers une unité de soins se fasse par un véhicule particulier (famille, entourage du patient ...).

C'est aussi pourquoi, lorsque l'ambulance n'est pas immédiatement disponible, une jonction peut-être faite avec les sapeurs-pompiers, permettant de gagner du temps sur le transport.

Une autre solution existe lorsque le transport peut être fait « en assis » qui consiste à faire appel au taxi situé à Ota, tout en sachant que celui-ci n'est pas souvent disponible.

2.3.2.2 Les laboratoires d'analyses médicales :

Sont tous les trois situés à Ajaccio. Le transport des prélèvements sanguins étant effectué comme précédemment décrit.

2.3.2.3 Les médecins spécialistes libéraux et hospitaliers :

Sont tous situés à Ajaccio

2.3.2.4 L'imagerie :

Est effectuée à Ajaccio pour sa totalité par :

- quatre cabinets privés
- le plateau technique du centre hospitalier départemental

2.3.2.5 Le Centre Hospitalier Départemental :

Situé également à Ajaccio, il comprend 293 lits de court séjour.

Accueille le centre 15, les équipes mobiles du SMUR et l'hélicoptère de la sécurité civile.

Il existe également 2 cliniques privées à Ajaccio regroupant la plupart des spécialités médico-chirurgicales et comprenant en tout 240 lits. [1] [8]

2.3.2.6 Centre Hospitalier Spécialisé :

D'Ajaccio pour la prise en charge hospitalière des affections psychiatriques (316 lits).

2.3.2.7 Centre Médico-Psychologique (CMP) :

Qui se situe à Sagone.

3 METHODE ET MOYENS

J'ai choisi de décrire l'activité médicale quotidienne du cabinet de Porto pendant la période estivale.

Pour ce faire, j'ai réalisé une étude épidémiologique descriptive (traces objectives), complétée d'un récit d'expériences personnelles (traces subjectives).

3.1 Étude épidémiologique descriptive :

Pour réaliser cette étude, j'ai élaboré une grille de recueil de données.

La collecte s'est déroulée du 7 juillet au 7 septembre 2005. Elle a été effectuée « en direct » c'est à dire pendant la consultation ou la visite par le praticien présent. Quelques grilles ont été remplies rétrospectivement (généralement le lendemain) quand la situation ne permettait pas d'y consacrer du temps, en cas de visite d'urgence notamment. Du 1 au 7 juillet, nous avons fait un test de la grille de recueil, ce qui nous a permis de la valider et d'y apporter des modifications pour l'améliorer et rendre compte le plus complètement possible de l'activité quotidienne.

Certains résultats sont donnés de façon hebdomadaire afin de mieux coller aux variations de l'activité médicale au cours de l'été.

Semaine 1 : du 7 au 13 juillet

Semaine 2 : du 14 au 20 juillet

Semaine 3 : du 21 au 27 juillet

Semaine 4 : du 28 juillet au 3 août

Semaine 5 : du 4 au 10 août

Semaine 6 : du 11 au 17 août

Semaine 7 : du 18 au 24 août

Semaine 8 : du 25 au 31 août

Semaine 9 : du 1 au 7 septembre

La grille de recueil comportait les items suivants [annexe 5] :

1. Date et heure :

L'heure n'était pas notée lorsque la consultation ou la visite avait lieu pendant les heures habituelles de celles ci:

Visites : 9h-12h

Consultations : 9h-12h / 15h-19h

En pratique l'heure était précisée lorsqu'il s'agissait d'un acte d'urgence et / ou d'un acte effectué pendant la garde.

2. Sexe :

3. Motif et /ou diagnostic de la consultation ou de la visite :

Dans cet item était aussi précisé s'il y avait eu un éventuel geste technique : injection, suture, oxygénothérapie, ablation de corps étranger, pansement, etc.

4. Age :

5. Lieu de résidence habituel :

A : désignait les autochtones. Étaient considérés comme autochtones les patients résidant la majorité de l'année dans le canton.

Aux personnes résidant la moitié de l'année dans le canton et l'autre moitié ailleurs, cas non rare de certains retraités, était posée la question « ou payez-vous vos impôts ? ». Les personnes ayant leur foyer fiscal dans le canton étaient considérées comme autochtones, les autres comme touristes.

T : désignait les touristes

Le département de résidence était précisé pour les touristes français, le pays d'origine pour les touristes étrangers.

S : Du fait de la forte activité touristique, de nombreux saisonniers viennent durant la saison travailler dans le canton. Il m'a donc semblé intéressant d'individualiser ces patients qui n'étaient ni des autochtones, ni des touristes.

Toutefois, certains résultats n'indiquent que deux catégories, dans ces cas les saisonniers sont compris avec les touristes Il n'a pas été précisé pour cette catégorie leur région ou leur pays d'origine.

6. Visites non urgentes et lieu d'intervention :

Dans cet item était précisé la commune où était effectué la visite.

Ces visites non urgentes concernaient en majorité des renouvellements de traitement au long cours de personnes âgées isolées n'ayant pas de moyen de transport.

7. Visites urgentes , lieu d'intervention et appelant :

Pour les visites urgentes était précisé la commune d'intervention et le type d'appelant: patient lui-même ou son entourage, sapeurs pompiers, centre 15, maîtres-nageurs sauveteurs, gendarmerie.

8. Hospitalisation / moyen de transport :

Dans cet item était noté si la visite ou la consultation donnait lieu à une hospitalisation aux urgences et le moyen de transport effectuant la liaison avec le centre hospitalier d'Ajaccio.

Il pouvait s'agir d'une ambulance privée, d'un taxi, des sapeurs pompiers, d'un véhicule personnel ou d'un transfert médicalisé (SMUR).

9. Examens complémentaires / avis spécialisé :

Dans cet item nous notions si la consultation ou la visite était suivie d'une demande d'examens complémentaires (biologie, imagerie médicale...) ou d'un avis spécialisé.

10.Appel 15 :

Lorsque au cours d'une consultation ou d'une visite nous demandions l'aide du régulateur de garde , l'item était coché . En pratique , les appels au centre 15 concernaient essentiellement les situations où l'état du patient nécessitait un transfert urgent et médicalisé donc une évacuation hélicoptérée par le SMUR.

11.Mode de paiement :

Ayant remarqué qu'en Corse la population réglait peu ses consultations ou ses visites par chèque bancaire, dans cet item était noté si celles-ci étaient réglées par chèque ou en liquide. Ce paramètre a été peu renseigné (à peine 30% des grilles) et donc n'apparaîtra pas dans les résultats.

3.2 Récit du vécu de cette expérience:

J'ai voulu exposer certaines perceptions personnelles (vécu, ressenti) afin d'enrichir et de compléter l'étude épidémiologique. Il m'est apparu intéressant d'illustrer celle-ci d'une sélection de certains éléments marquants et de détails de fonctionnement du cabinet pour rendre compte du particularisme de notre activité estivale à Porto.

Cette sélection a été construite à partir d'annotations personnelles, de souvenirs et d'échanges professionnels avec le Dr Atlan.

Il n'a pas été réalisé de chapitre individualisé concernant ce volet, des précisions apparaissent donc au fur et à mesure des faits exposés (surtout dans le chapitre « discussion »), de façon à enrichir et éclairer ceux-ci.

Le recueil et l'analyse des données a été fait manuellement.

4 RESULTATS

4.1 Nombre total d'actes :

Il a été effectué 1497 actes au total pendant les 9 semaines étudiées (1500 grilles ont été remplies mais 3 étaient inexploitable car mal renseignées).

4.2 Nombre de consultations :

1376 consultations ont été effectuées au total, ce qui représente une moyenne de 153 consultations hebdomadaires (80 consultations durant la semaine la moins chargée versus 213 consultations pour celle la plus chargée) et de 21,9 consultations journalières.

Semaine 1 : 126

Semaine 2 : 153

Semaine 3 : 172

Semaine 4 : 186

Semaine 5 : 213

Semaine 6 : 178

Semaine 7 : 120

Semaine 8 : 148

Semaine 9 : 80

Nombre de consultations le plus faible en 24 heures: 2

Nombre de consultations le plus élevé en 24 heures: 46

4.3 Nombre de visites :

121 visites ont été effectuées au total , ce qui représente une moyenne de 13,44 visites hebdomadaires (9 visites durant la semaine la moins chargée versus 18 visites pour celle la plus chargée) et de 1,92 visites journalières.

Semaine 1 : 17

Semaine 2 : 9

Semaine 3 : 14

Semaine 4 : 11

Semaine 5 : 12

Semaine 6 : 13

Semaine 7 : 18

Semaine 8 : 16

Semaine 9 : 11

Nombre de visites le plus faible en 24 heures: 0

Nombre de visites le plus élevé en 24 heures: 8

4.4 Distance et temps de trajet des visites :

4.4.1 Distance et temps de trajet totaux :

Les 121 visites représentent un kilométrage de 1330 km et un temps de trajet de 48 heures et dix minutes.

4.4.2 Distance et temps de trajet moyens :

La distance moyenne par visite est de 11 km.

Le temps de trajet moyen par visite est de 24 minutes.

4.4.3 Distance et temps de trajet extrêmes pour une visite :

La distance la plus faible pour une visite est de 0,250 km (temps de trajet : 1 minute) : quand il s'agit d'une visite dans Porto près du cabinet.

La distance la plus élevée pour une visite est de 46 km (temps de trajet : 90 minutes) : Porto-Christinacce-Porto.

4.4.4 Distance et temps de trajet extrêmes pour une journée :

La journée la moins chargée : 0 km

Les journées les plus chargées : 82 km

le 27 juillet : 1 aller-retour Porto/Marignana, Porto/Evisa et Porto/Ota.

le 28 juillet : 1 aller-retour Porto/Osani, Porto/Ota et Porto/Marignana.

4.4.5 Distance et temps de trajet par semaine :

Semaine 1 : 222 km / 8 h
Semaine 2 : 84 km / 3 h 10
Semaine 3 : 122 km / 4 h 20
Semaine 4 : 108 km / 3 h 50
Semaine 5 : 160 km / 5 h 50
Semaine 6 : 140 km / 5 h
Semaine 7 : 234 km / 8 h 10
Semaine 8 : 172 km / 6 h 20
Semaine 9 : 88 km / 3 h 30

4.4.6 Lieux des visites :

Porto-Ota: 61 visites	(50,4% du total des visites)
Marignana: 15 visites	(12,4%)
Serriera: 14 visites	(11,6%)
Partinello: 13 visites	(10,7%)
Osani: 7 visites	(5,8%)
Piana: 7 visites	(5,8%)
Evisa: 3 visites	(2,5%)
Christinacce: 1 visite	(0,8%)

4.5 Motif et/ou diagnostic de la consultation ou de la visite :

J'ai utilisé pour définir le problème de santé amenant le patient à recourir au médecin, la grille des 50 résultats de consultation (RC) établie par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en 2005. Celle-ci avait pour ambition de définir la sémiologie des états morbides les plus fréquemment rencontrés dans l'activité quotidienne des médecins généralistes.

Les trois colonnes représentent les chiffres en valeur absolue pour chaque item considéré. Les pourcentages représentent la proportion de chaque catégorie pour l'item. A noter que les saisonniers ont été classés dans la catégorie « touristes ».

	R C	Total	Autochtones	Touristes
1	Traumatologie	222	21 (9,5%)	201 (90,5%)
2	Hypertension artérielle	204	98 (48%)	106 (52%)
3	Dermatose	165	19 (11,5%)	146 (88,5%)
4	Otite moyenne	140	13 (9,3%)	127 (90,7%)
5	État morbide afebrile	123	11 (9%)	112 (91%)
6	Plainte abdominale	113	20 (17,7%)	93 (82,3%)
7	Examen systématique, prévention	101	46 (45,5%)	55 (54,5%)
8	Rhinopharyngite, rhume	90	6 (6,7%)	84 (93,3%)
9	Procédure administrative	89	33 (37%)	56 (63%)
10	Angine (Amygdalite-Pharyngite)	85	9 (10,6%)	76 (89,4%)
11	Autre	78	12 (15,4%)	66 (84,6%)
12	État fébrile	68	10 (14,7%)	58 (85,3%)
13	Diabète de type 2	65	31 (47,7%)	34 (52,3%)
14	Hyperlipidémie	63	31 (49,2%)	32 (50,8%)

	R C	Total	Autochtones	Touristes
14	Diarrhée, nausée, vomissement	63	8 (12,7%)	55 (87,3)
16	Angor, insuffisance coronarienne	44	21 (47,7%)	23 (52,3%)
17	Anxiété-angoisse	43	12 (27,9%)	31 (72,1%)
18	Lombalgie	38	8 (21%)	30 (79%)
19	Bronchite aiguë	33	7 (21,2%)	26 (78,8%)
19	Arthropathie périarthropathie	33	15 (45,5%)	18 (54,5%)
21	Douleur non caractéristique	31	9 (29%)	22 (71%)
22	Toux	26	3 (11,5%)	23 (88,5%)
23	Insomnie	25	12 (48%)	13 (52%)
23	Vaccination	25	11 (44%)	14 (56%)
25	Sciatique	23	8 (34,8%)	15 (65,2%)
26	Anomalie biologique sanguine	19	9 (47,4%)	10 (52,6%)
27	Épaule (téno-synovite)	18	7 (38,9%)	11 (61,1%)
28	Arthrose	16	7 (43,7%)	9 (56,3%)
28	Prostate (hypertrophie)	16	7 (43,7%)	9 (56,3)
28	Asthme	16	3 (18,7%)	13 (81,3%)
28	Vertige, état vertigineux	16	6 (37,5%)	10 (62,5%)
32	Hypothyroïdie	15	7 (46,7%)	8 (53,3%)
33	Reflux, pyrosis, œsophagite	14	5 (35,7%)	9 (64,3%)
33	Asthénie, fatigue	14	4 (28,6%)	10 (71,4%)
33	Varices des membres inférieurs	14	7 (50%)	7 (50%)
36	Humeur dépressive	13	5 (38,5%)	8 (61,5%)
36	Contraception	13	3 (23%)	10 (77%)

	R C	Total	Autochtones	Touristes
36	Cervicalgie	13	1 (7,7%)	12 (92,3%)
39	Cancer	12	6 (50%)	6 (50%)
40	Céphalée	11	3 (27%)	8 (72,7%)
40	Constipation	11	3 (27%)	8 (72,7%)
42	Dorsalgie	9	2 (22,2%)	7 (77,8%)
43	Rhinite	7	1 (14,3%)	6 (85,7%)
43	Réaction à situation éprouvante	7	3 (42,9%)	4 (57,1%)
45	Eczéma	6	2 (33,3%)	4 (66,7%)
46	Suite opératoire	4	3 (75%)	1 (25%)
46	Ménopause (problème et suivi)	4	2 (50%)	2 (50%)
48	Dépression	2	0 (0%)	2 (100%)
48	Névrалgie, névrite	2	0 (0%)	2 (100%)
50	Fibrillation, flutter auriculaires	0	0	0
50	Tabagisme	0	0	0
50	Alcool (problème avec l')	0	0	0

Remarque : il a été noté 1,5 items en moyenne par séance

4.6 Les actes techniques réalisés :

Suture:	65	(4,3% de l'ensemble des actes effectués)
Injection:	99	(6,6%)
Électrocardiogramme:	33	(2,2%)
Pansement:	115	(7,7%)

Au moins un acte technique a été effectué par le médecin sur le patient lors de 20,8% des séances.

4.7 Age :

L'âge moyen des patients était de 38 ans (38,02). Le plus jeune avait 2 mois , le plus âgé 98 ans.

Cet item n'était pas renseigné dans 24 grilles (1,6% des grilles).

0-12 ans:	221	(15%)
13-24 ans:	263	(18%)
25-44 ans:	425	(29%)
45-69 ans:	370	(25%)
70 ans et plus:	192	(13%)

4.8 Sexe :

Sur les 1473 grilles renseignées sur cet item, 754 concernaient des femmes (51,19%) et 719 des hommes (48,81%). Sexe ratio: 1,049

Dans 24 grilles cet item n'était pas renseigné (1,6% des grilles).

Répartition des séances par tranche d'âge et sexe du patient examiné (en pourcentage)

	Patients	Patientes	Ensemble
0-12 ans	16	14	15
13-24 ans	17	18	18
25-44 ans	29	29	29
45-69 ans	26	25	25
70 ans et plus	12	14	13
Total	100	100	100

4.9 Lieu de résidence habituel :

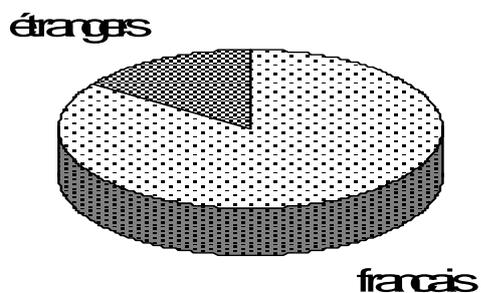
Nombre de patients « autochtones »: 417 (28,3%)

Nombre de patients « touristes »: 967 (65,6%)

Nombre de patients « saisonniers »: 90 (6,1%)

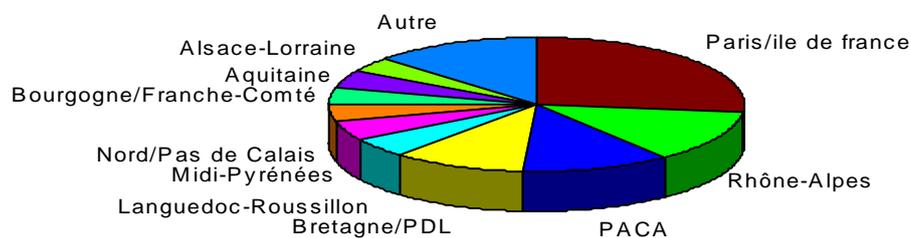
Dans 23 grilles cet item n'était pas renseigné (1,5% des grilles).

Parmi les touristes, 819 provenaient du territoire français, 148 étaient étrangers (15,3% des touristes).



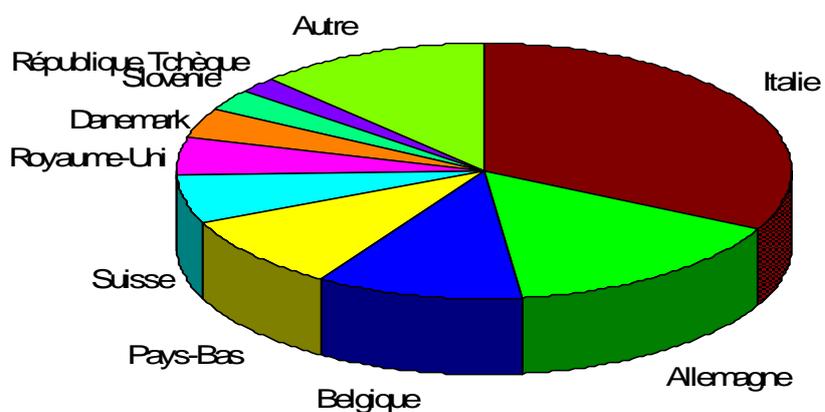
Les 819 touristes français provenaient des régions :

- Paris / Ile de France : 218	(26,61%)
- Rhône-Alpes : 105	(12,82%)
- Provence / Alpes / Côte d'Azur : 96	(11,72%)
- Bretagne / Pays de la Loire : 83	(10,13%)
- Languedoc-Roussillon : 40	(4,88%)
- Midi-Pyrénées : 37	(4,51%)
- Nord / Pas de Calais : 35	(4,27%)
- Bourgogne / Franche-Comté : 34	(4,15%)
- Aquitaine : 34	(4,15%)
- Alsace-Lorraine : 30	(3,66%)
- Corse : 24	(2,93%)
- Normandie : 19	(2,32%)
- Centre : 16	(1,95%)
- Picardie : 16	(1,95 %)
- Auvergne-Limousin : 12	(1,46%)
- Champagne-Ardenne : 10	(1,22%)
- Poitou-Charente : 8	(0,98%)
- DOM-TOM : 2	(0,24%)



Les 148 touristes étrangers provenaient de :

- Italie :	48	(32,4%)
- Allemagne :	23	(15,5%)
- Belgique :	16	(10,8%)
- Pays Bas :	14	(9,5%)
- Suisse :	9	(6,1%)
- Royaume Uni :	7	(4,7%)
- Danemark :	6	(4,%)
- Slovénie :	4	(2,7%)
- République tchèque :	3	(2%)
- USA / Espagne / Luxembourg :	2	(1,3%)
-Autriche/Nouvelle/Guinée/Lettonie/Mexique/Nouvelle Zélande/Australie/Russie/Portugal/Turquie/Ukraine/Pologne/Roumanie:	1	(0,7%)



4.10 Permanence des soins / Gardes :

4.10.1 Nombre total d'actes de garde :

Il a été effectué 176 actes au total pendant les périodes de garde , répartis comme suit :

- | | |
|-----------------------|---------------|
| - semaine 1: 16 actes | semaine 2: 17 |
| - semaine 3: 22 actes | semaine 4: 21 |
| - semaine 5: 21 actes | semaine 6: 41 |
| - semaine 7: 14 actes | semaine 8: 16 |
| - semaine 9: 8 actes | |

Ces 176 actes représentent une moyenne de 19,5 actes par semaine et 11,8% de l'activité totale du cabinet .

Nombre d'actes de garde le plus faible en 24 heures : 0

Nombre d'actes de garde le plus élevé en 24 heures : 8

4.10.2 Nombre de consultations de garde:

Il a été effectué 135 consultations pendant les périodes de garde, réparties comme suit :

semaine 1 : 8

semaine 2 : 13

semaine 3 : 16

semaine 4 : 18

semaine 5 : 19

semaine 6 : 34

semaine 7 : 10

semaine 8 : 13

semaine 9 : 4

Ces 135 consultations de garde représentent :

- une moyenne de 15 consultations par semaine
- 76,7% de l'activité de la garde
- 9% de l'activité totale du cabinet

4.10.3 Nombre de visites de garde :

Il a été effectué 41 visites pendant les périodes de garde , réparties comme suit :

- semaine 1 : 8
- semaine 2 : 4
- semaine 3 : 6
- semaine 4 : 3
- semaine 5 : 2
- semaine 6 : 7
- semaine 7 : 4
- semaine 8 : 3
- semaine 9 : 4

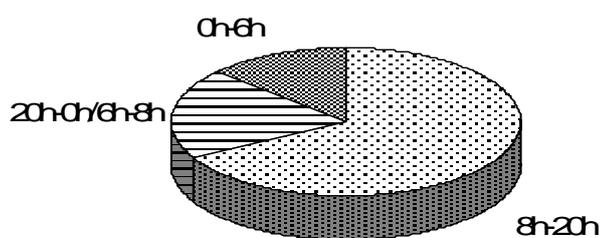
Ces 41 visites de garde représentent :

- une moyenne de 4,6 visites par semaine
- 23,3% de l'activité de la garde
- 2,7% de l'activité totale du cabinet

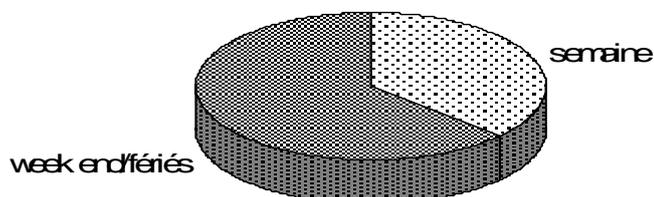
4.10.4 Heure et jour d'intervention des actes de garde :

- 8 h-20 h :	118 actes	(67% des actes de garde)
- 20 h-0 h et 6 h-8 h :	35 actes	(19,9% des actes de garde)
- 0 h-6 h :	23 actes	(13,1% des actes de garde)
- actes de semaine :	65	(36,9% des actes de garde)
- actes de week-end et fériés :	111	(63,1 % des actes de garde)

Répartition horaire des actes de garde



Répartition hebdomadaire des actes de garde



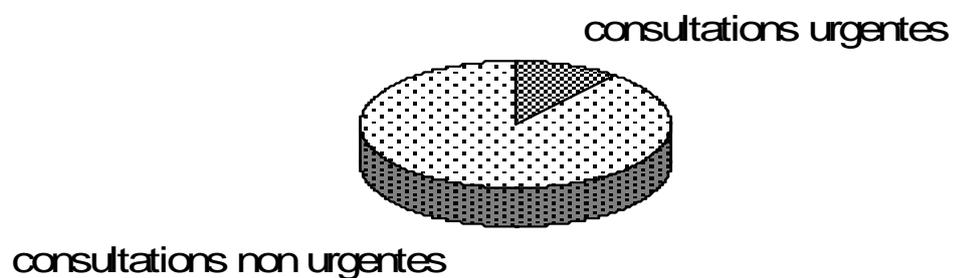
4.11 Soins urgents :

Il s'agit , en ce qui concerne les consultations, d'actes effectués soit pendant les heures d'ouverture du cabinet, la prise en charge de ces patients est alors faite en priorité (ils n'attendent donc pas leur tour en salle d'attente), soit pendant la garde. Il peut aussi s'agir de visites qui ne sont pas programmées, donc elles peuvent avoir lieu elles aussi pendant les heures habituelles ou pendant la garde .

4.11.1 Consultations urgentes :

Il y a eu 172 consultations urgentes (12,5% de l'ensemble des consultations).

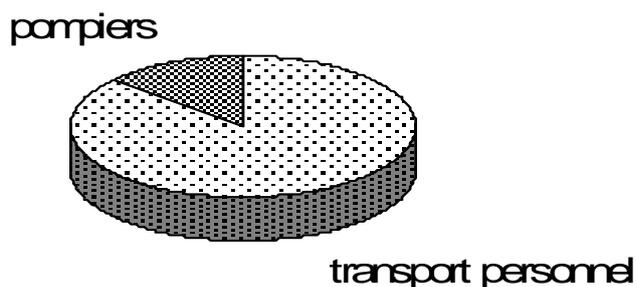
Répartition des consultations par rapport à l'urgence



Le moyen de venue de ces patients :

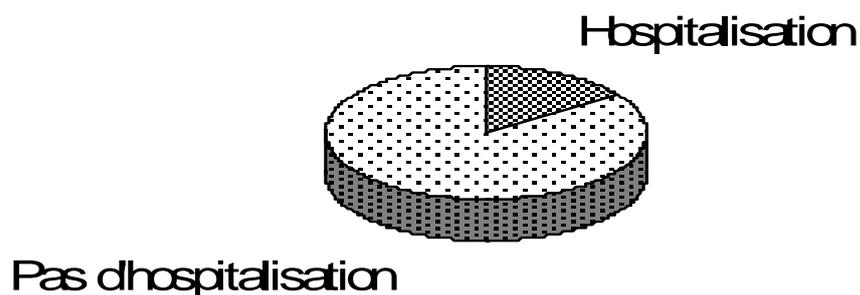
- 149 sont venus par leurs propres moyens
- 23 ont été amenés par les sapeurs pompiers .

Moyen de venue des consultants vus en urgence :



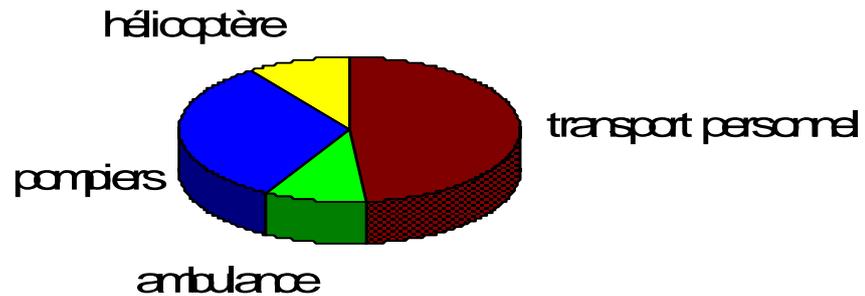
Hospitalisation: à l'issue de ces consultations, 31 patients ont été hospitalisés ce qui représente 18% des patients vus en consultation d'urgence et 2,25% de l'ensemble des patients vus en consultation.

Devenir des patients vus en consultation urgente :



Moyen de transport en cas d'hospitalisation :

- transport personnel : 15 (48 % des cas)
- ambulance privée : 3 (10%)
- sapeurs pompiers : 10 (32%)
- SMUR (hélicoptère) : 3 (10%)



Motif des consultations urgentes :

- traumatologie: 75 (44% des consultations urgentes)
- précordialgie: 14 (8%)
- corps étranger cutané : 14 (8%)
- lombo-sciatalgie : 12 (7%)
- malaise : 12 (7%)
- manifestation allergique : 11 (6%)
- plainte abdominale : 10 (6%)
- crise de colique néphrétique : 6 (4%)
- crise d'angoisse : 7 (4%)
- crise d'asthme : 4 (2%)
- infectiologie : 4 (2%)
- autre : 3 (2%)

Actes techniques réalisés :

- injection IM/IV/SC et/ou pose de perfusion :	54
- suture :	47
- électrocardiogramme :	21
- ablation de corps étranger :	10
- pansement :	8
- réduction de luxation :	2
- oxygénothérapie/aérosol :	4

Heure de venue :

- 8h-12h et 15h-20h :	132 consultations urgentes
- 6h-8h et 20h-0h :	22
- 0h-6h :	18

Appelant :

- CODIS ou les sapeurs pompiers de Piana :	11 fois	(6% des cas)
- centre 15 :	8 fois	(5%)
- poste de secours :	2 fois	(1%)

- dans les autres cas, les patients venaient au cabinet directement ou téléphonaient eux-mêmes avant de venir.

Appel au centre 15 :

Nous avons fait appel au centre 15 à 6 reprises concernant les consultations urgentes, ceci afin d'obtenir un transfert médicalisé aux urgences. Cela s'est traduit par 5 transferts hélicoptérés et 1 transfert par les sapeurs pompiers jusqu'à Sagone puis connexion avec un véhicule du SMUR (cas où l'hélicoptère était indisponible).

4.11.2 Visites urgentes :

Il a été réalisé 56 visites en urgence ce qui représente :

46% de l'ensemble des visites (121 visites au total)

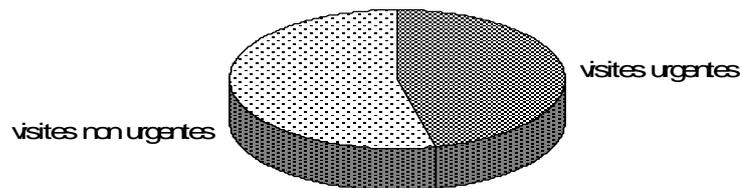
Une moyenne de 6,2 visites urgentes par semaine

Hospitalisation: à l'issue de ces visites, 20 patients ont été hospitalisés ce qui représente :

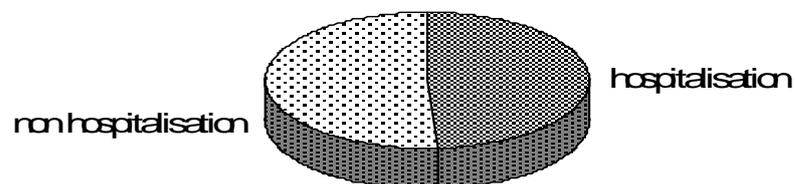
35,7% des patients vus en visite urgente

16,5% de l'ensemble des patients vus en visite

Répartition des visites par rapport à l'urgence :

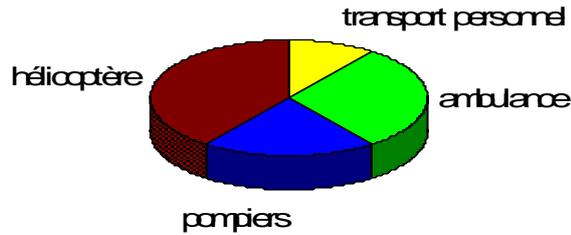


Devenir des patients vus en visite urgente :



Moyen de transport en cas d'hospitalisation à la suite d'une visite urgente :

- transport personnel : 2 (10% des cas)
- ambulance privée : 6 (30%)
- sapeurs pompiers : 4 (20%)
- SMUR (hélicoptère) : 8 (40%)



Motif de la visite urgente :

- traumatologie : des visites urgentes)	18	(29,3%
Traumatologie sur accident de la voie publique :	11	(19,5 %)
Traumatologie sans accident de la voie publique :	7	(9,7%)
- malaise sans perte de connaissance :	11	(17,1%)
- plainte abdominale :	9	(14,6%)
- colique néphrétique :	5	(12,2%)
- arrêt cardio-respiratoire :	2	(4,9 %)
- crise d'angoisse :	2	(4,9%)
- lombalgie :	2	(4,9%)
- allergie (choc anaphylactique) :	1	(2,4 %)
- coma éthylique :	1	(2,4%)
- blessures par balle :	1	(2,4%)
- hémorragie digestive :	1	(2,4%)
- troubles psychiatriques :	1	(2,4 %)
- érysipèle :	1	(2,4%)

Actes techniques réalisés :

- réanimation (oxygénothérapie, pose d'une voie veineuse, injections médicamenteuses IV, massage cardiaque externe...), présence prolongée auprès du patient en attendant un transfert médicalisé : 18 (32% des visites urgentes)
- ECG uniquement : 9 (16%)
- injections uniquement : 12 (21%)

Heure de la visite :

- 8h-20h : 27 (48% des visites urgentes)
- 20h-0h/6h-8h : 18 (32%)
- 0h-6h : 11 (20%)

Appelant :

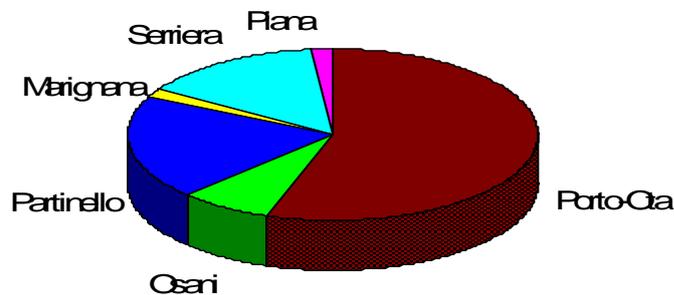
- entourage : 41 (73% des cas)
- centre 15 : 5 (9%)
- CODIS : 7 (12,5%)
- gendarmerie : 2 (3,5%)
- poste de secours (MNS) : 1 (2%)

Appel au centre 15 :

Nous avons fait appel au centre 15 à dix reprises concernant les visites urgentes, cela s'est traduit par un transfert hélicoptéré à 8 reprises.

Lieux des visites urgentes :

- Porto :	22	(39% des visites urgentes)
- Partinello :	11	(20%)
- Ota :	9	(16%)
- Serriera :	8	(14%)
- Osani :	4	(7%)
- Piana :	1	(2%)
- Marignana :	1	(2 %)



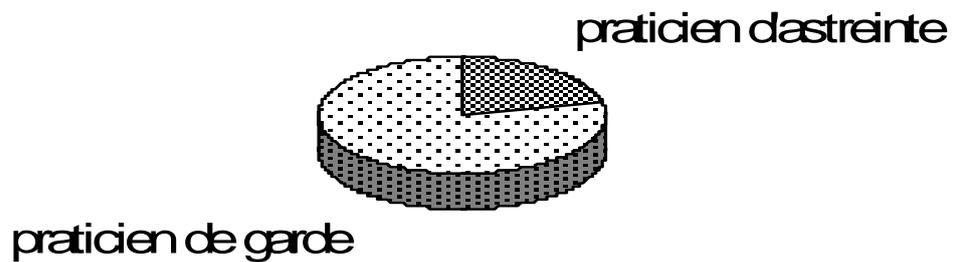
Distance et temps de trajet des visites urgentes :

- distance totale parcourue en visites urgentes : 718 km
- temps de trajet total : 26 heures 40 mn
- distance la plus courte pour une visite : 0,300 km
- distance la plus longue pour une visite : 40 km
- temps de trajet le plus court : 1 mn
- temps de trajet le plus long : 1h 20 mn
- distance moyenne par visite urgente : 12,8 km
- temps de trajet moyen par visite urgente : 25 mn

4.11.3 Activité du praticien d'astreinte :

15 visites urgentes ont été faites par le praticien d'astreinte ce qui représente 26,8% des visites urgentes et 12,4 % de l'ensemble des visites.

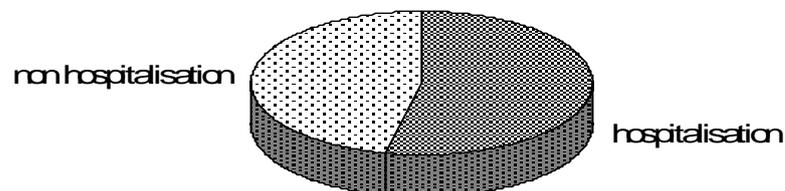
Répartition des visites urgentes :



Hospitalisation :

A l'issue de ces visites il y a eu 8 hospitalisations ce qui représente 53,3 % des patients vus par le praticien d'astreinte.

Devenir des patients vus par le praticien d'astreinte :



Moyen de transport en cas d'hospitalisation :

- transport personnel : 1 (12,5% des cas)
- ambulance privée : 3 (37,5%)
- sapeurs pompiers : 2 (25%)
- hélicoptère : 2 (25%)

Heure des visites du praticien d'astreinte :

Le praticien d'astreinte, par définition, a effectué toutes ces visites entre 12 h et 19 h

Appelant :

- entourage : 12
- centre 15 : 3

Appel au centre 15 :

Le praticien d'astreinte a fait appel au centre 15 à 4 reprises.

4.12 Examen complémentaire/avis spécialisé :

Biologie:	43	(2,9% de l'ensemble des actes effectués)
Avis spécialisé :	34	(2,27%)
Soins paramédicaux :	36	(2,4%)
Hospitalisation:	51	(3,4%)
Examen endoscopique :	4	(0,27%)
Biopsie:	1	(0,07%)

Les prescriptions d'actes et les décisions d'orientation du patient ont donc été décidées à l'issue de 11,3% des séances.

4.13 Hospitalisation / moyen de transport :

51 hospitalisations ont été décidées, (visites et consultations confondues) dans la grande majorité des cas aux urgences de l'hôpital d'Ajaccio, quelques patients ayant aussi été dirigés vers une clinique privée mais il n'a pas été fait de comptabilité distincte. Les décisions d'hospitalisation apparaissent toutes dans le cadre de l'urgence.

En effet, les hospitalisations programmées pour la prise en charge d'affections chroniques n'ont pas été notées car non décidées pendant la consultation ou la visite la plupart du temps.

Moyen de transport utilisé en cas d'hospitalisation :

	Consultation	Visite	Total
Véhicule personnel	15 (48%)	2 (10%)	17 (33%)
Ambulance	3 (10%)	6 (30%)	9 (17,5%)
Pompiers	10 (32%)	4 (20%)	14 (27,5%)
SMUR	3 (10%)	8 (40%)	11 (22%)

5 DISCUSSION

5.1 Concernant la méthode :

Cette étude épidémiologique n'est pas pure car elle réunit des critères objectifs mais aussi quelques critères subjectifs que je tenais à livrer de façon à éclairer et à tenter d'expliquer quelques résultats. Ils apparaissent dans la discussion. Dans le même ordre d'idée, la grille de recueil des données est toute personnelle, la consultation d'autres études épidémiologiques en médecine générale m'a montré que ce travail aurait pu être enrichi par la collecte d'autres items (même si il a déjà été difficile, pour des impératifs de temps, d'effectuer celle-ci pendant 9 semaines). Il en résulte de nombreux biais méthodologiques par rapport à une étude épidémiologique classique.

5.2 Concernant l'âge et le sexe des patients :

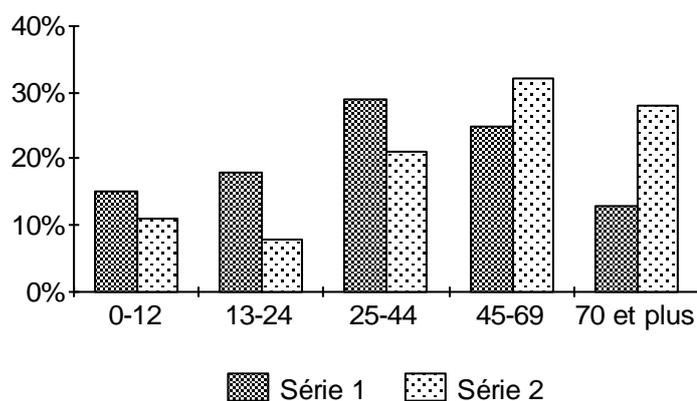
Les consultations et visites au cabinet de Porto concernaient plus souvent des femmes (51%) mais dans une moindre mesure que la moyenne des médecins généralistes (55%) si l'on se réfère à l'étude publiée par la DREES en 2004 [12].

Cette différence peut s'expliquer par le fait que la population âgée est sous représentée (13% de 70 ans et plus contre 28% dans l'étude précitée) alors que c'est dans cette catégorie que l'on retrouve dans toutes les études le plus de femmes (les Françaises vivent plus longtemps que leurs homologues masculins et « consomment » plus de médecine dans cette tranche d'âge). Ainsi, seulement 7% des séances sont consacrées aux femmes de 70 ans et plus à Porto alors qu'on les retrouve dans plus de 30% des cas dans cette même étude.

En effet, la clientèle est plus jeune que celle de la moyenne des médecins généralistes : nous retrouvons 1,55 fois plus de patients de moins de 45 ans (62% contre 40%) et c'est dans la tranche d'âge des 13-24 ans que la différence est la plus nette car ils sont 2,25 fois plus nombreux (18% contre 8%), les 0-12 ans et 25-44 ans étant respectivement 1,36 et 1,38 fois plus.

Inversement les patients plus âgés sont, comme on l'a vu plus haut, sous représentés (1,3 fois moins pour les 45-69 ans et surtout 2,2 fois moins pour les 70 ans et plus).

Répartition par tranche d'âge du patient examiné



Série 1 : cabinet de Porto

Série 2 : les consultations et visites des médecins généralistes, DREES, juin 2004 [12]

Plusieurs facteurs peuvent être avancés pour expliquer cette clientèle jeune :

- tout d'abord le fait qu'elle soit très majoritairement constituée de gens de passage (rappel : touristes et saisonniers représentent plus de 70% des actes), en vacances, et plutôt jeunes (familles avec enfants), les gens plus âgés donc plus fragiles hésitent à se déplacer jusqu'à Porto.

- la période étudiée ne concerne pas beaucoup de vacanciers du troisième âge, qui se réservent plutôt septembre et octobre.

- la présence durant tout l'été de camps d'adolescents et de colonies de vacances le plus souvent itinérants et faisant une étape de quelques jours pour découvrir le golfe de Porto. Cette population est amenée à consulter par le personnel d'encadrement qui n'a pas le droit de distribuer le moindre médicament, même symptomatique, sans avis médical (d'où la surreprésentation des 13-24 ans).

- le fait que les patients âgés habitant le canton et porteurs d'une affection chronique stable, vus en général en visite, aient eu pour la plupart, leur renouvellement d'ordonnance faite en juin, pour trois mois. Ils n'ont donc pas recours au médecin durant la période étudiée (sauf bien sûr en cas de survenue d'un problème intercurrent). Cette «précaution», volontairement adoptée par le médecin permet à celui chargé d'effectuer les visites programmées du matin d'être plus disponible pour les visites urgentes. Les patients âgés porteurs d'une affection longue durée et vus habituellement mensuellement n'apparaissent donc que peu durant l'été.

- la part plus importante des patients vus en urgence, plus jeunes en général [10] a tendance également à abaisser la moyenne d'âge.

5.3 Concernant la répartition des séances :

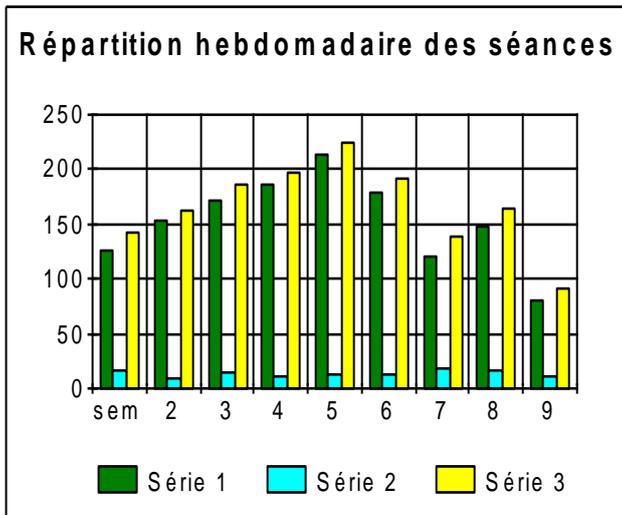
(On parlera indistinctement de « séances » ou « d'actes » lorsqu'on considérera la somme des consultations et des visites)

- répartition hebdomadaire des séances :

On peut remarquer que leur fréquence va croissant durant l'été jusqu'à un maximum correspondant aux semaines 5 et 6 (15 premiers jours d'août) et aussi à la période la plus fréquentée du point de vue touristique .Puis elle décroît (les gens de passage ont tendance à repartir), avec l'existence néanmoins d'un rebond durant la semaine 8.

Cette cinétique est d'ailleurs surtout vraie pour les consultations et le nombre total de séances, moins pour les visites, qui présentent un pic de fréquence dès la première semaine, vraisemblablement dû aux visites programmées des locaux n'ayant pas été faite en juin, et au plus grand nombre de visites urgentes.

Le nombre d'actes d'urgence progresse également jusqu'à un pic se situant à la semaine 6, les consultations d'urgence suivant là encore davantage ce schéma que les visites.

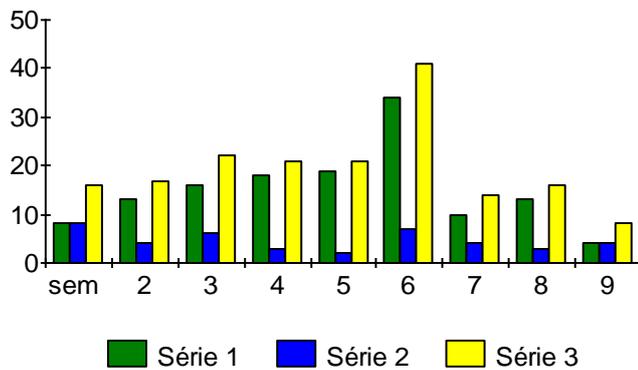


Série 1: consultations

Série 2: visites

Série 3 : nombre total d'actes

Répartition hebdomadaire des séances d'urgence



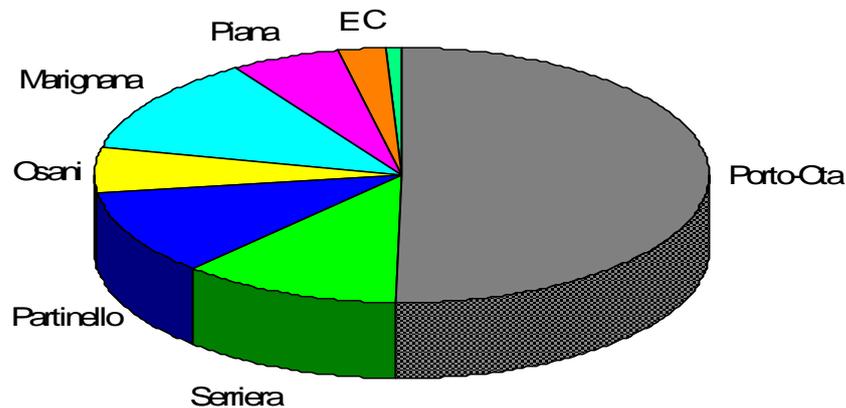
Série 1: consultations urgentes

Série 2: visites urgentes

Série 3: nombre total des actes d'urgence

- répartition géographique des visites :

Les trois quarts des visites ont lieu dans la zone de garde (Porto-Ota, Serriera, Partinello, Osani), la commune d'Ota représentant la moitié des visites. A l'inverse Christinacce (C) et Evisa (E) sont rarement visitées.



5.4 Concernant le lieu de résidence habituel :

Comme nous l'avons vu précédemment, les actes effectués concernaient minoritairement les autochtones, donc des patients suivis régulièrement par le Dr Atlan (à peine 30%) ce qui n'est pas le cas en règle générale dans les cabinets de médecine générale. En effet, les trois quarts du temps les médecins généralistes voient des patients qu'ils suivent régulièrement (76% des cas) ou occasionnellement (17%), seulement 7% des séances ont donné lieu à une première rencontre entre le médecin et le patient.[12]

Ici, cette dernière catégorie est **dix fois** plus élevée (touristes et saisonniers représentent comme nous l'avons vu près de 72% de la clientèle). Ainsi même si certains de ces derniers sont des habitués de Porto, dans la grande majorité des cas nous voyons les patients pour la première fois.

Ainsi, le déroulement des séances et la décision thérapeutique ne sont pas les mêmes face à des patients que nous ne connaissons pas et en l'absence de dossier médical consultable.

Par exemple une partie importante de la consultation est consacrée à l'interrogatoire afin de « cerner » au mieux le patient et de connaître ses antécédents, en particulier allergiques, et ce d'autant plus qu'un acte technique sera effectué à l'issue.

Cette particularité aura aussi une incidence sur la prise en charge, n'hésitant pas à demander au patient de le revoir si la situation paraît confuse, voire à téléphoner quand cela est possible à son médecin habituel. De la même façon la décision d'hospitalisation dans les cas aigus ne sera pas retardée.

Une autre particularité tient au fait qu'une partie non négligeable des touristes est étrangère (rappel: 15%) et ne parle pas français (à part les belges et une partie des suisses) cette difficulté de « première rencontre » est dans ces cas, amplifiée par la barrière de la langue. Le dictionnaire français-anglais des termes médicaux est dans ces cas, fort utile, même si un tiers des touristes étrangers est italien...(cf. résultats)

5.5 Concernant le motif de la consultation ou de la visite :

Ce terme de « motif de consultation » m'est apparu impropre lors du dépouillement des grilles. En effet, celles-ci étaient remplies en fin de séance, après interrogatoire et examen clinique du malade. Cet item se rapprocherait donc plutôt d'une « conclusion diagnostique » ou, d'un « résultat de consultation », terme qu'utilise la SFMG (Société française de Médecine Générale) pour dénommer et dénombrer ce que les médecins généralistes observent.

Le terme de « motif de consultation » est par ailleurs trop imprécis et ambigu pour l'exploiter et l'analyser, tant sa diversité et son mode d'expression sont multiformes selon les patients mais aussi chez un même patient au cours d'une séance, comme l'a bien montré B. Vincent [20] [21]

J'ai donc utilisé pour effectuer une étude comparative, la liste des 50 résultats de consultation (RC) les plus fréquents de médecine générale publiée en 2006 [16] [17], issue de la collecte en continu du réseau de médecins généralistes de la SFMG, celle-ci permet de décrire plus de 90% de la pratique (annexe 4).

Il a été aussi utilisé une étude de la DREES (Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques) [12] où les médecins généralistes indiquaient tous les diagnostics ou motifs de recours dans une liste de 29 items, correspondant aux diagnostics les plus fréquemment observés en médecine générale. Un trentième item, « autres », était à cocher lorsqu'un diagnostic posé ne correspondait à aucun item figurant sur la liste.

On peut souligner les différences les plus significatives mais aussi quelques similitudes et avancer quelques tentatives d'explication de celles-ci, lorsque l'on compare les RC les plus fréquents à Porto avec la liste de la SFMG ou les études de la DREES.

- Le point le plus frappant est que le RC le plus fréquent n'est proposé, ni dans la liste de la SFMG, ni dans celle de la DREES. Il concerne ce que j'ai nommé « traumatologie » et qui regroupe des problèmes divers en rapport avec cette spécialité comme: plaies, entorses, contusions, fractures, luxations... Il représente près de **15% du total des actes**.

Il est très peu rencontré dans la pratique quotidienne habituelle des médecins généralistes, c'est pourquoi il n'apparaît pas dans les listes. Ceci n'est pas étonnant lorsque l'on constate son lien marqué avec l'urgence (44% des consultations et près de 30% des visites urgentes concernées par la traumatologie à Porto), et la part importante de celle ci dans l'activité du cabinet (nous y reviendrons dans la discussion concernant les soins urgents).

- l'hypertension artérielle (HTA) arrive au 2^o rang, comme dans l'étude de la DREES, alors qu'elle est au premier rang pour la SFMG. Le pourcentage de séances concernées par l'HTA est **très proche** (13,6%) de ceux retrouvés par la SFMG (13,65%) et la DREES (16,6%).

Il est intéressant de noter qu'alors que l'on retrouve des chiffres comparables à la moyenne, on remarque proportionnellement plus d'autochtones que ce que l'on pourrait attendre (je le rappelle 30% d'habités du cabinet pour 70% de gens de passage), ici, la moitié des patients consultant pour ce problème habite le canton.

Cela veut-il dire que ces derniers ont un risque cardio-vasculaire accru ? On pourrait le penser, d'autant que ce même phénomène se retrouve pour les items « diabète de type 2 », « hyperlipémie » et « angor », pour lesquels les chiffres sont semblables à ceux de la moyenne nationale mais où on retrouve une proportion d'habitants du canton anormalement élevée. Ou alors les patients de passage traités pour ces pathologies, n'avaient pas besoin de renouveler leur ordonnance et venaient consulter pour un autre motif, donc ces items n'étaient pas notés? Il faudrait pour conclure avec certitude effectuer une enquête en hiver et en dehors des vacances scolaires, période pendant laquelle le recrutement est uniquement local.

- puis viennent des pathologies en rapport avec la période estivale, les dermatoses (lucite estivale bénigne, allergies diverses, piqûres d'insectes...) et les otites (peu d'otites moyennes mais surtout des otites externes et barotraumatiques favorisées par la baignade et la pratique de la plongée sous-marine) que l'on retrouve respectivement dans 11% et 9% des séances.

Ces RC sont largement sur représentées :

- **4 à 7 fois plus** selon les études, pour les dermatoses (2,5% des séances pour la DREES, 1,46% pour la SFMG)

- **5 à 6 fois plus** pour les otites(1,72% pour la SFMG mais où l'item concerne uniquement les otites moyennes aiguës, 1,4% pour la DREES)

Ces problèmes de santé affectent 9 fois sur 10 des touristes.

- on peut en rapprocher par leur caractère saisonnier et le fait qu'ils touchent majoritairement les gens de passage, les RC « plainte abdominale » et « diarrhée, nausée, vomissement » en rapport le plus souvent avec une gastro-entérite virale qui représentent à eux deux près de 12% des RC.

Ces chiffres sont **trois fois supérieurs** à la moyenne puisque l'on retrouve ces deux items à 3,7% pour la SFMG et 3,8% pour la DREES (où l'item « diarrhée, nausée, vomissement » n'existe pas).

Ces pathologies affectent près de 9 fois sur 10 des touristes, et ce d'autant plus qu'ils séjournent en camping où la concentration de population et les arrivées et départs continuels favorisent la transmission virale.

- les « états morbides a-fébriles », qui recouvrent selon la définition de la SFMG, des états comme la lassitude, l'inappétence ou l'abattement ne pouvant être associé à un autre diagnostic, que les patients traduisent par « mal fichu », « crève », « grippe » « enfant grognon » et où la fièvre est absente, sont **1,6 fois plus fréquents**. Ils représentent 8,2% des RC (5,23% pour la SFMG, ce diagnostic étant absent de la liste de la DREES) et arrive au 5° rang.

Ici aussi les touristes sont très majoritaires (plus de 9 sur 10)

Une explication de cette sur représentation tient au fait que, malgré la bénignité de ces états, les gens de passage (d'autant plus qu'ils sont citadins), tiennent à se rassurer et avoir un avis, surtout lorsque les médicaments usuels ont été oubliés au domicile et qu'ils n'ont remarqué ni cabinet médical, ni pharmacie (et de bien rares habitations!) depuis de nombreux kilomètres lorsqu'ils arrivent à Porto. Par exemple, il n'existe pas de structure de soins entre Calvi et Porto alors que le trajet représente deux heures de route. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les enfants en bas âge, que les parents nous adressent lorsqu'ils remarquent l'existence d'une pharmacie et d'un cabinet médical au village.

A contrario, les locaux ont tendance à temporiser et à se traiter de façon symptomatique devant ces signes mineurs, état de fait renforcé par le mode de fonctionnement du cabinet où l'on ne peut pas prendre de rendez vous et où le séjour en salle d'attente est aléatoire et souvent long (ils ne sont pas en vacances eux, mais en pleine saison touristique !).

- « procédure administrative » est **quatre fois plus** présent, ce RC représente 5,9% de l'ensemble des séances et arrive au 9° rang (1,36% pour la SFMG, 40°rang, alors qu'il n'est pas proposé dans l'étude de la DREES).

Ces actes de procédure administrative, lorsqu'ils s'adressent aux touristes, sont liés quasi exclusivement à une décision de rapatriement suite à un problème de santé, les assurances exigeant alors de l'infortuné patient, un document attestant de ses lésions. Le cas le plus typique est celui du randonneur venant à titre personnel (donc ne bénéficiant pas des services d'une agence spécialisée), débarqué sur l'île sans véhicule personnel, et qui, à la suite d'une chute dans le maquis, présente une entorse de cheville, voire une fracture et se trouve dans l'impossibilité de poursuivre son périple. La situation se complique singulièrement lorsque ce dernier est tchèque ou ukrainien, plusieurs entrevues étant parfois nécessaires pour résoudre le problème d'assurance alors que celui de santé est réglé.

Si l'on peut donc expliquer la fréquence de ce RC concernant la population de passage comment le faire concernant les locaux, qui ne sont pas minoritaires pour cet item (37%) par rapport aux chiffres moyens (rappel: 30 autochtones pour 70 touristes)? Les habitants du canton de Porto sont-ils plus procéduriers ou s'agit-il d'une particularité plus généralement propre à la Corse?

- les infections de la sphère ORL, si l'on regroupe les items « rhinopharyngite », « angine », « rhinite » et les bronchites, occupent 14,4% des séances, soit un **pourcentage proche** de ceux retrouvés par la SFMG (12,26%) et la DREES (15,5%)

- le RC « examen systématique et prévention » en revanche, n'occupe que 6,7% des séances, c'est à dire **1,4 fois moins** par rapport aux résultats de la SFMG (9,5% et deuxième rang) et 1,2 fois à ceux de la DREES (8,2%).

Ce chiffre est d'ailleurs trompeur car si nous ôtons les 54 certificats d'aptitude à la plongée sous-marine, qui entrent dans ce cadre, délivrés surtout aux touristes, nous atteignons un pourcentage des séances de 3,1%, soit **trois fois moins** que la moyenne nationale.

Ceci n'est pas étonnant car comme on l'a souligné plus haut, les patients habituels hésitent à attendre leur tour en salle d'attente, souvent bondée, pour un acte de prévention qui pourra être effectué à la fin de l'été en période moins fréquentée.

- il en va de même pour le RC « vaccination » que l'on retrouve **trois fois moins** que chez les autres généralistes: 1,7% des séances sont consacrées à cet item, contre 4,93% (septième rang) pour la SFMG, les chiffres de la DREES semblant légèrement sous évalués (2,8%).

On peut avancer comme précédemment les mêmes hypothèses de mode de fonctionnement du cabinet pour expliquer cette différence, les locaux attendant la fin de l'été pour se faire vacciner (et les touristes ne le faisant pas pendant leurs vacances).

- les problèmes rhumatologiques « arthropathie », « lombalgie », « arthrose », « épaule », « cervicalgie », « dorsalgie », « sciatique » représentent, si on les regroupe, 9,9% des RC, soit **1,8 fois moins** que pour la SFMG (17,41%) et **1,3 fois moins** que pour la DREES (12,6%). Notons que pour cette dernière, les items « cervicalgie », « épaule », « dorsalgie » et « sciatique » ne sont pas proposés et ont dû être comptabilisés dans « autres diagnostics », diminuant ainsi la part de ces problèmes.

Pourquoi rencontrons-nous moins de rhumatologie?

Deux raisons essentielles :

- Il s'agit de pathologies chroniques dont les porteurs sont vus le plus souvent pour renouveler ou adapter le traitement (relativement peu de premiers diagnostics). Les gens de passage arrivent donc avec leur traitement de fond et/ou de crise et les locaux ont pris soin de renouveler leur traitement avant l'été, pour les raisons pratiques vus précédemment.

- ces patients sont en majorité âgés[12], alors que celle du cabinet est plutôt jeune (en tout cas l'été).

Il en résulte que nous voyons ces malades lorsque leur traitement habituel ne suffit plus et plutôt en urgence.

- enfin j'ai créé un 52° item, baptisé « autre », afin de regrouper les problèmes de santé non traumatologiques et non proposés dans la liste de la SFMG. . Il représente 5,2% des RC et arrive au 11° rang, pourcentage quand même équivalent à celui retrouvé pour « état morbide a-fébrile » ou « vaccination » dans la liste de la SFMG et qui se situent eux dans les premiers rangs de celle ci.

L'étude de la DREES, ne comprenant que 29 choix, voit cet item sur représenté (31% et premier rang).

Il regroupe des pathologies aiguës très variées comme :

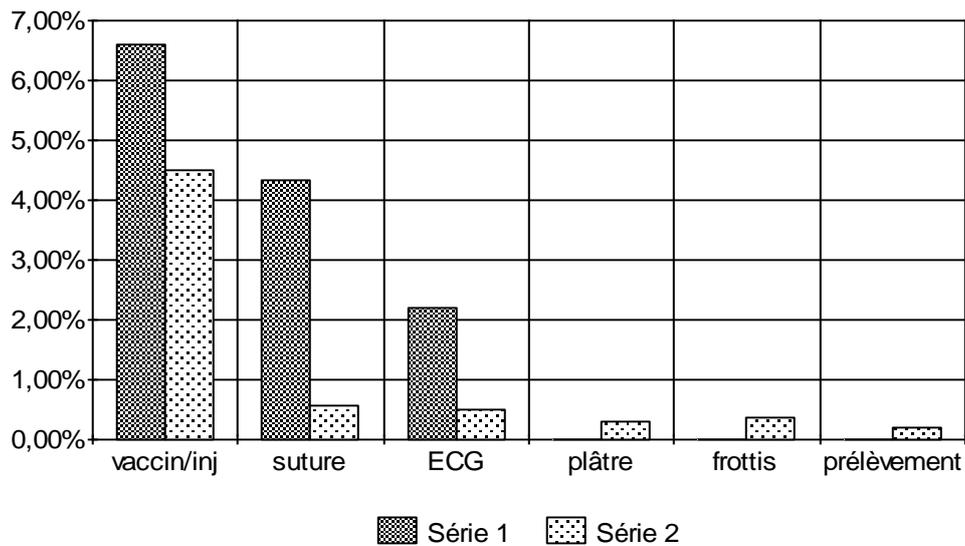
- les infections urinaires hautes ou basses
- l'ophtalmologie (corps étrangers cornéens, allergies...)
- les problèmes bucco-dentaires (rappelons que le dentiste le plus proche est à Sagone, le cabinet dentaire de Porto n'étant ouvert que 2 demi-journées par semaine)
- la gynécologie hormis la contraception et la ménopause (vulvo-vaginites, bartholinites...)
- les malaises ne pouvant être rattachés à une origine précise
- les troubles convulsifs
- les crises hémorroïdaires, les accès de goutte...

5.6 Concernant les actes techniques :

Au moins un acte a été effectué par le médecin sur le patient lors de 13% des séances ce qui est un peu plus du double (6%) de ce que l'on retrouve en moyenne fait chez les autres médecins généralistes. [12]

La répartition de ces actes est différente selon qu'il s'agit de suture (près de **8 fois plus**), d'électrocardiogramme (près de **5 fois plus**), la réalisation d'injections et de vaccins étant plus proche (**1,5 fois plus**). Les plâtres, frottis, et prélèvements n'étant pas retrouvés alors qu'ils occupent une place (certes marginale) chez nos confrères.

Cela vient en grande partie de l'activité d'urgence un peu particulière à Porto ce que l'on va constater dans le chapitre consacré à l'urgence.



Série 1: cabinet de Porto

Série 2: enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, DREES, 2002

A noter que les prélèvements de gorge rentraient dans le cadre de l’item « prélèvement » dans l’étude de la DREES, or ceux-ci n’ont pas été notés sur les grilles de recueil, ce qui explique qu’on ne les retrouve pas. Les plâtres ne sont pas réalisés à Porto (pas de possibilité de bilan radiologique rapide) et les frottis non plus, les patientes du Dr Atlan ayant l’habitude de les faire réaliser par leur gynécologue à Ajaccio.

5.7 Concernant l’urgence :

Les recours urgents représentent **15% de l’activité** du cabinet.

Ces chiffres sont à comparer avec ceux proposés par la DREES [10] issus d’une enquête auprès de 1398 médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet (1304 médecins) ou dans une association d’urgentistes (94 médecins). Ces recours urgents ou non programmés représentent 11% de l’ensemble des consultations et visites effectuées par les médecins généralistes exerçant en cabinet interrogés pendant la période d’enquête et, par définition, la totalité des recours aux associations d’urgentistes, soit au total 12% de l’activité des généralistes libéraux.

On peut remarquer que l’activité d’urgence à Porto est un peu supérieure: **1,36 fois plus** si l’on compare avec le premier résultat (donc en excluant les urgentistes).

Néanmoins il convient de pondérer ce chiffre. Les séances définies comme urgentes dans le cadre de l'enquête recouvrent un ensemble de situations volontairement large. Il s'agit en effet :

- des urgences repérées comme telles par le médecin (il lui était demandé si la séance était une urgence médicale de son point de vue professionnel)
- des recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet
- des recours ayant lieu pendant les heures d'ouverture avec des patients déclarant avoir eu « besoin de voir un médecin dans la journée », question explicitement posée.

Ici, ont été considérées comme urgentes uniquement les séances correspondant aux deux premières situations (facteur de sous déclaration).

D'un autre côté, le cabinet de Porto étant de garde sept jours sur sept, la part des actes de la deuxième situation est prépondérante, donc facteur de sur déclaration par rapport à l'enquête. L'activité de la garde représentant 77% de l'activité d'urgence (cf. résultats), on peut donc penser que celle-ci, plus importante à Porto, est surtout due au nombre de gardes effectuées.

Nous allons souligner quelques particularismes de l'activité d'urgence à Porto :

en rapport avec sa répartition dans le temps :

- elle se déroule **4 fois plus** en dehors des périodes d'ouverture du cabinet que chez les autres généralistes: 77% contre 18%.

- **2,7 fois plus** la nuit (20h-8h): 25% contre 9%, chiffre comparable à ce qui est observé dans les services d'urgences hospitaliers (21%).

- **8 fois plus** en fin de semaine: 48% contre 6%, où là aussi nous sommes plus proche d'un service d'urgence (28%) [**10**].

Ces résultats ne sont pas surprenant au regard du nombre de gardes effectuées.

en rapport avec le diagnostic de recours :

- on retrouve **4,5 fois plus** de traumatologie que chez les autres généralistes: 40% contre 9%, ce qui est comparable à ce que l'on retrouve dans un service d'urgences où elle représente là aussi le diagnostic principal (45%) [10].

- la cardiologie (7% des recours urgents), la gastro-entérologie (9%), et l'uro-gynécologie (5%) se retrouvent sensiblement dans les mêmes proportions que chez nos confrères. La rhumatologie (6%) et les troubles psychologiques (4%) sont moins fréquents et leur proportion se rapproche plus de ce que l'on observe à l'hôpital.

- l'infectiologie est quasiment absente (1,75%) alors qu'elle représente la plus grosse part des recours urgents en médecine de ville (22%), **12 fois plus**, et quand même 8% à l'hôpital. Est-ce du à la période étudiée (l'étude de la DREES a été effectuée en automne) ou au travail de conseil fait à Porto en amont au téléphone, de façon à temporiser et à être plus disponible pour les « vraies » urgences ? Sans doute que les deux facteurs s'additionnent pour expliquer la faible proportion de cette pathologie.

- certains diagnostics n'apparaissent pas dans l'étude et pourtant ne sont pas rares à Porto. Les manifestations allergiques (œdème de Quincke et choc anaphylactique) représentent près de 6% de l'activité d'urgence, elles sont en rapport avec la période estivale (présence d'hyménoptères et de méduses). L'ablation de corps étrangers cutanés (6%) est lui relié aux activités maritimes, il s'agit en effet d'hameçons que des pêcheurs se sont enfoncés le plus souvent dans un doigt.

en rapport avec la décision d'orientation :

- 22% des séances urgentes sont suivies d'une hospitalisation soit **4 fois plus** que la moyenne des généralistes [10] et **trois fois plus** que les médecins urgentistes de ville [9]. Pourquoi un tel écart ?

Il est raisonnable de penser que la part prépondérante de la traumatologie influe sur la décision (nécessité d'examen complémentaires, parfois de chirurgie). Le nombre de séances d'urgence consacrées à la traumatologie paraît suivre celui des hospitalisations : 4,5 fois plus de séances urgentes dédiées à la traumatologie, et 4 fois plus d'hospitalisations. De plus, le fait que nous nous adressions en majorité à des patients que nous ne connaissons pas favorise la décision d'hospitalisation lorsqu'il existe un doute diagnostique, comme nous l'avons vu auparavant, cela a donc tendance à « gonfler » le pourcentage de transferts. Néanmoins la proportion de touristes et d'autochtones est conforme à la moyenne en ce qui concerne les hospitalisations (69% / 31%).

Il y a d'autres raisons, liées au degré de l'urgence, comme nous allons le voir.

Il est à noter que les décisions d'hospitalisation ont toutes été prises lors de séances urgentes, celles prises dans le cadre d'affections chroniques déjà connues (hospitalisations programmées) n'ont pas été notées sur les grilles, ainsi le nombre total « d'hospitalisations réelles » est-il légèrement supérieur à celui rapporté.

en rapport avec le degré de gravité :

Pour avoir une idée du degré de gravité des patients hospitalisés, on peut se pencher sur leur moyen de transport aux urgences. On remarque ainsi qu'ils s'y rendent moins par leurs propres moyens (un tiers des cas) mais plus en ambulance (14%), par les pompiers (27%) et le SMUR (22%) que les usagers habituels des urgences [2]. Ainsi, la part des transferts médicalisés (SMUR) est-elle **7 fois plus** importante.

L'état de santé des patients vus en urgence à Porto est-il plus préoccupant que celui des patients vus par les autres généralistes ?

Je pense que oui et ceci est dû à deux biais par rapport aux études consultées :

- nombre de consultations n'ont pas été considérées comme urgentes lors du dépouillement des grilles car, soit elles n'ont pas été accompagnées d'un geste technique qui aurait été noté, soit le mode de fonctionnement du cabinet permet aisément à un patient de « voir un médecin dans la journée » (voir même dans l'heure), il suffit de s'installer et d'attendre son tour en salle d'attente.

- il a été fait un gros travail de conseil et de régulation téléphonique (malheureusement non recueilli sur les grilles) afin de ne pas risquer d'être indisponible pour une urgence vitale. Ceci est particulièrement vrai lorsqu'on nous demandait de nous déplacer (et n'était pas toujours bien compris des patients et de leur entourage). Ainsi, notre souci permanent était la disponibilité car étant donné les conditions géographiques, la décision de faire une visite non programmée à l'autre bout du canton devait être sagement réfléchi.

C'est pourquoi, pendant les heures d'ouverture du cabinet, le médecin qui n'était pas chargé des consultations (praticien de visite le matin et praticien d'astreinte l'après midi) devait être joignable à tout moment. Il est arrivé également que le praticien de garde appelle celui qui ne l'était pas de façon à pouvoir gérer plusieurs urgences simultanées semblant « sérieuses », et ceci à des heures où ce dernier goûtait un repos bien mérité...

Cette « précaution » semblait indispensable quand on sait qu'en France, 7% des recours urgents sont motivés par un simple renouvellement d'ordonnance.

[5]

Ce travail de régulation explique en grande partie que les 56 visites non programmées se soient conclues dans un peu plus d'un tiers des cas par une hospitalisation et que le praticien d'astreinte, lui, ne s'est déplacé qu'à 15 reprises mais a fait transférer ses patients dans plus de la moitié des cas dont un quart par le SMUR! (cf. résultats)

On peut penser que ces transferts médicalisés, plus fréquents, sont dues aux particularités corses de la réponse à l'urgence. En effet cette région détient le « record » national d'intervention SMUR par habitant et par an : 0,047 (9 fois plus que celle des Pays de la Loire qui est, il est vrai, la région mobilisant le moins ses équipes mobiles). Le taux de réponse par des sorties SMUR à un recours au centre 15 est lui aussi le plus important. [4]

[5]

Néanmoins ces considérations ne jouent pas à Porto car il n'y a pas eu d'hospitalisations « directes » par le SMUR pendant la période étudiée mis à part le cas très marginal de Girolata. Les patients appelant directement le 15 nous étaient adressés et ceux qui nous contactaient directement étaient vus après régulation téléphonique (voir plus haut) et avant toute décision.

De plus la demande de transfert médicalisé était bien soupesée sachant que les moyens mis en œuvre étaient conséquents (nécessité de recours à l'hélicoptère).

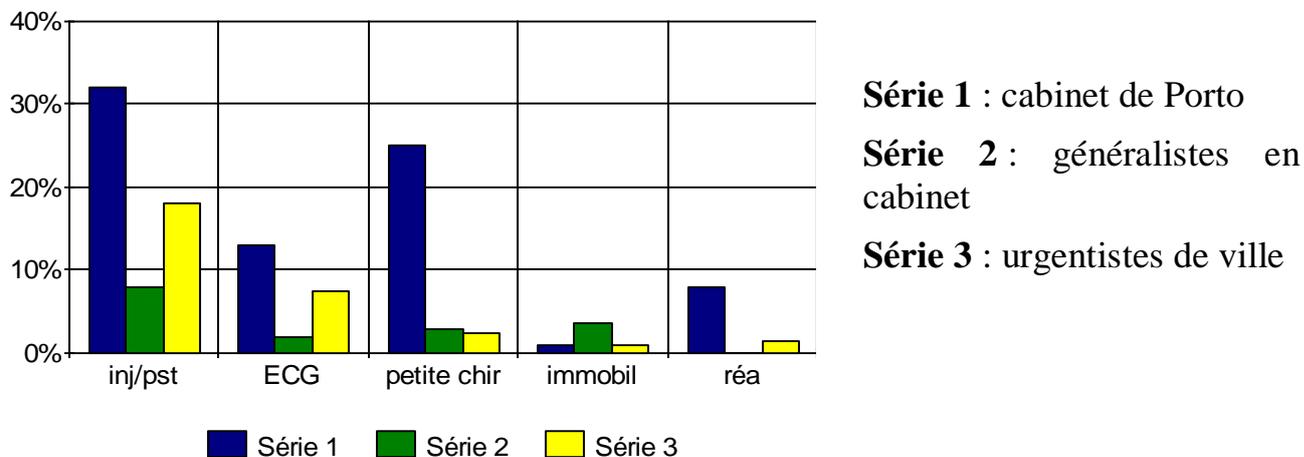
en rapport avec les gestes techniques:

L'activité des soins urgents se distingue là aussi de celle des autres généralistes par la fréquence de réalisation d'actes techniques. En effet, ils sont accomplis près de **6 fois plus** qu'un généraliste exerçant en cabinet et près de **3 fois plus** qu'un médecin exerçant dans une association d'urgence médicale (type SOS Médecins ou Urgences Médicale de Paris). [9] [12]

Ainsi les injections et pansements sont réalisés 4 fois plus, les ECG 6 fois plus, la petite chirurgie 8 fois plus que chez nos confrères généralistes de cabinet, qui ne réalisent pas de gestes de réanimation mais plus d'immobilisations.

La différence est moins marquée si l'on compare avec les urgentistes en ce qui concerne la réalisation d'ECG, d'injections et d'immobilisations, mais reste très nette pour la petite chirurgie (8 fois plus) et les gestes de réanimation (4 fois plus).

Répartition des gestes techniques dans les recours urgents :



Source: enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale [10].

inj/pst : injection/pansement

ECG :électrocardiogramme

petite chir : petite chirurgie/suture

Immobil : immobilisation

Réa : réanimation

On peut remarquer que la part de la réanimation est conséquente (8%) ce qui renforce encore les constatations faites précédemment concernant le degré d'urgence somatique des patients vus en urgence.

A contrario, des actes réalisés au cours d'une séance urgente comme l'apport d'une aide psychologique, de conseils de prévention ou d'un entretien social n'apparaissent pas, même s'ils ont eu lieu, car n'ont pas été notés sur les grilles de recueil. Ils sont pourtant plus fréquents que les gestes techniques en médecine générale [10].

Il aurait été intéressant sur ce point d'étudier la répartition des recours urgents, en utilisant sur les grilles de recueil la classification clinique des malades des urgences (CCMU).

quelques précisions en rapport avec le contexte local :

- une des premières difficultés concernant les visites urgentes était de localiser le patient. Si la tâche était aisée quand celui-ci vivait sur place (bien que les villages ne possèdent pas de noms de rue) ou qu'il s'agissait d'un touriste résidant à l'hôtel, les choses se compliquaient sérieusement lorsqu'il s'agissait d'un touriste se trouvant sur la voie publique et qu'il avait bien des difficultés pour donner des précisions sur sa position, ne connaissant pas les lieux. Le problème s'aggravait lorsqu'il était en difficulté dans un chemin de l'inextricable maquis...Le recours à l'hélicoptère de la sécurité civile était dans ce dernier cas indispensable pour l'hélicoptériste.

- la demande d'un transport médicalisé n'était pas sans conséquence. Celui-ci se faisait par hélicoptère qui, malgré sa vitesse théorique, mettait au minimum 20 minutes pour parvenir à Porto, cas le plus favorable (et le plus rare!) où l'équipage venait de déposer un patient sur le toit de l'hôpital d'Ajaccio et pouvait repartir tout de suite. En moyenne il fallait compter une heure, voire deux, ce qui explique aussi la fréquence des gestes de réanimation effectués en attendant l'équipe médicale. Parfois celui-ci était indisponible car utilisé pour d'autres interventions, d'où la solution intermédiaire d'un transfert routier avec les pompiers et d'une connexion avec un véhicule du SMUR, ce qui n'est survenu néanmoins qu'une seule fois.

Il est arrivé également que l'hélicoptère arrive rapidement mais ne puisse repartir car tombé en panne...Dans ce cas, la présence de l'équipe médicale (un médecin urgentiste et une infirmière) voyait mes conditions d'exercice considérablement améliorées !

Ces délais dus au contexte local rendaient certaines interventions très longues. Entre le moment de l'appel téléphonique, le temps de transport pour arriver sur les lieux, la prise en charge thérapeutique du patient, le transfert par les pompiers de celui-ci vers la zone d'atterrissage (quand son état le permettait), l'attente plus ou moins longue de l'hélicoptère, puis le temps de trajet du retour vers le cabinet, pouvait s'écouler plus de trois heures. Pendant ce temps il n'était pas rare que l'on soit sollicité pour une autre urgence, paraissant sérieuse, il fallait donc contacter le confrère...

C'est ce qui explique également que, même n'étant pas de garde, mon téléphone portable n'était pas éteint et que la vue de l'hélicoptère caractéristique de la sécurité civile me faisait parfois m'enquérir de la gravité de la situation auprès de mon confrère. Difficile de décrocher...

- une zone du canton est assez particulière car complètement enclavée et inaccessible par la route. On ne peut y accéder que par la mer ou, à partir de la route, par un chemin muletier (il faut quand même une bonne heure de marche). Ce mini-port appelé Girolata est un petit paradis pour les plaisanciers et est donc très fréquenté l'été. Les visites y étant impossibles, le centre 15 y est requis pour les urgences devant être prises en charge rapidement et pour les autres les patients nous sont adressés par bateau.

en rapport avec l'appelant :

- nous avons été prévenu d'une urgence par des professionnels dans 16% des cas en moyenne, 2 fois plus quand il s'agissait de visites que de consultations. Dans la majorité des cas il s'agissait des pompiers de Piana ou du centre 15 à qui les malades avaient fait appel, plus rarement de la gendarmerie ou du poste de secours situé sur la plage. Dans les autres cas, les patients venaient eux-mêmes ou téléphonaient auparavant.

On pourrait s'étonner que des gens ne connaissant pas les lieux réussissent dans la grande majorité des cas à joindre le cabinet par leurs propres moyens.

Or celui-ci est bien repérable, car situé sur la route de la marina qui est visitée par tous les gens de passage à Porto et signalé par un panneau de signalisation à l'entrée du village. De plus, le numéro de téléphone du médecin apparaît sur différentes brochures (office du tourisme, campings, hôtels) et est connu de toute la population habituelle qui se fait un plaisir de renseigner les estivants.

Les hôteliers ont d'ailleurs la fâcheuse habitude de nous contacter eux-mêmes lorsqu'un de leur client ne va pas bien au lieu de lui donner le numéro de téléphone et de le laisser, lui ou son entourage, s'entretenir directement avec nous au téléphone.

Un intervenant n'a pas été noté sur les grilles et pourtant nous a adressé nombre de consultations urgentes, il s'agit de la pharmacie. En effet, l'équipe de celle-ci (ouverte 7 jours sur 7 durant la période étudiée) nous adressait des patients venus la solliciter, lorsqu'elle estimait que la situation exigeait un avis médical.

Il est à noter que ce paramètre n'est pas retrouvé dans les études consultées concernant les recours urgents en médecine générale, ceux-ci semblant toujours requis par le patient lui-même ou son entourage.

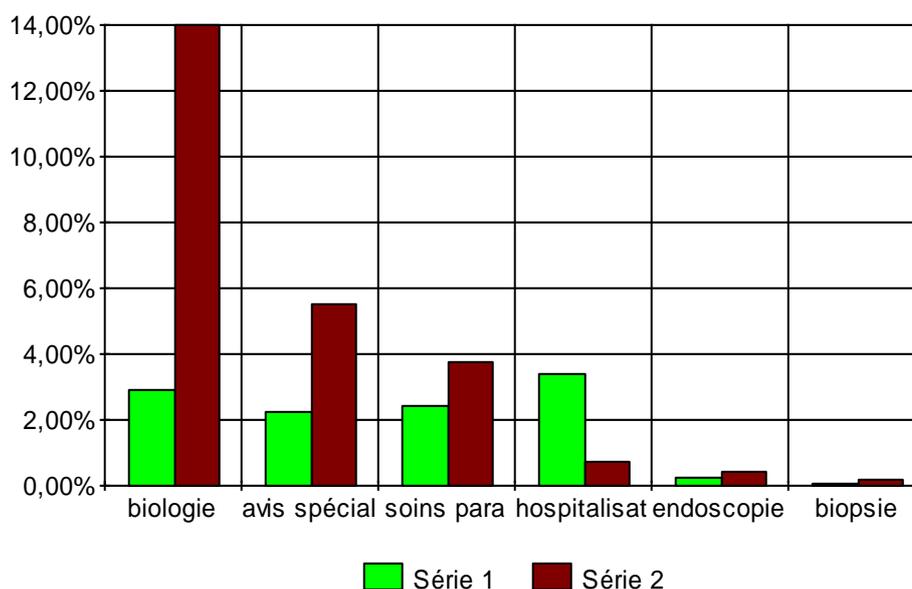
5.8 Concernant les actes prescrits :

Les prescriptions (quand on comptabilise l'ensemble de celles-ci, donc faites pendant une urgence ou non) d'actes et les décisions d'orientation du patient sont **2 fois moins** fréquentes à Porto (11,3%) que chez les autres généralistes (22%). [12]

La différence est néanmoins très variable selon leur nature :

Ainsi les hospitalisations sont-elles 5 fois plus nombreuses, mais tous les autres actes prescrits apparaissent moins, surtout en ce qui concerne les demandes d'examens biologiques (5 fois moins), de biopsie (3 fois moins) et les avis spécialisés (2,4 fois moins), la différence étant moins nette en ce qui concerne les examens endoscopiques et les soins paramédicaux.

Répartition de l'ensemble des séances concernées par chaque type d'acte prescrit



Série 1: cabinet de Porto.

Série 2: les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie, DREES, études et résultats n°315, juin 2004. [12]

Pourquoi de tels écarts ?

- Les hospitalisations plus nombreuses sont dues, nous l'avons vu, à l'activité d'urgence plus importante, dominée par la traumatologie et où les patients sont plutôt plus sérieusement atteints.

Or celle-ci s'exerce pour une grande part pendant la garde (à 77% je le rappelle). Ainsi, même si l'état du patient lui permettait un simple bilan d'imagerie dans un cabinet de radiologie, il était adressé aux urgences pour le faire car celui-ci est fermé à ce moment. C'est ce qui explique en partie le faible recours à un avis spécialisé, en tout cas aux radiologues. Il en va de même des dermatologues à qui nous n'avons pas demandé d'avis, le Dr Atlan ayant exercé la dermatologie avant la médecine générale.

- Concernant les avis spécialisés, leur faible demande peut être expliquée par la patientèle du cabinet. En effet les gens de passage, lorsque un avis spécialisé est demandé sans urgence, préfèrent attendre leur retour de vacances pour consulter dans leur ville.

- Les examens biologiques sont peu prescrits, ce qui s'explique en grande partie par le contexte et les faibles possibilités de prélèvement (cf. présentation).

De plus, la clientèle, plutôt jeune, n'a pas de raison d'avoir besoin de ce type d'examen, et, quand elle en a besoin il s'agit le plus souvent d'une urgence et celui-ci est fait à l'hôpital.

- On ne peut pas dire grand chose des examens endoscopiques et biopsiques car il n'y a que très peu de cas (un seul examen biopsique durant l'été par exemple).

- La fréquence de prescription de soins paramédicaux paraissant proche de celle habituelle chez les médecins généralistes libéraux.

6 CONCLUSION

Dans cette étude, les conditions particulières d'exercice de la médecine générale à Porto (isolement, période estivale) rendent la pratique quotidienne sensiblement différente de celle de la majorité de nos confrères.

Si le cabinet médical de Porto présente les mêmes caractéristiques qu'un cabinet médical lambda (il reste un cabinet de médecine de famille), il diffère surtout par son isolement géographique et son corollaire, la permanence des soins. Cela le fait ressembler à un « service d'urgence de campagne » sur bien des points : fréquence élevée de « vraies » urgences, réalisation de nombreux actes techniques, patientèle jeune et vue souvent pour la première fois, motifs de recours dominés par la traumatologie...

Cela implique au quotidien une grande diversité des problèmes médicaux à résoudre, une charge de travail aléatoire (à l'activité « de base » s'ajoute les à-coups de l'urgence) donc une grande disponibilité, ces paramètres étant accrus par l'afflux de population dû au tourisme.

7 BIBLIOGRAPHIE

[1] : Antoniotti M-Th. L'état sanitaire de la Corse en 1978, ses moyens, équipements hospitaliers et démographie médicale thèse de médecine, Nice, 1979.

[2] : Baubeau D, Carrasco V. Les usagers des urgences: premiers résultats d'une enquête nationale, études et résultats n°212 janvier 2003, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES).

[3] : Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, études et résultats n°215 janvier 2003, DREES.

[4] : Baubeau D, Deville A, Joubert M. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés, études et résultats n°72 juillet 2000, DREES.

[5] : Chanteloup M, Gadel G. Les appels d'urgence au centre 15 en 1997, études et résultats n°55 mars 2000, DREES.

[6] : Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale, études et résultats n°607 novembre 2007, DREES.

[7] : Direction Départementale de l'équipement de Corse du sud; Terre Plein de la gare BP 408 20302 Ajaccio Cedex.

[8] : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de corse du sud. [en ligne]

Disponible sur : http://corse.santé.gouv.fr/etab_aja.htm

[9] : Gouyon M. Les recours aux médecins urgentistes de ville, études et résultats n°480 avril 2006, DREES.

[10] : Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale premiers résultats, études et résultats n°471 mars 2006, DREES.

[11] : Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), recensement de la population française, mars 1999 [en ligne].

Disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/insee_régions/corse/insee_reg/contact.htm

- [12] : Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie, études et résultats n°315 juin 2004, DREES.
- [13] : Mairie d'Ota, services techniques 20150 Ota.
- [14] : Mouquet MC. Les motifs d'hospitalisation en 1998, études et résultats n°81 Septembre 2000, DREES.
- [15] : Office du Tourisme de Porto-Ota 20150 Ota.
- [16] : Société française de médecine générale (SFMG) Annuaire statistique 94/95 de l'observatoire de la médecine générale. Documents et recherches en médecine générale, N°55/56/57.
- [17] : Société Française de Médecine Générale classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents pour l'année 2005 [en ligne].
Disponible sur : omg.sfmng.org
- [18] : Société Nationale de Sauvetage en Mer de Corse du sud Rapport de la saison 2005 du poste de secours de Porto.
- [19] : Turchini S. Esquisse d'un type psychophysiologique, le Corse, thèse de médecine (p.40),Montpellier, 1959.
- [20] : Vincent B. L'épidémiologie en médecine générale: les pièges à éviter. La revue du praticien médecine générale n°23 du 11 avril 1998.
- [21] : Rosowsky O. Le " résultat de consultation " selon R.N. Braun. Revue du praticien médecine générale N° 72 du 16 octobre 1989.

8 ANNEXES

Annexes 1 et 1 bis : cartes.

Annexe 2 : tableau des distances et temps de trajet entre les différentes communes.

Annexe 3 : tableau de répartition horaire du mois d'août.

Annexe 4 : classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents en médecine générale pour l'année 2005, établi par la Société Française de Médecine Générale.

Annexe 5 : exemple d'une grille de recueil.

Annexe 1 : carte de la région



Annexe 1 Bis : Nouvelle sectorisation en Juillet 2005 permanence des soins



N°	Secteurs	N°	Secteurs
1	OTA	8	HAUT TARAVO
2	PIANA – CARGESE	9	STE MARIE SICCHE
3	VICO	10	RIVE SUD
4	TIUCCIA CINARCA	11	ALTA ROCCA
5	VALLEE DE LA GARVONA	12	PROPRIANO SARTENE
6	AJACCIO	13	PORTO VECCHIO SOLENZARA
7	VALLEE DE PRUNELLI	14	BONIFACIO

Annexe 2 : Distance (en km) et temps de trajet aller / retour (en mn)

	Porto	Ota	Serriera	Partinello	Osani	Marignana	Evisa	Christinacce	Piana
Porto		12 km 30 mn	14 km 30 mn	26 km 60 mn	40 km 80 mn	30 km 60 mn	40 km 80 mn	46 km 90 mn	22 km 50 mn
Ota	12 km 30 mn		26 km 60 mn	39 km 80 mn	52 km 100 mn	42 km 80 mn	52 km 100 mn	58 km 110 mn	34 km 80 mn
Serriera	14 km 30 mn	26 km 60 mn		12 km 30 mn	26 km 60 mn	44 km 80 mn	54 km 100 mn	60 km 110 mn	18 km 40 mn
Partinello	26 km 60 mn	39 km 80 mn	12 km 30 mn		14 km 30 mn	56 km 100 mn	66 km 120 mn	72 km 125 mn	48 km 90 mn
Osani	40 km 80 mn	52 km 100 mn	26 km 60 mn	14 km 30 mn		70 km 110 mn	80 km 130 mn	86 km 140 mn	62 km 120 mn
Marignana	30 km 60 mn	42 km 80 mn	44 km 80 mn	56 km 100 mn	70 km 110 mn		10 km 20 mn	16 km 30 mn	52 km 90 mn
Evisa	40 km 80 mn	52 km 100 mn	54 km 100 mn	66 km 120 mn	80 km 130 mn	10 km 20 mn		6 km 10 mn	62 km 110 mn
Christinacce	46 km 90 mn	58 km 110 mn	60 km 110 mn	72 km 125 mn	86 km 140 mn	16 km 30 mn	6 km 10 mn		68 km 120 mn
Piana	22 km 50 mn	34 km 80 mn	18 km 40 mn	48 km 90 mn	62 km 120 mn	52 km 90 mn	62 km 110 mn	68 km 120 mn	

Annexe 3 : Tableau des gardes

	Consultations matin	Consultations après midi	Visites matin	Visites après midi (astreinte)	Nuit (garde)
01/08/2005	PA	PLB	PLB	PA	PLB
02/08/2005	PA	PA	PLB	PLB	PA
03/08/2005	PA	PLB	PLB	PA	PA
04/08/2005	PA	PA	PLB	PLB	PLB
05/08/2005	PA	PLB	PLB	PA	PA
06/08/2005	PA		PLB	PLB	PLB
07/08/2005	PLB	PLB	PLB	PLB	PLB
08/08/2005	PLB	PA	PA	PLB	PA
09/08/2005	PLB	PLB	PA	PA	PLB
10/08/2005	PLB	PA	PA	PLB	PA
11/08/2005	PLB	PLB	PLB	PLB	PLB
12/08/2005	PLB	PA	PA	PLB	PA
13/08/2005	PLB		PA	PLB	PLB
14/08/2005	PLB	PLB	PLB	PLB	PLB
15/08/2005	PA	PA	PA	PA	PA
16/08/2005	PA	PA	PLB	PLB	PLB
17/08/2005	PA	PLB	PLB	PA	PA
18/08/2005	PA	PA	PLB	PLB	PLB
19/08/2005	PA	PLB	PLB	PA	PA
20/08/2005	PA		PLB	PLB	PLB
21/08/2005	PLB	PLB	PLB	PLB	PLB
22/08/2005	PLB	PA	PA	PLB	PA
23/08/2005	PLB	PLB	PA	PA	PLB
24/08/2005	PLB	PA	PA	PLB	PA
25/08/2005	PLB	PLB	PA	PA	PLB
26/08/2005	PLB	PA	PA	PLB	PLB
27/08/2005	PLB		PA	PA	PA
28/08/2005	PA	PA	PA	PA	PA
29/08/2005	PA	PLB	PLB	PA	PLB
30/08/2005	PA	PA	PLB	PLB	PA
31/08/2005	PA	PLB	PLB	PA	PLB

PA : Paul ATLAN

PLB : Pierre LE BELLEC

Annexe 4 : Classement des 50 RC les plus fréquents

par actes pour tous les patients pour l'année 2005

Rang	Résultat de consultation	Nombre d'actes	Pourcentage
1	HTA	26790	13,650
2	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	18640	9,500
3	HYPERLIPIDÉMIE	17079	8,700
4	ETAT FEBRILE	14861	7,570
5	RHINOPHARYNGITE - RHUME	10849	5,530
6	ETAT MORIBIDE AFEBRILE	10261	5,230
7	VACCINATION	9669	4,930
8	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	8552	4,360
9	LOMBALGIE	8210	4,180
10	DIABETE DE TYPE 2	6786	3,460
11	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	5240	2,670
12	REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE	5060	2,580
13	INSOMNIE	5007	2,550
14	ARTHROSE	4945	2,520
15	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	4909	2,500
16	RHINITE	4818	2,460
17	HUMEUR DEPRESSIVE	4790	2,440
18	PLAINTE ABDOMINALE	4736	2,410
19	ANXIÉTÉ - ANGOISSE	4419	2,250
20	DEPRESSION	4320	2,200
21	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	4310	2,200
22	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	4067	2,070
23	Toux	3993	2,030
24	CONTRACEPTION	3851	1,960
25	EPAULE (TENOSYNOVITE)	3844	1,960
26	ASTHME	3756	1,910
27	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	3604	1,840
28	CERVICALGIE	3530	1,800
29	BRONCHITE AIGUE	3473	1,770
30	OTITE MOYENNE	3366	1,720
31	CONSTIPATION	3155	1,610
32	HYPOTHYROIDIE	3136	1,600
33	TABAGISME	3109	1,580
34	ASTHÉNIE - FATIGUE	3051	1,550
35	CANCER	2896	1,480
36	DERMATOSE	2860	1,460
37	VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX	2780	1,420
38	ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	2748	1,400
39	MENOPAUSE (PROBLÈME ET SUIVI)	2704	1,380
40	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	2666	1,360
41	SUITE OPERATOIRE	2647	1,350
42	VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS	2623	1,340
43	FIBRILLATION - FLUTTER AURICULAIRES	2611	1,330
44	NEURALGIE - NEVRITE	2604	1,330
45	DORSALGIE	2593	1,320
46	ECZEMA	2514	1,280
46	DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT	2514	1,280
48	SCIATIQUE	2492	1,270
49	PROSTATE (HYPERTROPHIE)	2454	1,250
50	CEPHALÉE	2421	1,230

Annexe 5 : Grille de recueil

Sexe / Age	Path / Diagnostic	Age	Residence	visites non urgentes @	visites non urgentes @	Appel @	Hospital @	Ex. cony. Appel	Appel	MG
♂ / 63	Pln d / Plaine 3e arr dist ⇒ 3 Pts	T=92							15	Ch / Ep
♀ / 20	Leucémie	S								
♀ / 40	Exploration Neofonction	T=44						Scanner	CA/5/3	
♀ / 52	Exploration Neofonction	A								
♀ / 22	Allegatum crulum II	S								
♀ / 40	Plaine laryngée (← Pts de)	F=NL								
♀ / 30	Cystite	T=91								
♀ / 29	Perforation tympanique	T=52								
♀ / 83	Shunt Sca pulv	A								
♀ / 29	Extrorsion chevill	T=34								
♂ / 60	colique néphrétique	A								
♀ / 50	R.O (2e / 1e / 1e / 1e)	A								Esp. Ch.
♀ / 24	E douleur abdo	A								Esp. Ch.
♂ / 42	colique néphrétique	A								Esp. Ch.
♀ / 75	colique néphrétique	A								Esp. Ch.
♂ / 13	colique néphrétique	T=71								
♂ / 50	colique néphrétique	T=64								
♀ / 13	colique néphrétique	T=76								
♂ / 25	colique néphrétique	T=78								
♀ / 35	colique néphrétique	T=07								

NOM : LE BELLEC

PRENOM : PIERRE

Titre de thèse :

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DESCRIPTIVE D'UNE PRATIQUE DE LA MEDECINE GENERALE EN ZONE ISOLEE DE CORSE DU SUD

RESUME :

Contexte : Porto qui se situe sur la côte Ouest de la Corse du sud à mi-chemin de Calvi et d'Ajaccio est très isolé. Il faut 2 heures de route pour accéder à une consultation spécialisée ou aux urgences. C'est aussi le 2^o site le plus visité de Corse avec 700.000 passages /an. Ces particularités impliquent un mode d'exercice particulier que j'ai voulu décrire, comparer, et expliquer. **Méthode :** J'ai collecté sur une grille de recueil différents paramètres de l'activité du cabinet pendant 9 semaines (du 7 Juillet au 7 Septembre 2005), étude complétée par l'exposition de certaines perceptions personnelles. **Résultats :** fréquence élevée de « vraies » urgences, réalisation de nombreux actes techniques, patientèle jeune, vue souvent pour la première fois, motifs de recours dominés par la traumatologie et permanence des soins font du cabinet de Porto une sorte de service d'urgence de campagne.

MOTS-CLES :

Médecine générale - isolement - Corse - Porto - épidémiologie - permanence des soins - urgence