



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 12 avril 2022 à Poitiers
par **Madame Marion OURLIAC**

La place du médecin généraliste régulateur au sein du SAS 86

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Monsieur le Docteur Henri DELELIS-FANIEN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Robert PAVLOVIC

Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (**retraite au 01/01/2022**)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile (**retraite au 01/11/2021**)
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses

- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (**retraite au 01/12/2021**)
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an jusqu'à fin octobre 2021**)
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémie, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie (**en mission 1an a/c du 12/07/2021**)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires

- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARQC Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur MIMOZ Olivier :

Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité et pour avoir accepté de présider ce jury.

A Monsieur le Professeur JAAFARI Nematollah :

Je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à ma thèse et de pouvoir vous compter parmi les membres de ce jury.

A Monsieur le Docteur DELELIS-FANIEN Henri :

Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse et guidé tout au long de mon travail. Je vous suis reconnaissante de votre présence au sein de ce jury.

A Monsieur le Docteur PAVLOVIC Robert :

Merci de m'avoir enseigné et transmis ta passion pour la médecine générale. Merci de m'avoir encadré pour ce travail de thèse.

A Monsieur le Docteur LEMERCIER Xavier :

Je vous suis reconnaissante pour votre aide dans l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur OTRUQUIN Jérôme :

Je vous remercie sincèrement pour votre aide, votre amabilité et le temps précieux que vous m'avez accordé.

A Madame le Docteur RAMBAULT-AMOROS Isabelle :

Merci pour votre soutien en tant que tutrice pendant mes années d'internat.

A mes anciens maîtres de stage :

Merci de m'avoir fait découvrir le métier de médecin généraliste et de m'avoir donné l'envie d'en faire le mien.

Aux Docteurs MATHIEU Sophie et RIBOLLET François :

Merci pour votre aide et votre accueil chaleureux au sein du cabinet.

A ma famille :

Merci pour tout votre amour et votre soutien.

A mes sœurs : Merci pour votre joie de vivre. Vous êtes mon rayon de soleil.

A mes amis :

Merci. La vie ne serait pas la même sans vous.

A mon beau-père Stéphane :

Cette thèse conclut la fin de mes études. Tu étais présent dès le début et j'aurais aimé que tu sois là pour en voir la conclusion. Merci pour tout.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
1. Accès aux soins et régulation médicale avant le SAS.....	5
a. La problématique de l'accès aux soins en France.....	5
b. La régulation médicale en France.....	5
c. La Vienne et le SAMU 86.....	7
2. Historique de la mise en place du SAS.....	9
a. Ma Santé 2022.....	9
b. Pacte de refondation des urgences.....	10
c. Crise sanitaire de la COVID-19.....	11
d. Ségur de la santé.....	12
3. Organisation du SAS.....	14
a. Présentation de la plateforme téléphonique du SAS 86.....	14
b. Plateforme numérique du SAS.....	18
c. Financement.....	18
4. Objectifs de l'étude.....	19
a. Objectif principal.....	19
b. Objectifs secondaires.....	19
METHODES.....	20
1. Recueil des données.....	20
2. Critères d'inclusion.....	20
3. Critères d'exclusion.....	20
4. Critères étudiés : Décisions médicales.....	21
5. Statistiques.....	22

RESULTATS.....	23
1. Décisions médicales prises par les MRL.....	23
a. L'activité des MRL selon les mois.....	24
b. Le conseil médical.....	25
2. Comparaison de l'activité des MRL et des MRU.....	27
3. Coopération avec les autres acteurs du SAS.....	30
a. L'OSNP.....	30
b. La PTA.....	32
c. L'UAMP.....	33
DISCUSSION.....	34
1. Interprétation des résultats.....	34
a. Le rôle du MRL au sein du SAS.....	34
b. La place du conseil médical.....	35
c. L'activité complémentaire des MRL et MRU.....	36
d. Les autres acteurs du SAS et les filières affiliées.....	37
e. Le relais avec les effecteurs de soins.....	38
2. Forces et limites de l'étude.....	40
a. Forces de l'étude.....	40
b. Limites de l'étude.....	40
3. Conclusion.....	42
ANNEXES.....	43
BIBLIOGRAPHIE.....	47
RESUME.....	50

ABREVIATIONS

AMU : Aide Médicale Urgente

APPS : Association des Praticiens pour la Permanence des Soins

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ATSU : Association des Transports Sanitaires Urgents

CAP : Centre Anti-Poison

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMSI : Centre Médical de Soins Immédiats

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DRM : Dossier de Régulation Médicale

HAD : Hospitalisation A Domicile

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MRL : Médecin Régulateur Libéral

MRU : Médecin Régulateur Urgentiste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OSNP : Opérateur de Soins Non Programmés

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAS : Service d'Accès aux Soins

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNP : Soins Non Programmés

UAMP : Unité d'Accueil Médico-Psychologique

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

Introduction

Le système de santé français, malgré une constante évolution, répond de plus en plus difficilement à la problématique de l'accès aux soins. Trouver un médecin traitant, obtenir un rendez-vous de SNP chez un généraliste ou un simple rendez-vous chez un spécialiste, un kinésithérapeute ou un dentiste, sont des tâches ardues pour un patient en demande de soins.

En 2018, le président Emmanuel Macron annonce le projet de loi « Ma Santé 2022 » dont l'orientation première est de construire le système de soins autour du patient.(1) L'un des axes principaux de cette loi concerne l'accès aux soins pour tous. Ainsi, des mesures territoriales, telles que le déploiement des CPTS, sont instaurées.

En 2019, épaulée par le député Thomas Mesnier et le professeur Pierre Carli, la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn annonce dans son « Pacte de refondation des urgences » sa volonté de mettre à disposition de tous les Français « un moyen d'accéder en toute circonstance, à distance, un service capable de répondre à leurs besoins de santé et de leur éviter de se rendre inutilement dans un service d'urgences ».(2) Le SAS est créé et, progressivement, des projets pilotes se déploient sur le territoire français.

Le SAS est une plateforme de régulation commune regroupant SAMU et régulation libérale 24h/24 et 7j/7 ayant pour objectif de répondre aux besoins d'AMU et de SNP de la population.

L'objectif de cette thèse est de montrer quelle est la place du médecin généraliste dans la régulation des appels au SAS et quels sont les moyens à sa disposition pour répondre aux demandes de soins des patients, en coordination avec les autres acteurs du SAS.

1. Accès aux soins et régulation médicale avant le SAS

a. La problématique de l'accès aux soins en France

Accroissement et vieillissement de la population, augmentation des besoins de santé liés aux maladies chroniques, augmentation de la demande face à une diminution de l'offre de soins, inégalités territoriales. Ces problématiques sont bien connues et contribuent à rendre difficile l'accès aux soins dont les Français ont besoin. A défaut d'une autre solution, ces derniers s'orientent alors principalement vers les services d'urgence.

Ainsi, les structures d'urgence subissent des tensions depuis plusieurs années avec une augmentation croissante du nombre de passages. En 2018, l'ensemble des structures d'urgence françaises ont accueilli plus de 21 millions de passages sur l'année, soit 15% de plus par rapport à l'année 2013.(3)

43% des patients accueillis aux urgences pourraient être pris en charge dans un cabinet, une maison ou un centre de santé, sous réserve d'avoir pu trouver un rendez-vous le jour même ou le lendemain.(4)

b. La régulation médicale en France

• Le SAMU

Fondé par le professeur Louis Lareng et reconnu officiellement par la loi en 1972, le SAMU bénéficie en 1979 du soutien de la ministre de la Santé Simone Veil qui crée « les Centres 15 ». En 1986, la loi permet la généralisation du SAMU sur l'ensemble du territoire français.(5)

Le SAMU est un centre d'appels répondant 24h/24 aux besoins de la population, accessible par le numéro d'urgence « 15 ». La régulation médicale effectuée par le SAMU a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée aux besoins du patient. Elle peut faire appel à plusieurs intervenants pour l'accomplissement de ses missions : SMUR, SDIS, transporteurs sanitaires privés, médecins et paramédicaux libéraux.(6)

Il existe aujourd'hui 102 SAMU en France. En 2018, 250 millions d'euros sont consacrés au fonctionnement des SAMU. A l'instar des services d'urgence, l'activité des SAMU connaît une constante augmentation. En 2018, le nombre d'appels reçus se situe aux alentours de 29 millions, soit une augmentation de 16,4% par rapport à l'année 2013.(3)

• La régulation de médecine générale

La régulation de médecine générale en France est très hétérogène selon les départements. Certains MRL exercent au sein des CRRA du SAMU, d'autres dans des centres d'appel interconnectés. Certains exercent uniquement dans le cadre de la PDSA, d'autres étendent leur activité de régulation aux jours en semaine. C'est le cas, par exemple, du CRRA du Havre.(7) (8)

Globalement, la présence des MRL au sein des CRRA est plutôt bien perçue par les MRU. Elle favorise notamment leur disponibilité pour l'appel d'urgence.(9)

Quel que soit son mode d'exercice, le MRL a pour rôle de répondre aux besoins du patient en utilisant, de manière adaptée, les moyens à sa disposition.(10)

Le conseil médical représente environ 50% des réponses du MRL.(11) (12) Il a l'avantage d'être peu coûteux car il ne nécessite pas de mise en œuvre de moyens. Selon les études, l'observance des conseils médicaux tous confondus est estimée de 62,9% à 91,6%, variable selon que celle-ci soit réelle ou ressentie.(13) (14) (15) (16)

Parmi les autres réponses possibles, on peut citer :

- L'orientation vers un médecin effecteur de SNP (médecin de garde) ;
- L'orientation vers un service d'urgences ;
- L'envoi d'un transport sanitaire (ambulance, secours, SMUR) ;
- Parfois l'envoi d'un médecin effecteur à domicile (ex : SOS Médecins).

Si besoin, le MRL peut également réorienter l'appel vers un MRU, directement au sein du CRRA ou via l'interconnexion avec le Centre 15.

A titre d'exemple, au CRRA d'Auch en 2016, les appels régulés par les MRL dans le cadre de la PDSA correspondaient à 7% des appels totaux au CRRA. Le nombre moyen d'appels par heure était de 4,9 (variable de 3,2 à 7,8 en fonction des horaires). Le pourcentage de conseil donné était de 51,3%, le recours à un médecin effecteur de 34,8%, l'envoi vers un service d'urgences de 11,2% et le transfert de l'appel vers le MRU de 0,6%.⁽¹⁷⁾

PDSA

Depuis 2003, la PDSA remplace l'ancien système de garde des médecins généralistes. Sur la base du volontariat, elle correspond à la réponse libérale aux demandes de SNP durant les heures de fermeture des cabinets médicaux (soirs, week-ends et jours fériés).

L'accès à la PDSA est régulé préalablement par le SAMU-Centre 15 ou par une plateforme de régulation médicale ayant passé convention et interconnectée avec le SAMU.⁽¹⁸⁾ Chaque département dispose donc de son propre numéro de téléphone dédié à la PDSA, mais celui-ci reste interconnecté avec le SAMU.

En avril 2017, à la suite d'un communiqué de presse de Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales et de la Santé, un numéro gratuit et spécifique de la PDSA, le 116 117, est lancé dans les Pays-de-la-Loire, en Corse et en Normandie. Un déploiement national était prévu pour fin 2017 mais le projet est interrompu par le Président de la République Emmanuel Macron et le ministre de l'Intérieur.⁽¹⁹⁾ ⁽²⁰⁾

c. La Vienne et le SAMU 86

La Vienne est un département rural de 7000 km² regroupant plus de 438 000 habitants. En 2018, selon le CNOM, il y a une densité de médecins généralistes en activité régulière dans la Vienne de 137,7 pour 100 000 habitants (pour une moyenne de 123,9 pour 100 000 sur tout le territoire français).⁽²¹⁾ En 2018, 20 MSP sont en activité.⁽²²⁾ Cependant, l'offre de soins est inégalement répartie.⁽²³⁾

Pour répondre à l'urgence, le département dispose de 4 bases SMUR réparties sur le département, incluant un SMUR hélicoptéré et un SMUR pédiatrique. (24) Les sapeurs-pompiers du SDIS 86, les ambulances privées du réseau de l'ATSU 86 et les médecins correspondants SAMU participent également à l'AMU.

Pour recevoir les patients, il y a 1 CHU à Poitiers, 3 CHR (Châtelleraut, Loudun, Montmorillon) et 3 cliniques privées (2 sur Poitiers, 1 sur Châtelleraut).

Dans le cadre de la PDSA, l'APPS 86 assure une garde de médecine générale du lundi au vendredi de 20h à minuit, le samedi de 12h à minuit et les dimanche et jours fériés de 8h à minuit. Il n'y a pas de SOS Médecins, ni de médecine libérale de garde en nuit profonde (de minuit à 8h).

La régulation du CRRA 86 situé à Poitiers reçoit chaque année 150 000 à 185 000 appels, soit environ 300 à 500 appels par jour, avec une tendance à la hausse de 4-5% d'appels supplémentaires par an.(25) Les appels sont réceptionnés par un ARM qui les transfère ensuite vers le médecin régulateur.

En période de PDSA, une régulation est assurée au sein du CRRA par des MRL, soit du lundi au vendredi de 20h à 8h, le samedi de 12h à minuit et de minuit à 8h et les dimanche et jours fériés de 8h à minuit et de minuit à 8h.

En 2017, plus de 29 000 appels sont régulés par les médecins généralistes.

- 65% ont fait l'objet d'un conseil, dont celui d'aller aux urgences ;
- 26% ont été orientés vers une consultation de médecine générale ;
- 6,2% ont fait l'objet de l'envoi d'une ambulance ou des pompiers ;
- 0,2% ont fait l'objet de l'envoi d'une équipe SMUR.

2. Historique de la mise en place du SAS

a. Ma Santé 2022

Le 18 septembre 2018, le Président de la République Emmanuel Macron annonce son projet de loi « Ma Santé 2022 » destiné à transformer le système de santé. Ce projet de loi est né de la constatation que le système de santé français n'était plus adapté pour répondre aux besoins de la population. Le 16 juillet 2019, la loi est adoptée par le Parlement.(26)

L'accès aux soins fait partie des problématiques évoquées.(27) Par exemple, dans certains territoires, il est difficile d'obtenir un rendez-vous de médecine libérale dans les 48h. En réponse, l'un des engagements du projet « Ma Santé 2022 » est de garantir, en cas de nécessité, l'accès à un médecin de proximité dans la journée.

Pour améliorer l'accès aux soins, une coordination entre la ville, l'hôpital et le médico-social est nécessaire. Dans le cadre du projet de loi « Ma Santé 2022 », cette mission de coordination est confiée aux CPTS.

Créées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, les CPTS constituent un espace d'organisation et de coordination des professionnels de santé autour d'une population donnée.

Avec le projet « Ma Santé 2022 », les CPTS se voient confier 6 missions prioritaires en réponse aux besoins premiers des populations de chaque territoire :

- La réalisation d'actions de prévention ;
- La garantie d'accès à un médecin traitant pour tous les habitants du territoire ;
- La réponse aux SNP, c'est-à-dire la possibilité d'obtenir un rendez-vous dans la journée, en cas de nécessité ;
- L'organisation de l'accès à des consultations de médecins spécialistes dans des délais appropriés ;
- La sécurisation des passages entre les soins de ville et l'hôpital ;

- Le maintien à domicile des personnes fragiles, âgées ou polypathologiques.

Pour permettre aux CPTS de réaliser leurs missions, « Ma Santé 2022 » prévoit une stratégie de déploiement national avec un objectif de 1 000 CPTS en 2022, ainsi qu'une négociation conventionnelle pour donner un cadre pérenne de financement à celles-ci.

Parmi les mesures identifiées dans la loi pour faciliter l'accès aux soins, on peut citer la labellisation des hôpitaux de proximité pour concrétiser la coordination entre la ville, l'hôpital et le médico-social, la création de postes d'assistants médicaux pour libérer du temps médical et la promotion de la télémédecine pour abolir les distances.

b. Pacte de refondation des urgences

La loi relative à « Ma Santé 2022 » a conduit à des avancées en matière d'accès aux soins et de décloisonnement du système de santé. Afin de traiter en profondeur la question des urgences et de trouver des solutions durables, une « mission flash » a été confiée en juin 2019 par le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn au député Thomas Mesnier et au professeur Pierre Carli, président du conseil national de l'urgence hospitalière.(3)

Le 9 septembre 2019, les préconisations de cette mission ont conduit la ministre Agnès Buzyn à arrêter un plan de refondation des urgences en 12 mesures clés.(4)

La première de ces mesures est la mise en place du SAS dans tous les territoires reposant sur un partenariat entre professionnels hospitaliers et libéraux. Ce service distant universel vise à répondre 24h/24 et 7j/7 à la demande de soins des Français.

Les objectifs de la mise en place du SAS sont multiples :

- Répondre à la demande de soins des patients à l'échelle des bassins de vie en structurant l'ensemble de l'offre de soins ;
- Désengorger les services d'urgences hospitalières qui sont, par défaut, un recours pour répondre à la demande de SNP face à un décalage croissant entre la demande et l'offre de soins ambulatoire ;
- Informer plus et mieux les usagers sur la disponibilité et l'offre de soins de proximité avec les outils numériques et répondre de manière adaptée à la demande de soins ;
- Renforcer et organiser le service public confié aux médecins face aux risques d'initiatives privées à but lucratif qui iraient à l'encontre d'un égal accès aux soins sur le territoire et contribuerait au désengagement des professionnels de santé ;
- Favoriser l'éducation et le bon usage du système de soins.

A noter que le SAS ne se substitue en aucun cas au recours au médecin traitant. Il s'agit d'assurer un continuum dans la prise en charge des demandes de SNP reposant sur une nouvelle organisation de jour complétée par celle de la PDSA.

Avec un financement annoncé à 340 millions d'euros, la mise en place du SAS est prévue pour l'été 2020.

c. Crise sanitaire de la COVID-19

En début d'année 2020, l'arrivée de la pandémie de COVID-19 en France a inévitablement influencé le fonctionnement des SAMU.(28)

Au début de la crise, les autorités de santé demandent de privilégier l'appel au 15 plutôt que de consulter en cas de symptômes évocateurs de COVID-19. Ceci a conduit à un pic d'appels dès le milieu du mois de mars impactant fortement les SAMU.

Les effectifs et les moyens sont renforcés pour répondre à l'afflux d'appels. Qu'ils soient ARM, médecins hospitaliers ou libéraux, étudiants ou paramédicaux, tous sont sollicités.

Dans la Vienne, dès le mois de mars 2020, des médecins libéraux sont venus en renfort au CRRA pour aider à réguler les appels la journée en semaine, en plus de leur activité dans le cadre de la PDSA. Les coordinateurs du DAC-PTA font également leur entrée au SAMU 86 pour favoriser l'accompagnement des patients atteints de la COVID-19.(29) (30)

d. Ségur de la santé

Lancé le 25 mai 2020, le Ségur de la santé s'est fixé comme ambition de bâtir les fondations d'un système de santé plus à l'écoute de ses professionnels, des usagers et des territoires. Avec plus de 50 jours de travaux, le Ségur de la santé, animé par Nicole Notat, a rassemblé plus d'une centaine d'acteurs pour contribuer à l'écriture de ce nouveau chapitre du système de santé.(31) (32)

Les travaux se sont achevés le 10 juillet 2020 et ont abouti à la signature, le 13 juillet, des accords du Ségur de la santé à l'hôtel de Matignon par le Premier ministre Jean Castex, par le ministre des Solidarités et de la Santé Olivier Véran et par une majorité d'organisations syndicales.

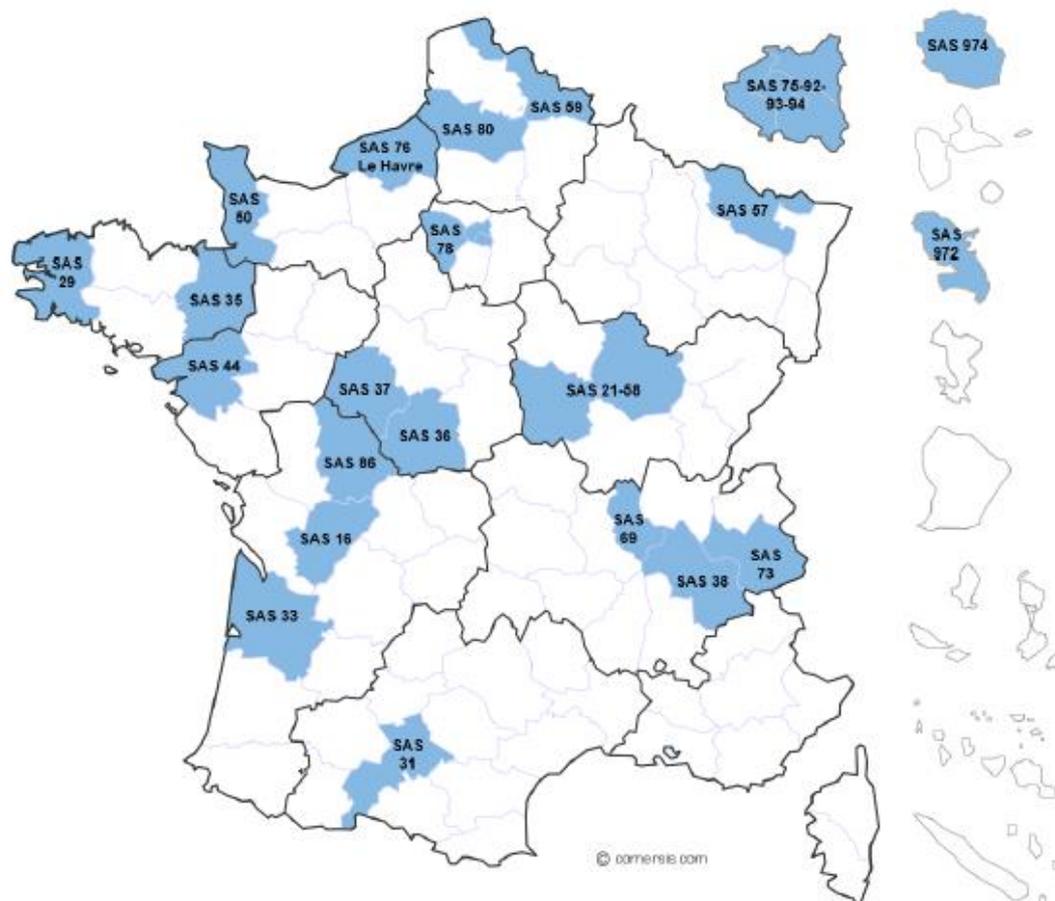
Sur les 33 mesures engagées au terme de ces accords, la mesure 26 correspond à la concrétisation du SAS. L'ouverture de la plateforme et le déploiement des expérimentations territoriales sont attendus pour fin 2020.

Un financement commun de 300 millions d'euros est prévu pour la concrétisation du SAS et le déploiement des CPTS afin d'améliorer l'accès aux SNP.

Au total, 22 projets pilotes de SAS sont retenus pour expérimentation en 2021, dans la perspective d'une généralisation en 2022. Ils couvrent 40% de la population française.(33) (34)

Dans la Vienne, le projet pilote est officiellement lancé le 1^{er} mars 2021.

PÉRIMÈTRE D'EXPÉRIMENTATION DES PILOTES



3. Organisation du SAS

Le SAS repose sur deux volets de base :

- La prise en charge organisée des appels via une plateforme téléphonique de régulation médicale opérationnelle 24h/24 7j/7 pour toute situation d'urgence (AMU) ou pour tout besoin de SNP lorsque l'accès au médecin traitant n'est pas possible en première intention ;
- Une plateforme digitale permettant d'accéder à une information précise sur l'offre de soins du territoire et de prendre rendez-vous rapidement chez un professionnel de santé.

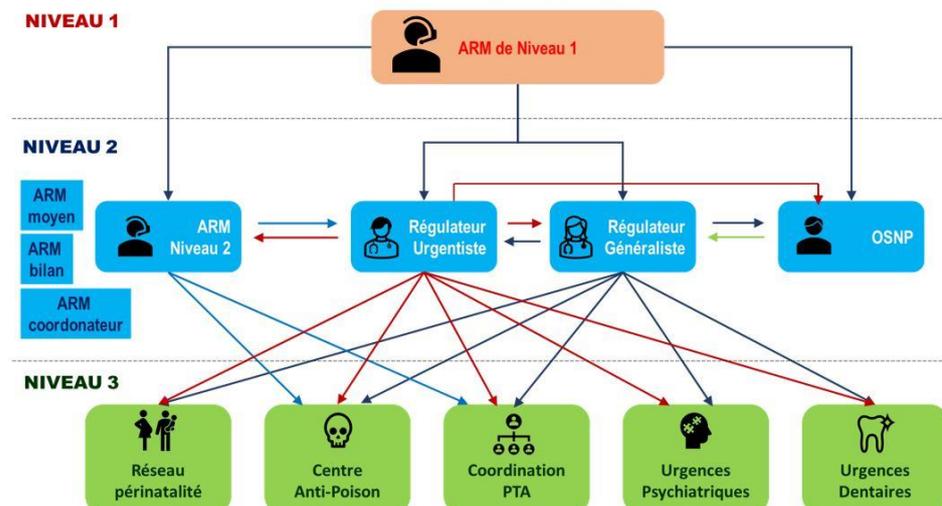
a. Présentation de la plateforme téléphonique du SAS 86

Pour pouvoir expérimenter le SAS, la plateforme de régulation du CHU de Poitiers s'est réorganisée. Depuis le 1^{er} mars 2021, elle regroupe au sein d'un même local ARM, médecins régulateurs urgentistes et libéraux, OSNP et coordinateur de la PTA.

SAS 86 : le parcours de l'appel : une nouvelle approche

ARM_N1_1	ARM_N1_2	ARM_N1_3	ARM_N1_4	SA_ARM_N2	ARM_N2_1	ARM_N2_2	ARM_N2_3	ARM_Moyen_1	ARM_Moyen_2	ARM_Coord	SA_Dentiste	Dentiste
SA_MRU	MRU_1	MRU_2	MRU_3	MRU_4	SA_OSNP	OSNP_1	OSNP_2	SA_MRG	MRG_1	MRG_2	MRG_3	MRG_4
PTA_1	PTA_2	SA_PTA	ARM_CRISE_1	ARM_CRISE_2	ARM_CRISE_3	MRU_CRISE_1	MRU_CRISE_2	MRU_CRISE_3	SA_Psy	Psy_1	Psy_2	DISSUASION

Schéma du parcours de l'appel selon différents niveaux



Crédits : Dr Henri Delelis-Fanien

- **Les ARM**

Tous les appels au 15 sont réceptionnés par un **ARM de niveau 1** qui qualifie le problème, identifie l'urgence, envoie si besoin en « procédure réflexe » les moyens engagés, puis transfère l'appel vers le niveau 2 selon la gravité. L'**ARM de niveau 2** a les mêmes missions que l'ARM de niveau 1 mais intervient également en aval du médecin régulateur pour des missions bien spécifiques : prise de bilan, gestion des moyens de secours ou ambulances, logistique, etc.

Avec le lancement du projet pilote, deux nouveaux postes d'ARM ont été créés. La journée en semaine, il y a donc 5 ARM présents (dont 1 ARM coordonnateur).

En novembre 2021, le taux de décroché dans les 30 secondes est de 94,5%.

- **Les médecins régulateurs**

Depuis la crise sanitaire de la COVID-19, il y a 2 **MRU** et 1 **MRL** présents 7j/7 24h/24 au sein du CRRA. Les MRU reçoivent et régulent les appels relevant de l'AMU en coordination avec les ARM, tandis que le MRL traite les appels relatifs aux SNP. Les MRU et MRL travaillent en coopération avec les différents acteurs de la plateforme du SAS 86, mais aussi avec les filières affiliées et les effecteurs de soins.

- **L'OSNP**

Présent 7j/7 de 8h à 20h, l'**OSNP** assure la coordination des appels relevant des SNP. Il fait le lien entre les ARM, les médecins régulateurs et les effecteurs de SNP.

En amont de la régulation par le médecin, il reçoit les appels de l'ARM de niveau 1 et complète le DRM, puis il transfère l'appel au médecin.

En aval, il assure les missions principales suivantes :

- Recherche d'un créneau de consultation de médecine générale dans les 24-48h en contactant le secrétariat du médecin traitant ou, à défaut, les cabinets médicaux et MSP à proximité du patient ;
- Inscription du patient au CMSI 86 ;

- Suivi des patients (prise de nouvelles, rappel des consignes, suivi des conseils médicaux donnés la nuit).

- **Le DAC-PTA**

La **PTA** représente la filière médico-sociale du SAS 86. Présente du lundi au vendredi de 9h à 17h, elle agit en coopération avec les autres acteurs du SAS dans la prise en charge et le suivi des patients en situation de fragilité ou de complexité (isolement, troubles cognitifs, troubles de la santé mentale, handicap, fin de vie, chute au domicile), mais aussi dans le cadre de la coordination liée à la COVID-19.

Sur prescription du médecin régulateur, elle contacte les patients et assure un accompagnement global en lien avec le médecin traitant.

- **Les filières affiliées**

Concernant la gestion de l'urgence et des transports sanitaires, le SAS travaille en réseau avec le **SDIS 86** et l'**ATSU 86**.

Pour la gestion des intoxications, le SAS contacte le **CAP de Bordeaux (33)**.

Concernant la prise en charge des troubles mentaux, un **IDE de l'UAMP** est joignable de 14h à minuit pour assister le médecin régulateur dans l'évaluation du risque suicidaire des patients dépressifs et leur orientation vers le psychiatre de garde.

Pour les urgences dentaires, un **dentiste de garde** est disponible en journée le dimanche et les jours fériés. En juillet et août 2021, il y avait aussi une garde en semaine.

- **Les effecteurs de soins**

Les **médecins urgentistes** sont les principaux effecteurs des soins relevant de l'AMU. Ils reçoivent les patients dans les services d'urgence ou se rendent auprès du malade via les SMUR.

Les **médecins spécialistes** accueillent également les urgences, par exemple en cardiologie, gynécologie-obstétrique ou pédiatrie.

Dans la Vienne, certains médecins généralistes volontaires peuvent être sollicités par le 15 pour se rendre au domicile d'un patient relevant de l'AMU en attendant l'arrivée d'un SMUR. Il s'agit des **médecins correspondants SAMU**.

Les effecteurs de SNP sont représentés par les **médecins généralistes libéraux**. Ils peuvent exercer en cabinet ou dans une MSP. La prise en charge des SNP fait partie des missions des MSP.(35)

En période de PDSA, des **médecins généralistes de garde** sont disponibles jusqu'à minuit pour répondre aux demandes de SNP régulées par le 15.

Le 1^{er} mars 2021, le **CMSI 86** ouvre ses portes. Situé à Poitiers, il s'agit d'un centre libéral en collaboration avec le CHU de Poitiers qui accueille les SNP du lundi au vendredi de 8h à 20h et de 9h à 19h les samedi, dimanche et jours fériés.(36) Le projet a été porté par 2 médecins urgentistes (Dr Jean-Yves Lardeur et Dr Gregorie Romero) et 2 IDE (Vanessa Jamain et Sébastien Tanchoux).

Le CMSI 86 reçoit sans rendez-vous les patients de tout le département relevant des SNP qui nécessitent un plateau technique (suture, plâtre, radiographie, biologie, etc.) ou qui ne peuvent être reçus par leur médecin traitant. Le SAS 86 peut y inscrire des appelants via l'OSNP.

Au sein du centre, il y a 1 ou 2 médecins présents et 1 IDE pour prendre en charge les patients (environ une centaine par jour). Dans le cadre de la collaboration avec le CHU de Poitiers, les radiographies réalisées sur place dans les cas de traumatologie simple sont interprétées par les radiologues du CHU. De même, les bilans sanguins prélevés sont transmis par navettes au CHU pour analyse.

b. La plateforme numérique du SAS

En décembre 2021, la plateforme numérique du SAS est encore en cours de construction.

A terme, elle permettra aux patients d'être informés de l'offre de soins de leur territoire et à l'OSNP de prendre directement rendez-vous sur des créneaux ouverts sur la base du volontariat par les effecteurs de SNP via une interopérabilité des agendas de prise de rendez-vous avec la plateforme numérique du SAS.

c. Financement

Dans l'hypothèse d'une généralisation du SAS, un financement pérenne des médecins régulateurs et des effecteurs participant au SAS devrait être mis en place sur la base de l'avenant 9.

4. Objectifs de l'étude

a. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de montrer le rôle du médecin généraliste dans la régulation des appels au SAS, en dehors de la PDSA, et les moyens à sa disposition pour répondre aux besoins des patients ne relevant pas de l'AMU, en coordination avec les autres acteurs du SAS.

b. Objectifs secondaires

L'un des objectifs secondaires est de montrer la prédominance du conseil médical simple parmi les décisions du MRL, ce qui permet d'éviter ou de différer une consultation auprès d'un effecteur de soins.

Un autre objectif est de montrer la complémentarité de l'activité des MRU et des MRL qui se partagent les appels relevant de l'AMU pour les uns et des SNP pour les autres.

Enfin, un dernier objectif est d'analyser l'activité de l'OSNP, de la PTA et de l'UAMP dans le cadre du SAS 86.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective sur les décisions médicales prises par les médecins régulateurs au sein du SAS 86, hors période de PDSA.

1. Recueil des données

Les données ont été recueillies au sein du CRRA du CHU de Poitiers en décembre 2021. Elles ont été extraites du logiciel de régulation médicale Centaure via le logiciel d'analyse statistique SAP et transférées sur un tableur Excel.

2. Critères d'inclusion

Toutes les décisions médicales prises par les MRL du lundi au vendredi de 8h à 20h sur la période du 1^{er} mars 2021 au 30 novembre 2021 inclus ont été recueillies. A noter que l'horaire retenue pour l'inclusion dans l'étude est celle de la création du DRM et non l'heure à laquelle est prise la décision médicale.

Pour répondre à l'un des objectifs secondaires, les décisions médicales prises par les MRU ont été recueillies selon les mêmes critères.

3. Critères d'exclusion

Tous les appels au CRRA n'ont pas été inclus dans l'étude. Seuls ont été recueillis les appels ayant abouti à la création d'un DRM avec prise de décision médicale par un médecin régulateur. Ainsi, les appels perdus ou ceux pour renseignement administratif ne sont pas inclus dans l'étude.

Les jours fériés en semaine ont été exclus (lundi 5 avril, jeudi 13 mai, lundi 24 mai, mercredi 14 juillet, lundi 1^{er} novembre, jeudi 11 novembre). Le vendredi 14 mai et le vendredi 12 novembre ont également été exclus car des médecins de garde étaient présents en journée dans le cadre de la PDSA.

Les samedis matin (de 8h à 12h), initialement inclus dans l'étude car ne s'inscrivant pas dans la période de PDSA, ont finalement été exclus du fait de la disproportion de la décision médicale « Cs PDSA » par rapport aux jours en semaine.

Plusieurs décisions médicales peuvent être associées à un seul DRM et sont indifféremment incluses dans l'étude, à l'exception des doublons. Par exemple, pour un seul DRM avec deux décisions « Conseil médical » et une décision « VSAV », il sera retenu une seule décision « Conseil médical » et une décision « VSAV ».

Enfin, les décisions médicales « VL pompiers » et « Moyens plan blanc » retrouvées dans les données recueillies ont été exclues du fait de leur absence de pertinence pour l'étude et de leur discordance avec le reste des données.

4. Critères étudiés : Décisions médicales

Décisions médicales	Détails
<i>Conseil médical</i>	Délivrance d'un conseil médical simple sans envoi de moyens ni de sollicitation d'un effecteur de soins.
<i>Conseil d'aller voir son MT</i>	Conseil au patient d'aller voir son médecin traitant sans urgence (>48h).
<i>Conseil d'aller aux urgences</i>	Conseil de se rendre dans un service d'urgences.
<i>Cs SNP de jour</i>	Recherche d'un créneau de SNP dans les 24-48h auprès des cabinets de médecine générale.
<i>Orientation CMSI 86</i>	Inscription du patient au CMSI 86.
<i>Suivi OSNP</i>	Déclenchement d'un suivi téléphonique par l'OSNP.
<i>Cs PDSA</i>	Orientation du patient vers le médecin de garde.

<i>Suivi PTA</i>	Dossier confié à la PTA.
<i>UAMP</i>	Sollicitation de l'IDE de l'UAMP.
<i>CAP 33</i>	Sollicitation du CAP de Bordeaux.
<i>Dentiste</i>	Orientation vers le dentiste de garde.
<i>Ambulance privée (ATSU)</i>	Envoi d'une ambulance privée via l'ATSU.
<i>VSAV</i>	Envoi d'un VSAV.
<i>SMUR</i>	Envoi d'un SMUR.
<i>Sapeurs-pompiers (CODIS)</i>	Sollicitation du CODIS.
<i>Gendarmerie</i>	Sollicitation de la gendarmerie.
<i>Dépistage COVID drive ; Interne de garde ; Médecin correspondant SAMU ; Ambulance CHU ; Infirmier HAD</i>	

5. Statistiques

Au total, sur les 189 jours analysés, 28 414 décisions médicales prises par les MRL et les MRU ont été incluses dans l'étude, représentées par 21 décisions « types » et réparties sur 9 mois.

Les pourcentages, moyennes et médianes ont été calculés via Excel. Les intervalles de confiance ont été calculés via un logiciel en ligne.

Résultats

1. Décisions médicales prises par les MRL

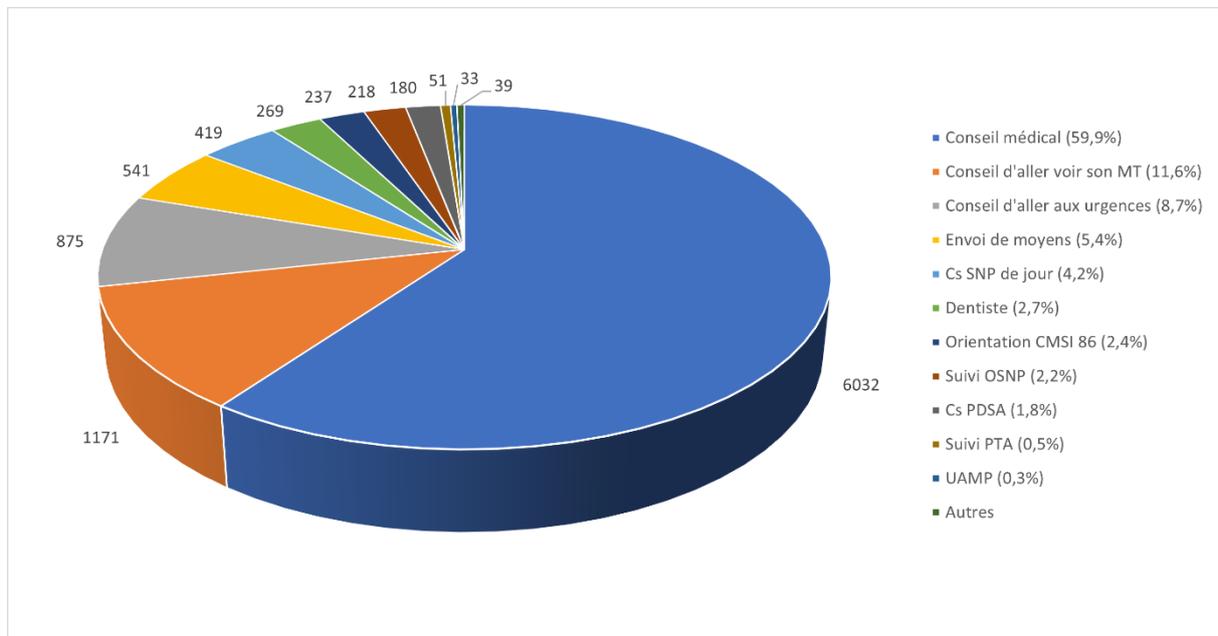


Figure 1 - Décisions médicales prises par les MRL du 1^{er} mars au 30 novembre 2021 (hors PDSA)

Sur l'ensemble de la période étudiée, 10 065 décisions médicales prises par les MRL ont pu être analysées.

Sur ces 10 065 décisions, 6032 correspondent à la délivrance d'un conseil médical simple (59,9%), 1171 au conseil d'aller voir son médecin traitant (11,6%) et 875 au conseil de se rendre aux urgences (8,7%).

L'envoi d'un véhicule est décidé dans 5,4% des cas (n=541). Il s'agit d'une ambulance privée dans 4,2% des cas (n=422), d'un VSAV dans 1% des cas (n=103) et d'un SMUR dans 0,2% des cas (n=16).

Une consultation de SNP avec un médecin généraliste en journée est demandée dans 4,2% des cas (n=419).

L'orientation vers le dentiste de garde représente 2,7% des décisions (n=269).

Une orientation vers le CMSI 86 est décidée dans 2,4% des cas (n=237).

Un suivi par l'OSNP est demandé dans 2,2% des cas (n=218).

Les orientations vers le médecin de garde (« Cs PDSA ») correspondent à 1,8% des décisions prises (n=180).

Une prise en charge par la PTA est demandée dans 0,5% des cas (n=51) et le recours à l'IDE de l'UAMP dans 0,3% des cas (n=33).

a. L'activité des MRL selon les mois

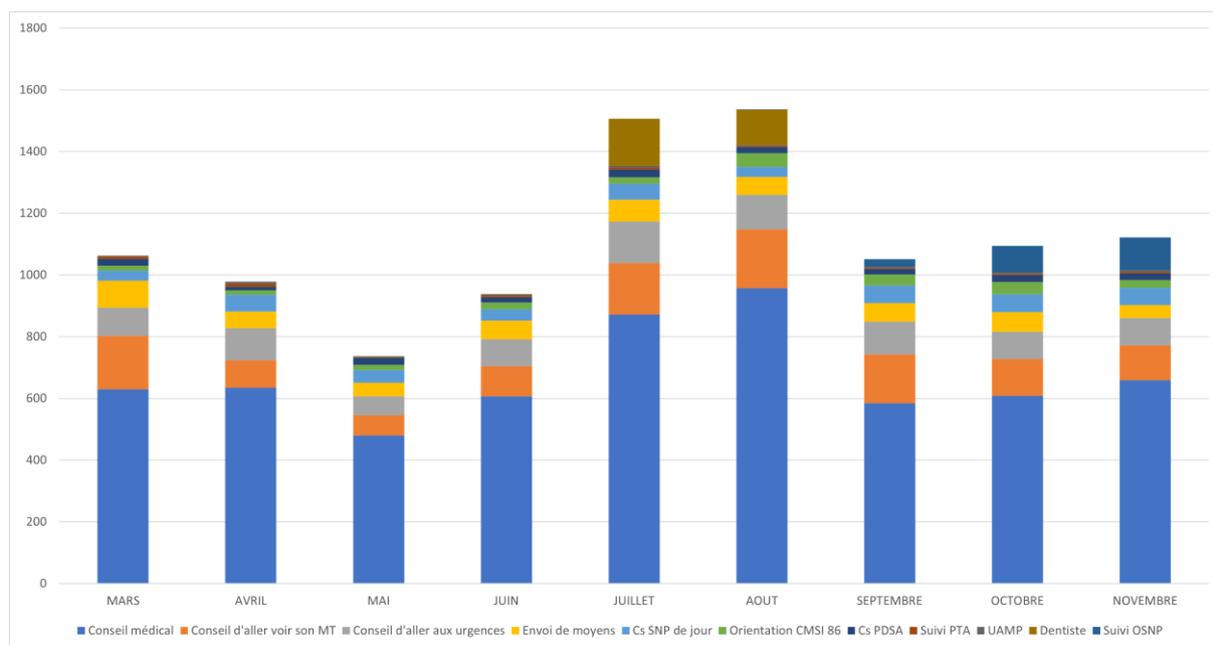


Figure 2 - Décisions médicales prises par les MRL (mois par mois)

En moyenne, les données ont été extraites sur 21 jours par mois. En mai, il y a eu moins de jours de recueil (n=18) car il y avait plus de jours fériés.

En juillet et août, du fait de la présence d'un dentiste de garde disponible la journée en semaine, on retrouve respectivement 151 et 115 décisions « Dentiste », soit 98,9% de l'ensemble des décisions « Dentiste ».

En août, la décision médicale « Suivi OSNP » est créée. On en comptabilise 1 en août, 24 en septembre, 86 en octobre et 107 en novembre.

b. Le conseil médical

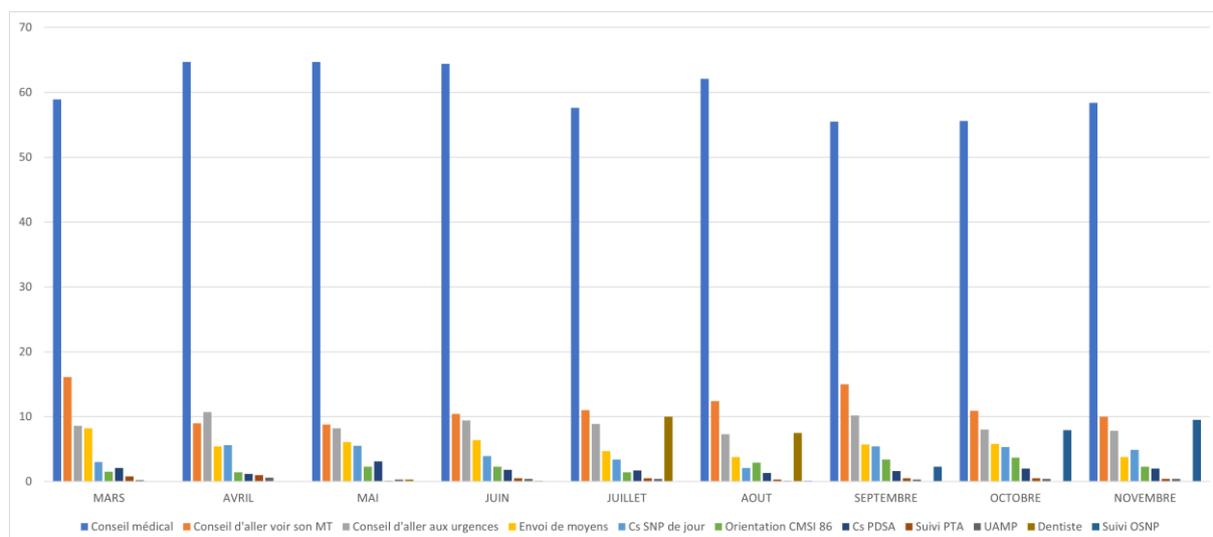


Figure 3 – Répartition des décisions médicales prises par les MRL selon les mois (en %)

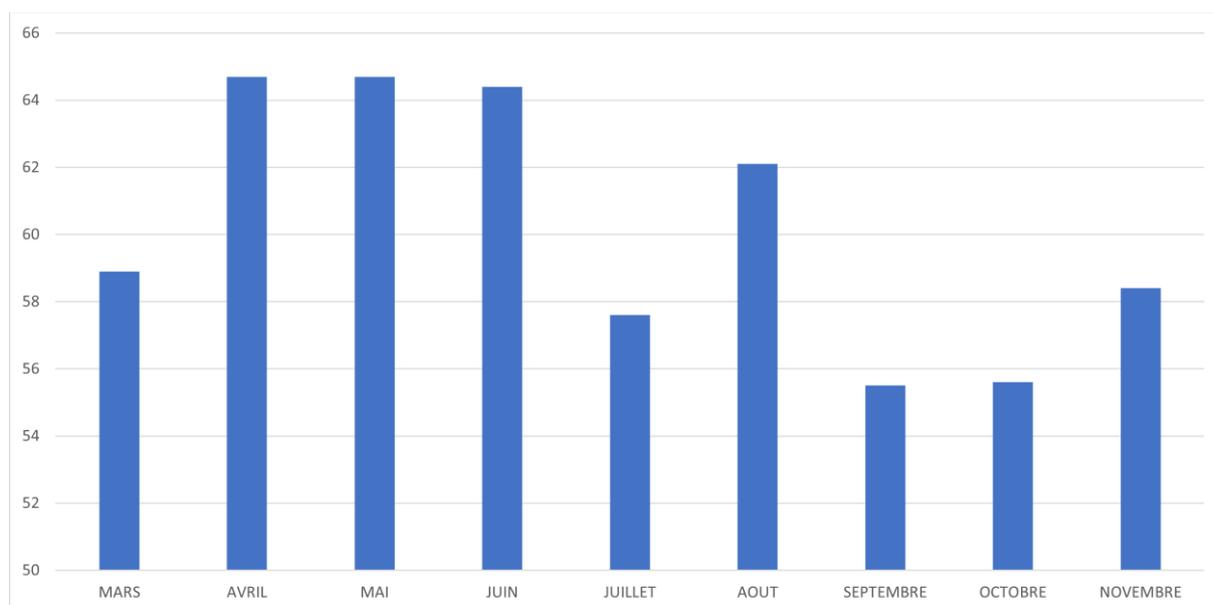


Figure 4 - Taux de conseils médicaux simples délivrés par les MRL (en %)

Sur l'ensemble des décisions médicales prises par les MRL en avril (n=981), on note un taux de conseils médicaux de 64,7% (n=635) (IC95% [61,7 ; 67,7]). En octobre (n=1095), le taux est de 55,6% (n=609) (IC95% [52,7 ; 58,6]).

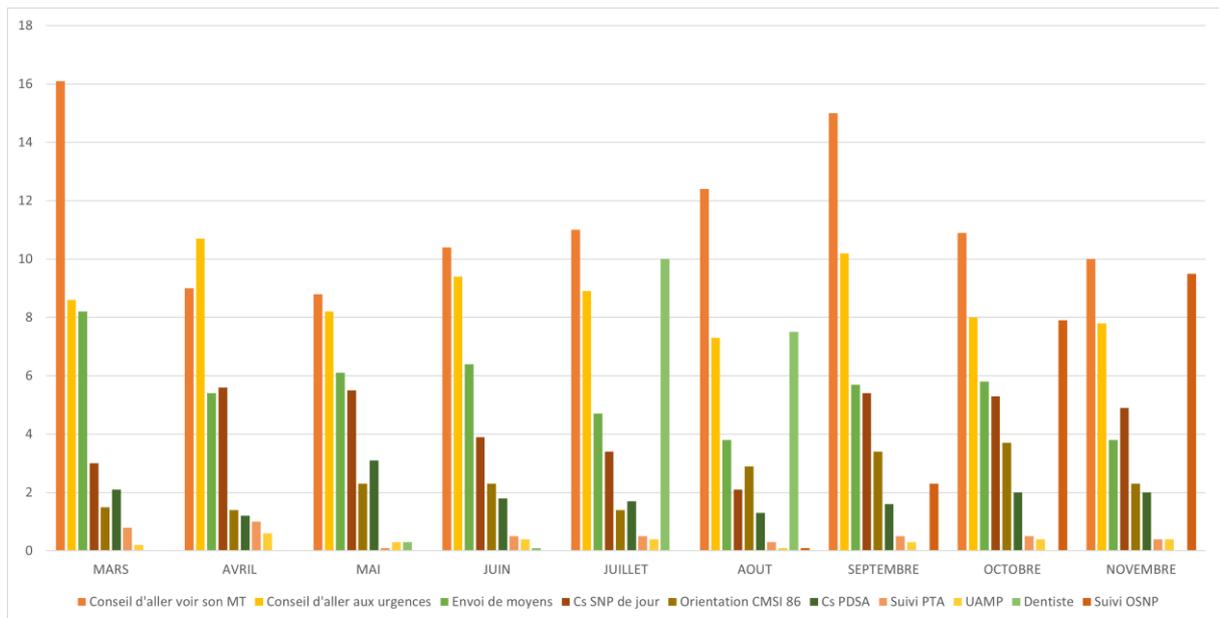


Figure 5 – Répartition des autres décisions médicales prises par les MRL (en %)

En avril, on relève un taux d'orientation vers le CMSI 86 de 1,4% (n=14) (IC95% [0,7 ; 2,2]) et, en octobre, un taux de 3,7% (n=40) (IC95% [2,5 ; 4,8]).

En avril, la décision « Suivi OSNP » n'existe pas. En septembre (n=1053), le taux de suivi par l'OSNP est de 2,3% (n=24) (IC95% [1,4 ; 3,2]). En octobre, il est de 7,9% (n=86) (IC95% [6,3 ; 9,5]). En novembre (n=1128), il est de 9,5% (n=107) (IC95% [7,8 ; 11,2]).

2. Comparaison de l'activité des MRL et des MRU

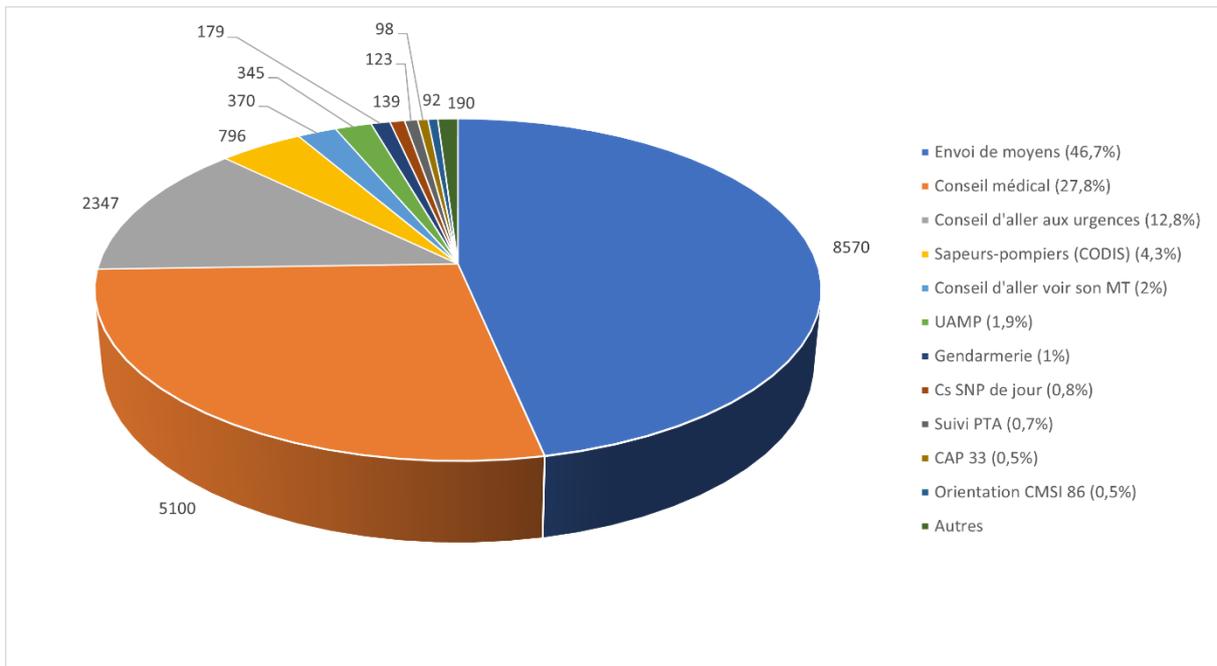


Figure 6 - Décisions médicales prises par les MRU du 1^{er} mars au 30 novembre 2021 (hors PDSA)

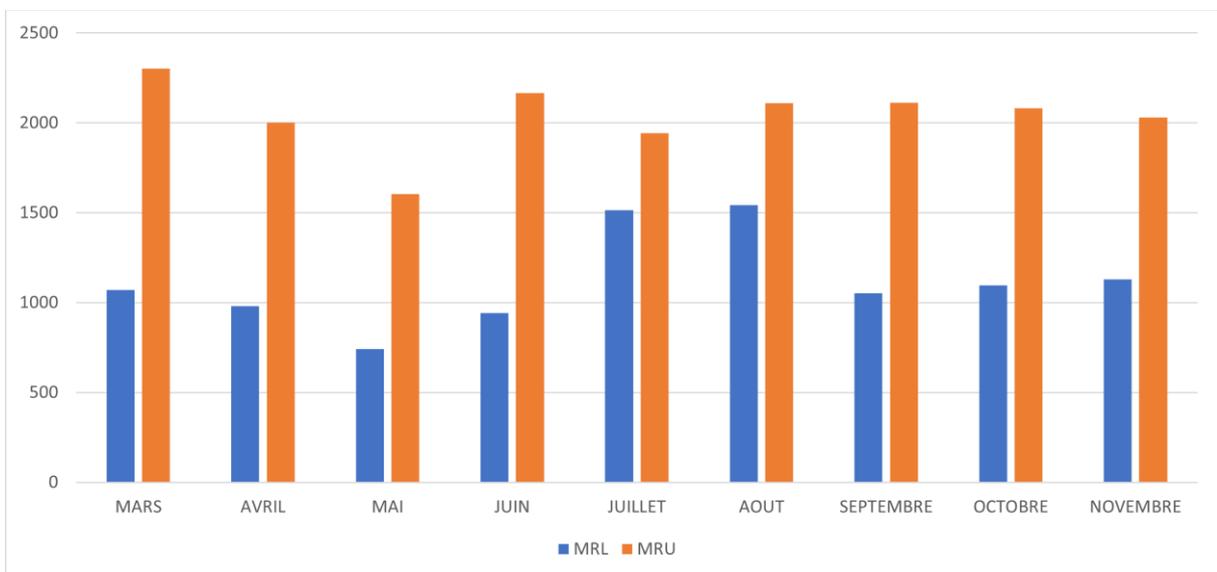


Figure 7 - Décisions médicales prises par les MRL et les MRU

De mars à novembre, on comptabilise 10 065 décisions médicales pour les MRL et 18 349 pour les MRU, soit un rapport MRU/MRL de 1,82 environ.

En excluant les mois de juillet et août, ce rapport est de 2,05.

En juillet et août, ce rapport est de 1,28 et 1,37 respectivement.

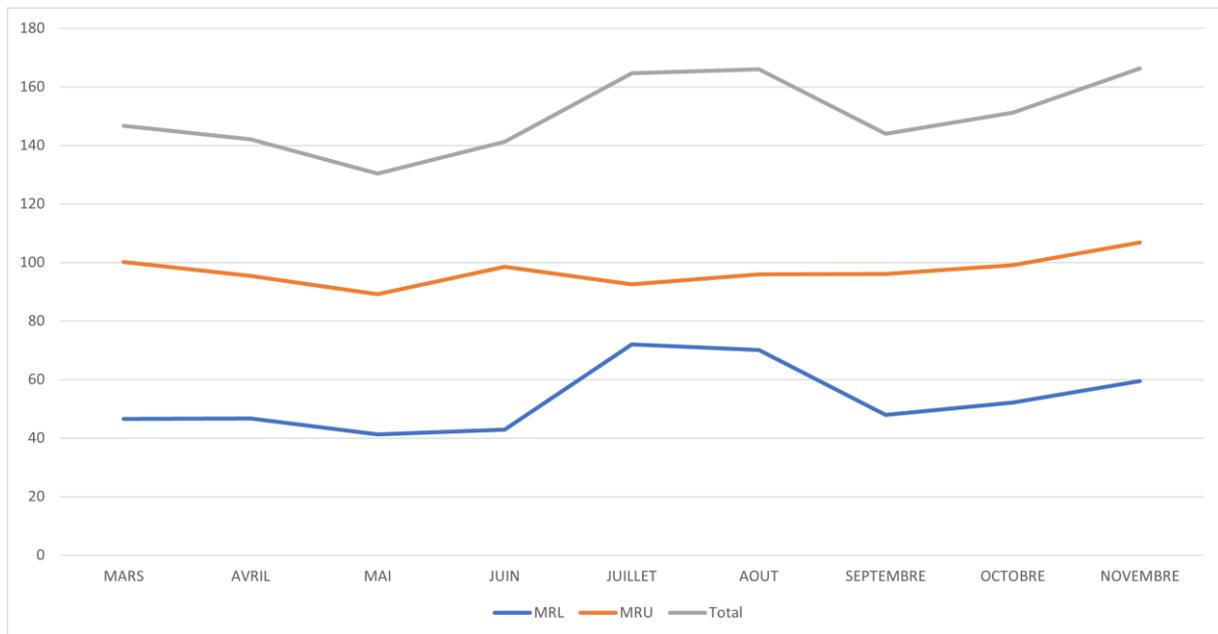


Figure 8 – Estimation du nombre de décisions quotidiennes prises par les MRL et MRU

Ce graphique représente une estimation du nombre de décisions médicales sur une journée de 12h après ajustement du nombre de décisions médicales pour chaque mois en fonction du nombre de jours de recueil.

En moyenne, le MRL prend 53,2 décisions médicales par jour avec une médiane à 47,9. Quant aux 2 MRU présents en journée, ils se partagent en moyenne 97 décisions médicales par jour avec une médiane à 96.

Concernant l'activité des MRL, on constate un pic d'activité en juillet et août. Dans le détail, on comptabilise en moyenne :

- En juin, 42,8 décisions médicales par jour (IC95% [30 ; 55,6]) ;
- En juillet, 72 décisions médicales par jour (IC95% [55,5 ; 88,5]) ;
- En août, 70,1 décisions médicales par jour (IC95% [53,8 ; 86,4]) ;
- En septembre, 47,9 décisions médicales par jour (IC95% [34,4 ; 61,4]).

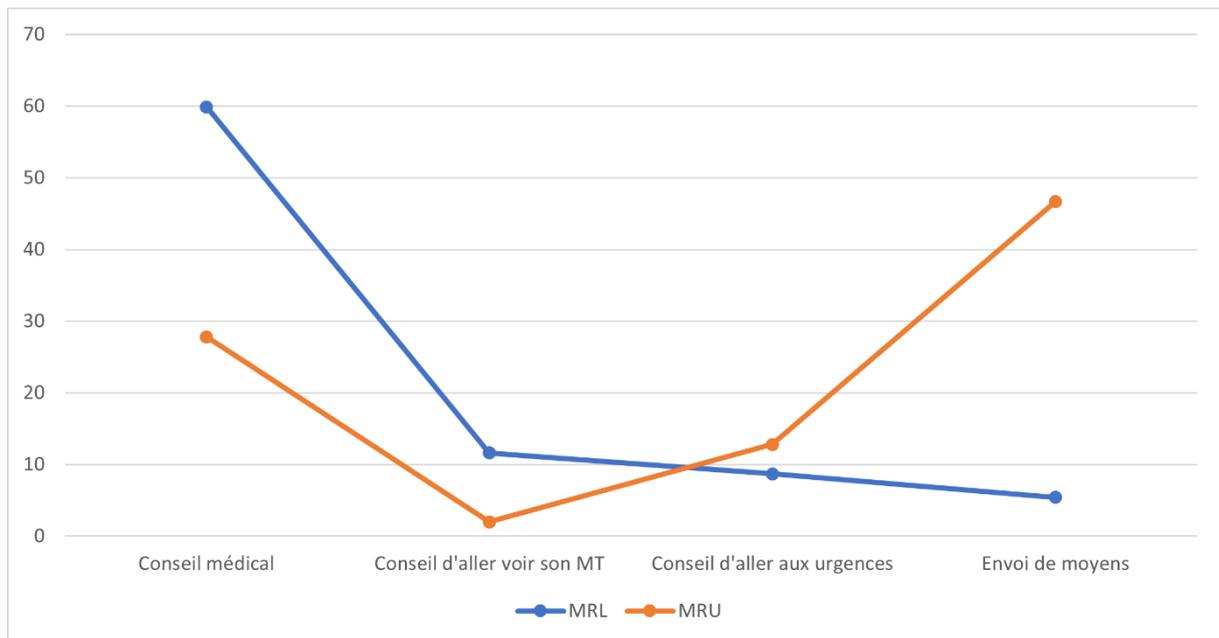


Figure 9 - Comparatif de l'activité des MRL et des MRU (en %)

Le conseil médical simple représente 59,9% des décisions des MRL (IC95% [59 ; 60,9]) et 27,8% des décisions des MRU (IC95% [27,1 ; 28,4]).

Le conseil d'aller voir son médecin traitant représente 11,6% des décisions des MRL (IC95% [11 ; 12,3]) et 2% des décisions des MRU (IC95% [1,8 ; 2,2]).

Inversement, le conseil d'aller aux urgences représente 12,8% des décisions des MRU (IC95% [12,3 ; 13,3]) et 8,7% des décisions des MRL (IC95% [8,1 ; 9,2]).

L'envoi de moyens représente 46,7% des décisions des MRU (IC95% [46 ; 47,4]) et 5,4% des décisions des MRL (IC95% [4,9 ; 5,8]).

3. Coopération avec les autres acteurs du SAS

a. L'OSNP

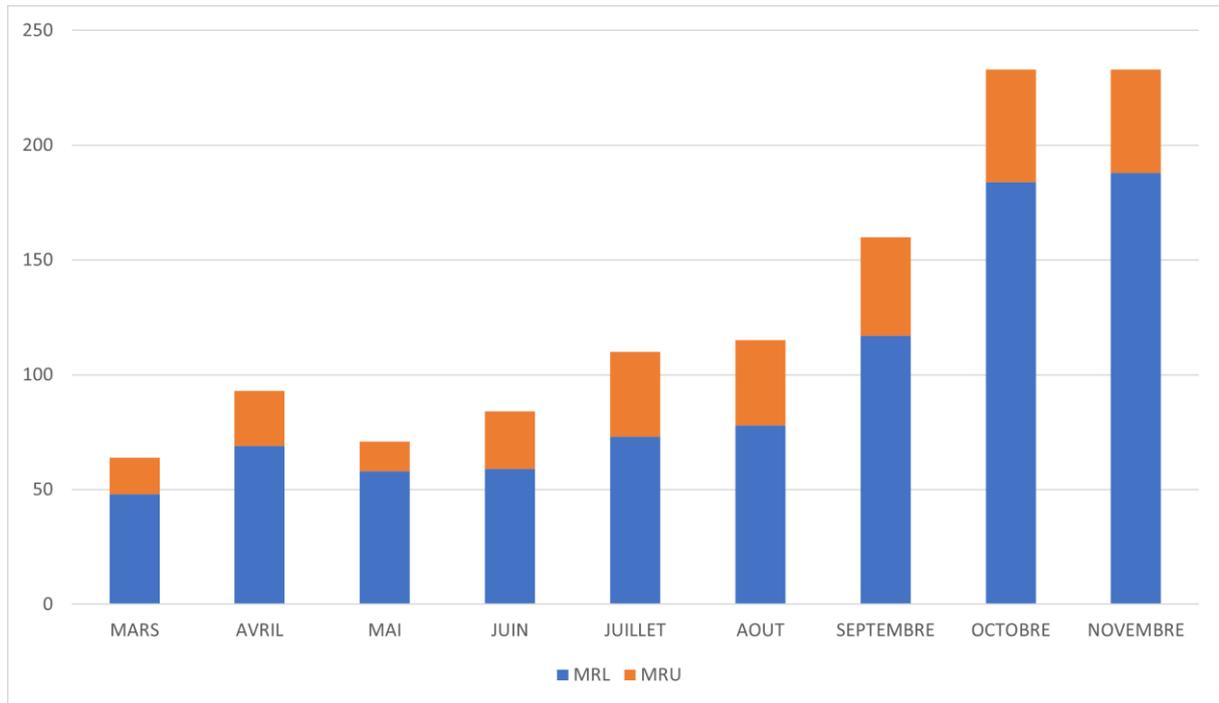


Figure 10 - Sollicitations de l'OSNP par les MRL et MRU

Sur la période étudiée, l'OSNP a été sollicité 1163 fois pour diverses missions. Il est environ 3 fois plus sollicité par les MRL (n=874) que par les MRU (n=289).

En novembre (n=233), son activité est environ 3,64 fois plus importante par rapport au mois de mars (n=64).

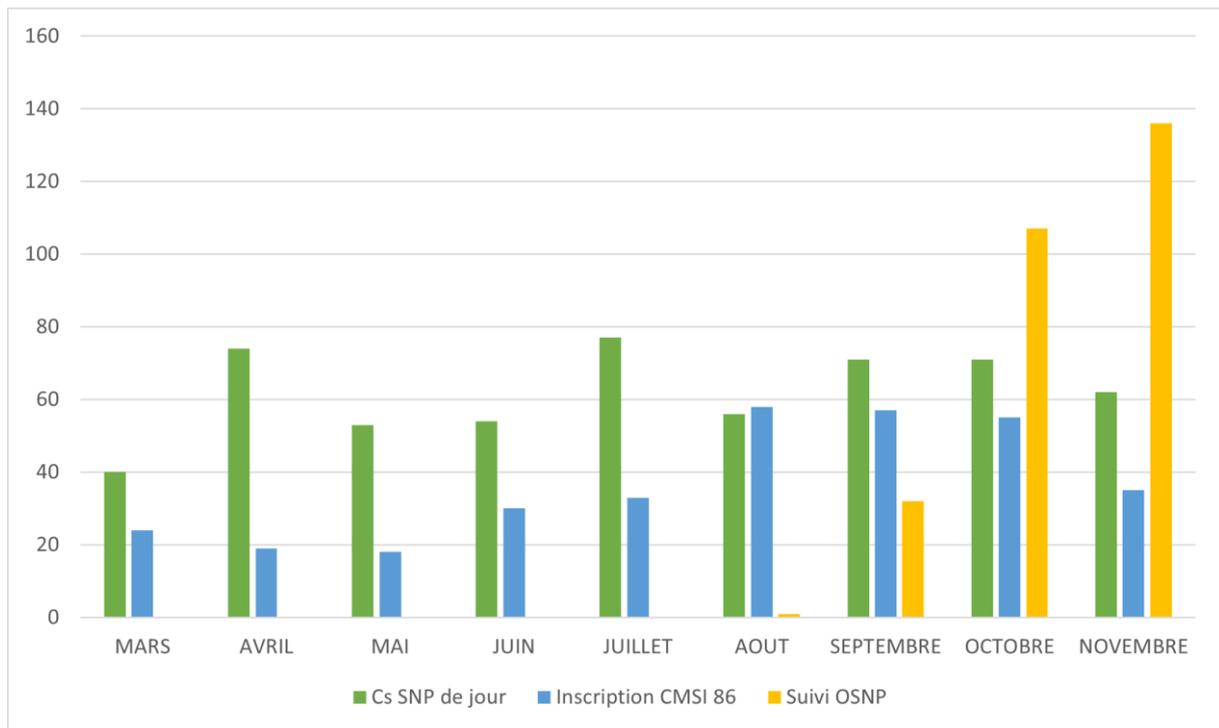


Figure 11 - Missions de l'OSNP

De mars à novembre, on comptabilise 558 sollicitations de l'OSNP pour la prise d'un rendez-vous de consultation de SNP auprès d'un médecin généraliste. Cela correspond à une moyenne et une médiane de 62 par mois. Avec une moyenne de 21 jours de recueil par mois, on peut estimer ce chiffre à 3 par jour environ.

De mars à novembre, on comptabilise 329 inscriptions au CMSI 86, soit une moyenne de 36,6 par mois et une médiane de 33.

Depuis sa création en août, on comptabilise 276 « Suivi OSNP ». En novembre, on en comptabilise 136 soit 4,25 fois plus qu'en septembre (n=32).

b. La PTA

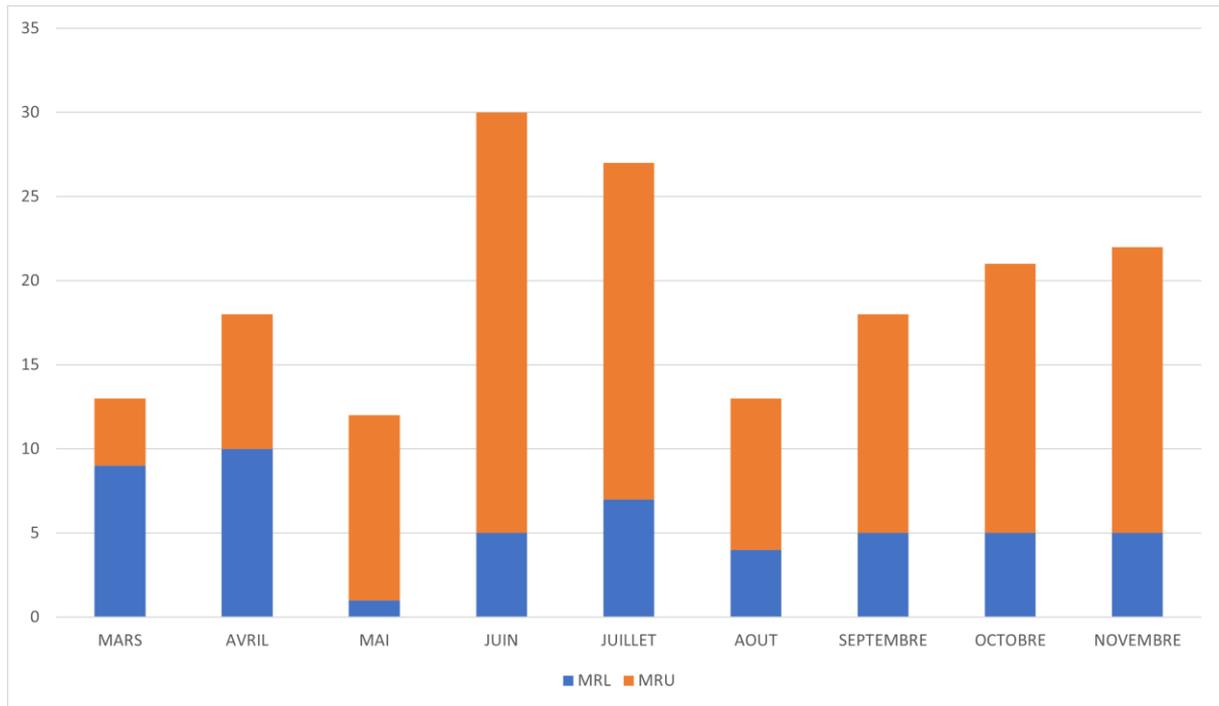


Figure 12 – Demandes de « Suivi PTA »

Sur la période étudiée, la PTA a été sollicitée 174 fois pour diverses missions (situations complexes, suivi après chute), non détaillées dans les données étudiées.

Sur ces 174 sollicitations, 123 ont été demandées par les MRU et 51 par les MRL. Cela correspond à une moyenne de 19,3 prises en charge par mois avec une médiane de 18.

c. L'UAMP

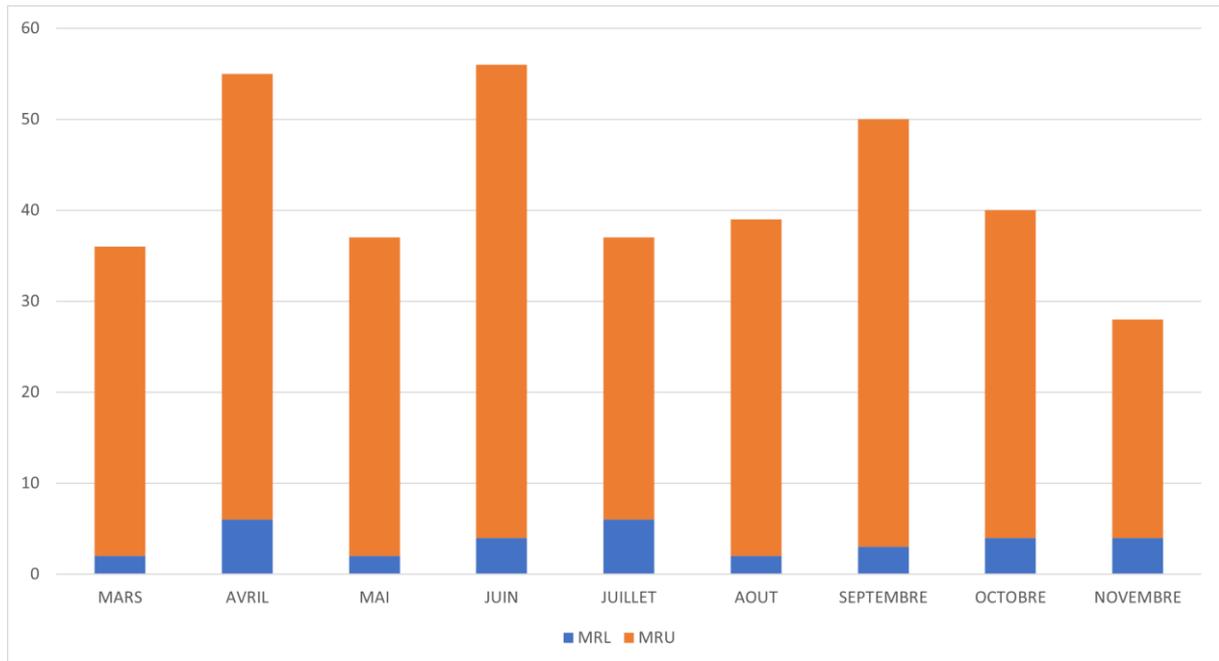


Figure 13 - Recours à l'UAMP

Sur la période étudiée, un recours à l'UAMP a été demandé 378 fois, majoritairement par les MRU (n=345). Cela correspond à une moyenne de 42 demandes par mois avec une médiane de 39.

Discussion

1. Interprétation des résultats

a. Le rôle du MRL au sein du SAS

Depuis que le SAS a été présenté pour la première fois en 2019 dans le « Pacte de refondation des urgences », le SAMU 86 n'a cessé de se réinventer. Des projets ont commencé à émerger entre des médecins régulateurs hospitaliers et des médecins libéraux. Puis, les choses se sont accélérées lors de la crise sanitaire de la COVID-19 avec l'arrivée des médecins généralistes à la régulation 24h/24 et de la PTA.

Le lancement du SAS 86 le 1^{er} mars 2021 a permis un encadrement des changements déjà mis en place, mais aussi d'accueillir de nouveaux acteurs au sein du SAS via la création du poste d'OSNP ou encore l'ouverture de deux nouveaux postes d'ARM.

Les MRU et MRL se partagent l'activité de régulation médicale au sein du SAS. Ils réceptionnent les appels transmis par les ARM, relatifs à l'AMU pour les MRU et aux SNP pour les MRL.

Ainsi, le MRL se retrouve au centre de la gestion des appels relevant des SNP et dispose de nouvelles ressources pour y répondre de la manière la mieux adaptée.

L'OSNP est le principal acteur du SAS sollicité par le MRL. En effet, sur la période étudiée, il est impliqué dans 8,8% des décisions médicales prises par le MRL. Dans 4,2% des cas, il s'agit d'une demande pour trouver au patient une consultation de médecine générale dans les 24-48h ; dans 2,4% des cas, une inscription au CMSI 86 ; et dans 2,2% des cas, un « Suivi OSNP ».

Cette dernière décision n'ayant été créée qu'en août 2021, on peut ajuster les chiffres précédents en ne se basant que sur les données du mois de novembre. Ainsi, on retrouve, ce mois-ci, 17,3% de sollicitations de l'OSNP par le MRL, dont 9,5% de demandes de « Suivi OSNP ».

Concernant la coopération avec les autres acteurs au sein du SAS, le MRL demande un suivi par la PTA dans 0,5% des cas pour la gestion des situations médico-sociales et a recours à l'ARM de moyens dans 5,4% des cas pour l'envoi d'un véhicule.

Le MRL communique également avec les filières affiliées au SAS, notamment l'UAMP dans 0,3% des cas pour les situations relevant du champ de la psychiatrie. On note aussi 11 appels au CAP 33 sur l'ensemble de la période étudiée (0,1%). Le MRL a également accès aux numéros directs des différents services d'urgence hospitaliers pour les informer de l'arrivée des patients.

Enfin, le MRL communique avec le médecin généraliste de garde dans le cadre de la PDSA et peut orienter les patients vers le dentiste de garde.

En comparaison avec les études antérieures réalisées sur les décisions médicales prises par les MRL dans le cadre de la PDSA (11) (12) (17), on constate que l'activité du MRL au sein du SAS est bien plus riche, du fait de la coordination avec tous les acteurs directs et indirects du SAS.

b. La place du conseil médical

Bien que la coopération entre tous les acteurs du SAS soit essentielle au bon fonctionnement de celui-ci, on ne peut négliger la part de conseils médicaux simples délivrés par les médecins régulateurs.

En effet, ceux-ci représentent 59,9% des décisions médicales prises par les MRL. Il s'agit donc de leur activité principale, ce qui est concordant avec les études antérieures.(11) (12) (17) Cette prédominance est d'autant plus importante qu'il s'agit d'une décision qui n'engage ni moyen ni effecteur de soin. Pour rappel, l'observance des conseils médicaux tous confondus avoisine les 60-90%.(13) (14) (15) (16)

Ainsi, on peut en déduire que la délivrance d'un conseil médical par le médecin régulateur est un acte de soin à part entière qui permet, dans la plupart des cas, d'éviter ou de différer le recours à une consultation.

L'OSNP joue également un rôle non négligeable dans l'observance du conseil médical. En effet, sa mission dans le cadre du « Suivi OSNP » est de s'assurer du respect des conseils délivrés par le médecin régulateur. Depuis septembre 2021, cette nouvelle option, complémentaire du « Conseil médical », représente une part importante des décisions prises par les MRL. En octobre, on constate l'un des taux les plus bas de « Conseil médical » à 55,6%, mais qui est contrebalancé par un taux de « Suivi OSNP » de 7,9%.

Pour conclure ce chapitre, je pense qu'une étude sur le taux d'observance des conseils médicaux dans le cadre d'un suivi par l'OSNP serait intéressante.

c. L'activité complémentaire des MRL et MRU

L'arrivée des médecins généralistes à la régulation en dehors de la PDSA est très récente puisqu'elle remonte au printemps 2020, début de la crise sanitaire de la COVID-19. Depuis cette période, un MRL est présent 24h/24 et se partage la régulation des appels avec les MRU.

L'un des objectifs secondaires de cette thèse est de montrer en quoi l'activité des MRL et celle des MRU sont complémentaires l'une de l'autre au sein du SAS.

Sur la période étudiée, en dehors de juillet et août, on constate qu'il y a 2 fois plus de décisions médicales prises par les MRU par rapport aux MRL. Cependant, les MRU étant au nombre de 2, le rapport s'équilibre. Ainsi, sur une journée en semaine, le MRL prend autant de décisions médicales qu'un MRU.

En juillet et août, on constate une augmentation de l'activité du MRL avec un rapport de 1,5 par rapport aux autres mois étudiés. Ceci pourrait s'expliquer par une diminution de l'accès aux médecins généralistes libéraux, partis en vacances, mais aussi par la présence de vacanciers n'ayant pas de médecin traitant dans le département.

Concernant l'activité des MRU, elle concerne en majorité l'envoi de moyens (46,7%) pour répondre à l'AMU. Les MRU conseillent également davantage aux patients de se rendre aux urgences (12,8%) par rapport aux MRL (8,7%). Ils sollicitent régulièrement les sapeurs-pompiers (4,3%) et la gendarmerie (1%).

Les MRL, quant à eux, conseillent davantage aux patients de consulter leur médecin traitant (11,6%) par rapport aux MRU (2%). Ils programment des consultations de SNP de jour avec l'OSNP dans 4,2% des cas (0,8% pour les MRU) et orientent les patients vers le CMSI 86 dans 2,4% des cas (0,5% pour les MRU).

Ces chiffres montrent bien la complémentarité des MRU et des MRL au sein du SAS, l'un ayant une activité majoritairement axée sur la gestion de l'AMU et l'autre sur la gestion des SNP.

Cette organisation est rendue possible, en amont, par un bon aiguillage des ARM qui réceptionnent et qualifient les appels.

Enfin, on peut noter que la délivrance de conseils médicaux reste le cœur du métier de régulateur puisqu'il s'agit de la seconde décision médicale prise par les MRU (27,8%).

d. Les autres acteurs du SAS et les filières affiliées

L'étude réalisée dans le cadre de cette thèse n'est pas un reflet précis de l'activité réelle des autres acteurs du SAS.

Cependant, on peut tout de même constater que la PTA et l'UAMP sont très sollicitées par les médecins régulateurs. Elles apportent leurs compétences pour répondre aux problématiques de l'appelant relevant de leur domaine respectif.

D'ailleurs, il pourrait être intéressant d'étudier leur activité à temps plein en y détaillant les motifs de recours.

Les autres filières plus anciennes, telles que le CAP 33, ainsi que l'ATSU 86, les sapeurs-pompiers et la gendarmerie sont également régulièrement sollicités, majoritairement par les MRU et ARM, piliers de l'ancien SAMU.

e. Le relais avec les effecteurs de soins

Le SAS, dans son modèle de coordination ville-hôpital, communique aussi bien avec les effecteurs de soins relevant de l'AMU qu'avec ceux relevant des SNP.

Avant la mise en place du SAS, il existait déjà une coordination entre les médecins régulateurs et les médecins généralistes de garde dans le cadre de la PDSA. Avec l'arrivée des MRL 24h/24, il est nécessaire que cette coopération avec la médecine de ville s'étende aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

Mesure clé du « Pacte de refondation des urgences », le SAS a été créé en réponse à la problématique de la saturation des services d'urgence. Pour rappel, 43% des patients accueillis auraient pu être pris en charge par la médecine de ville à condition d'avoir pu trouver un créneau de consultation le jour même ou le lendemain.⁽⁴⁾ Cependant, l'objectif du SAS n'est pas de basculer tous ces patients vers les médecins libéraux qui sont, eux aussi, surchargés.

C'est là qu'intervient le médecin généraliste régulateur afin de faire un tri dans les demandes de soins. Pour rappel, 59,9% des décisions médicales prises par les MRL correspondent à la délivrance d'un conseil médical simple, tandis que le taux de prise de rendez-vous dans un cabinet est de 4,2%, soit environ 3 demandes par jour sur l'ensemble du département.

Pourtant, il n'est pas toujours évident de rajouter des créneaux de consultation sur des plannings déjà bien remplis. Pour essayer de résoudre cette problématique, la coopération entre plusieurs professionnels d'un territoire me paraît nécessaire. C'est le rôle des CPTS.

En février 2022, il y a 233 CPTS en fonctionnement en France, dont 2 dans la Vienne : celle du Territoire de Poitiers et celle du Pays Châtelleraudais.(37)

Enfin, il est important de noter que le CMSI 86 accueille chaque jour une centaine de patients relevant des SNP, dont certains adressés par le SAS.

2. Forces et limites de l'étude

a. Forces de l'étude

La principale force de l'étude est le grand nombre de données recueillies (plus de 10 000 pour les MRL, plus de 18 000 pour les MRU) grâce au logiciel d'analyse statistique SAP.

L'intérêt de la thèse est qu'elle traite d'un sujet d'actualité. Le SAS étant en phase d'expérimentation, il n'y avait aucune thèse sur le sujet lors de ma recherche documentaire. Cependant, les études sur l'activité des MRL au sein des CRRA sont nombreuses et m'ont permis d'enrichir mon travail.

Par son caractère innovant, je souhaite que cette thèse puisse permettre aux médecins généralistes de mieux comprendre le rôle de leur profession dans ce nouveau système. Quant aux étudiants, elle peut leur servir de support de réflexion pour l'élaboration d'une question de thèse.

b. Limites de l'étude

Parmi les biais de cette étude, on peut relever un biais de sélection au niveau du recueil des données. En effet, comme indiqué dans la partie « Méthodes », les décisions médicales recueillies étaient rattachées à des DRM créés entre 8h et 20h du lundi au vendredi. Ce n'est donc pas l'heure de la décision médicale qui est prise en compte mais celle de la création du DRM.

Un autre biais de sélection concerne l'exclusion des décisions médicales en doublons pour un même DRM, ce qui peut conduire à une sous-estimation des résultats réels.

Il est exceptionnellement arrivé qu'un MRL soit absent sur une période de la journée (de 8h à 12h ou de 12h à 20h) sans distinction dans le recueil des données.

L'absence de données concernant la période hivernale constitue également un biais de sélection.

Concernant les autres biais, il existe un biais de mesure lors du codage de la décision médicale par le médecin régulateur. En plus des erreurs d'inattention, l'interprétation des décisions est variable selon les médecins. Par exemple, tel médecin régulateur qui rassure l'appelant et lui conseille de consulter sans urgence son médecin traitant aura choisi la décision « Conseil d'aller voir son MT », tandis qu'un autre lui aura préféré la décision « Conseil médical ».

Enfin, il existe un biais de mesure personnel lors de ma retranscription des données sur le tableur Excel et dans mes analyses statistiques qui n'ont pas été vérifiées par un professionnel.

Ces biais sont responsables d'une marge d'erreur non négligeable dans l'interprétation des résultats. Cependant, le grand nombre de données permet d'en compenser une partie.

3. Conclusion

L'étude réalisée permet de montrer le rôle du médecin généraliste régulateur au sein du SAS 86 et l'importance de la régulation médicale effectuée par ce dernier.

Le MRL, recevant un appel, prend de multiples décisions, parmi lesquelles, faciliter, quand cela est nécessaire, l'accès aux SNP en s'appuyant sur l'OSNP. Dans près de 60% des cas, le MRL prodigue des conseils, évitant ainsi le recours à une consultation.

Le MRL est amené à coopérer avec la PTA dans les situations sociales difficiles. Il sollicite régulièrement l'IDE de psychiatrie lors de l'appel d'un patient dépressif. Lors des situations complexes ou relevant de l'urgence, il coopère avec les MRU et ARM. Il informe également les services d'urgences générales, pédiatriques ou obstétricales lorsqu'un patient leur est adressé, en leur précisant le motif.

Le déploiement inédit de cette activité, offrant une place au médecin généraliste au sein du CRRA, a pu se faire grâce à la création du SAS 86, modèle de coordination entre la ville, l'hôpital et le médico-social.

Le SAS est une réponse parmi d'autres à la problématique de l'accès aux soins. Il n'en est encore qu'à sa phase d'expérimentation et de nombreux travaux restent à faire pour évaluer ses avantages et inconvénients, ainsi que les freins et leviers à sa généralisation sur l'ensemble du territoire national.

La coordination entre les médecins généralistes régulateurs et effecteurs est indispensable pour éviter les dérives de ce nouveau système. Il serait intéressant de connaître les attentes et les craintes de chacun afin de pouvoir communiquer et réfléchir ensemble à des solutions.

Les autres innovations dans la Vienne en matière d'accès aux soins, à savoir l'ouverture du CMSI 86 et le déploiement des CPTS, mériteraient également d'être étudiées.

ANNEXES

Synthèse des données

Décisions médicales	MARS		AVRIL		MAI		JUIN		JUILLET	
	MRL	MRU								
Conseil médical	630	573	635	517	480	366	606	609	872	610
Conseil d'aller voir son MT	172	73	88	36	65	38	98	33	167	33
Conseil d'aller aux urgences	92	285	105	270	61	222	88	276	134	254
Cs SNP de jour	32	8	55	19	41	12	37	17	52	25
Orientation CMSI 86	16	8	14	5	17	1	22	8	21	12
Suivi OSNP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cs PDSA	22	7	12	6	23	2	17	5	25	9
Suivi PTA	9	4	10	8	1	11	5	25	7	20
UAMP	2	34	6	49	2	35	4	52	6	31
CAP 33	1	13	1	13	0	8	2	12	2	10
Dentiste	0	0	0	0	2	0	1	0	151	1
Ambulance privée (ATSU)	66	571	45	511	36	429	46	551	52	470
VSAV	21	424	7	349	8	270	12	345	16	290
SMUR	1	153	1	101	1	109	2	112	3	86
Sapeurs-pompiers (CODIS)	5	111	0	87	2	81	1	90	4	72
Gendarmerie	0	22	1	24	0	14	0	19	1	14
Autres										
Dépistage COVID drive	1	3	0	0	2	0	0	0	0	0
Interne de garde	0	12	1	4	0	5	0	9	0	5
Médecin correspondant SAMU	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
Ambulance CHU	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0
Infirmier HAD	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
TOTAL MRL/MRU	1070	2302	981	2003	742	1603	941	2166	1513	1943
TOTAL	3372		2984		2345		3107		3456	

AOÛT		SEPTEMBRE		OCTOBRE		NOVEMBRE		TOTAL		TOTAL
MRL	MRU	MRL	MRU	MRL	MRU	MRL	MRU	MRL	MRU	MRL + MRU
957	688	584	575	609	556	659	606	6032	5100	11132
191	35	158	31	119	57	113	34	1171	370	1541
112	274	107	253	88	287	88	226	875	2347	3222
32	24	57	14	58	13	55	7	419	139	558
45	13	36	21	40	15	26	9	237	92	329
1	0	24	8	86	21	107	29	218	58	276
20	13	17	8	22	7	22	6	180	63	243
4	9	5	13	5	16	5	17	51	123	174
2	37	3	47	4	36	4	24	33	345	378
3	10	0	18	1	8	1	6	11	98	109
115	0	0	0	0	0	0	0	269	1	270
46	523	44	550	52	536	35	518	422	4659	5081
11	288	13	341	8	323	7	321	103	2951	3054
1	93	3	114	3	92	1	93	16	953	969
2	75	2	88	0	85	4	107	20	796	816
0	18	0	24	0	23	1	21	3	179	182
0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	6
0	8	0	6	0	3	0	3	1	55	56
0	0	0	0	0	2	0	1	1	7	8
0	1	0	1	0	0	0	1	0	7	7
0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	3
1542	2109	1053	2113	1095	2081	1128	2029	TOTAL MRL	TOTAL MRU	TOTAL
3651		3166		3176		3157		10065	18349	28414

Tableau récapitulatif du nombre de jours inclus dans l'étude

Mois de l'année 2021	Nombre de jours (8h-20h)
Mars	23
Avril	21
Mai	18
Juin	22
Juillet	21
Août	22
Septembre	22
Octobre	21
Novembre	19
Total	189

Evolution de l'activité des SAMU et services d'urgence (3)

Tableau 1 : Evolution de l'activité des SAMU-SMUR

	2013	2016	2017	2018	Évolution 2013/2018	Évolution 2016/2018
Nombre d'appels présentés	24 966 277	29 237 298	29 694 169	29	+ 16,4 %	-0,05 %
	13 128 068	15 229 204	15 520 816	075 874	+ 21,9 %	+ 5,1 %
Nombre de dossiers de régulation médicale (DRM)	2 932 427	3 611 484	3 871 353	16	+ 40,3 %	+ 14 %
Dont DRM effectués par des médecins libéraux	735 198	758 373	761 555	4	+ 7,6 %	+ 4,3 %
Sorties SMUR				116 557		
				791 215		

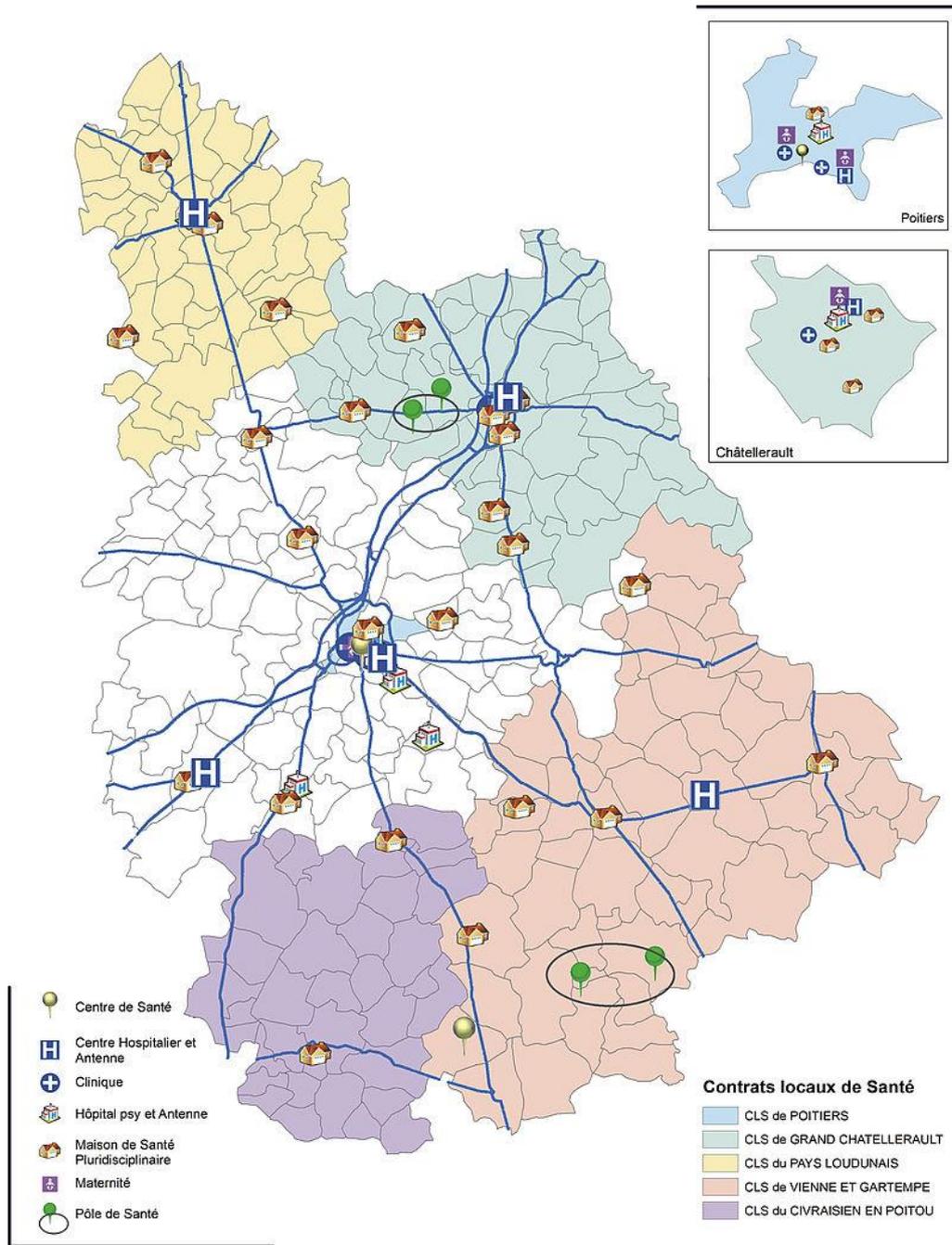
Source : SAE

Tableau 2 : Evolution de l'activité des urgences

	2013	2016	2017	2018	Évolution 2013/2018	Évolution 2016/2018
<u>URGENCES GENERALES</u>						
Nombre total de passages aux urgences dans l'année	16 599 016	18 499 614	18 982 299	19 443 856	+ 17,1 %	+5,1 %
Dont nombre de passages pour des patients de plus de 80 ans	1 647 654	1 895 396	1 955 752	2 020 974	+ 22,6 %	+ 6,6 %
Dont nombre de passages pour des patients de moins de 18 ans	2 696 224	3 107 858	3 281 533	3 341 409	+ 23,9 %	+ 7,5 %
<u>URGENCES PEDIATRIQUES</u>						
Nombre total de passages aux urgences dans l'année	2 356 514	2 444 311	2 490 616	2 430 937	+ 3,15 %	- 0,05 %
Nombre total de passages aux urgences	18 955 530	20 943 925	21 472 915	21 874 793	+15,4 %	+4,4 %

Source : SAE

Offre de soins dans la Vienne (Novembre 2019) (35)



PLAN DE REFONDATION DES URGENCES : LES 12 MESURES CLES

750 M€
sur 2019-22

Mesure 1 Mettre en place dans tous les territoires un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des Français : le service d'accès aux soins (SAS)

CREER EN CABINET, EN MAISON ET CENTRE DE SANTE UNE ALTERNATIVE COMPLETE ET ATTRACTIVE

- Mesure 2** Renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé
- Mesure 3** Donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences
- Mesure 4** Offrir aux professionnels non médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients
- Mesure 5** Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences
- Mesure 6** Intégrer la vidéo à distance dans tous les SAMU

RENFORCER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES D'URGENCE

- Mesure 7** Mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence et en réformant les transports médicalisés
- Mesure 8** Renforcer et reconnaître les compétences des professionnels des urgences
- Mesure 9** Lutter plus efficacement contre les dérives de l'intérim médical
- Mesure 10** Réformer le financement des urgences
- Mesure 11** Renforcer la sécurité des professionnels exerçant aux urgences

FACILITER LA SORTIE DES PATIENTS DES SERVICES D'URGENCE

- Mesure 12** Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées

(4)

BIBLIOGRAPHIE

1. Buzyn A, Vidal F. Ma santé 2022 - Grands axes de transformation. 18 septembre 2018. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/system/files/2019-07/2019-07-10-Masante2022-adoption-PJL.pdf>
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. Discours d'Agnès Buzyn - Pacte de refondation des urgences. 11 octobre 2019. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-pacte-de-refondation-des-urgences>
3. Mesnier T, Carli P. "Pour un pacte de refondation des urgences". Décembre 2019. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/272424.pdf>
4. Buzyn A. Pacte de refondation des urgences. 9 septembre 2019. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
5. Communiqué de presse. Agnès Buzyn salue la mémoire du professeur Louis Lareng, fondateur du SAMU et pionnier de la médecine d'urgence. 4 novembre 2019. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/191104_-_cp-_deces_de_louis_lareng.pdf
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. Samu / Smur. 20 juillet 2018. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/samu-smur>
7. Thibaut M. Evolution de la permanence des soins au Havre : intérêt de la mise en place d'un médecin généraliste en régulation au CRRA du Havre, en journée. 7 novembre 2014. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081154/document>
8. Lecoq H. Régulation de la continuité des soins par les médecins généralistes : A propos de l'expérimentation de la régulation diurne au SAMU centre 15 du Havre depuis novembre 2014. 7 février 2017. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01472900/document>
9. Moreno Maestre ME. Place du médecin généraliste dans la régulation de la permanence de soins en centre de réception et régulation des appels. Exemple du Loiret. 17 octobre 2012. Disponible sur : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2012_Medecine_MorenoMaestreMariaElena.pdf
10. HAS. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Synthèse. Mars 2011. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/regulation_medicale_fiche_de_synthese.pdf
11. Bihoreau A. Evolution des pratiques des médecins libéraux régulateurs dans le Cher au sein de la plate-forme SAMU du centre Hospitalier Jacques Coeur de Bourges dans le cadre de la permanence des soins de 2004 à 2010. 14 décembre 2011. Disponible sur : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2011_Medecine_BihoreauAntoine.pdf
12. Foulquier E. Décisions des médecins régulateurs de la permanence des soins ambulatoires de l'Aveyron. 2017. Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=224900412>

13. Bezon F. Le conseil médical téléphonique délivré pendant la permanence de soins au SAMU - Centre 15 du Puy-de-Dôme : étude de son observance et des facteurs d'amélioration. 2011. Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=151536783>
14. Vigier A. Analyse prospective et rétrospective de l'observance des recommandations téléphoniques faites par les médecins généralistes lors des appels au CRR94 aux horaires de la PDSA et optimisation du parcours de soins des patients. 7 juin 2016. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5095_VIGIER_Anne_these.pdf
15. Lecornet H. Observance des conseils médicaux délivrés par les centres 15 d'Ile de France en période de PDSA de semaine. 2018. Disponible sur : <https://books.google.fr/books?id=L53guQEACAAJ>
16. Cappucci A, Gustin C. Evaluation de l'observance de l'appelant aux conseils des médecins généralistes régulateurs du centre 15 de Haute-Savoie aux horaires de la permanence de soins ambulatoires. 7 octobre 2021. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03369259/document>
17. Marseillan A. Description de l'activité du Centre de réception et de régulation médicale libérale d'Auch dans le Gers en 2016. 16 octobre 2018. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/2472/1/2018TOU31107.pdf>
18. HAS. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Mars 2011. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf
19. Communiqué de presse. Marisol Touraine lance dans trois régions le 116 117 : un numéro pour joindre un médecin de garde aux heures de fermeture des cabinets médicaux. 5 avril 2017. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/17_04_05_-_cp_lancement_du_116_117.pdf
20. La Veille Acteurs de Santé. MG France pour un « déploiement rapide » du numéro de permanence des soins 116-117 (Communiqué). 6 décembre 2017. Disponible sur : <https://toute-la-veille-acteurs-sante.fr/86731/mg-france-pour-un-deploiement-rapide-du-numero-de-permanence-des-soins-116-117-communique/>
21. CNOM. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. 1^{er} janvier 2018. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/12u58hp/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf
22. ARS Nouvelle-Aquitaine. Plan régional d'accès aux soins en Nouvelle-Aquitaine. Mars 2018. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-04/DP_Plan_Acces_aux_Soins_ARSNA.pdf
23. URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine. Zonage géographique en médecine générale. 26 juillet 2018. Disponible sur : <https://www.urpsml-na.org/fr/article/zonage-medecin>
24. CHU de Poitiers. Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) de la Vienne. Disponible sur : <https://www.chu-poitiers.fr/specialites/samu-smur-centre15/les-services-mobiles-durgence-et-de-reanimation-smur-de-la-vienne/>

25. Mimoz O, Delelis-Fanien H, Lemerrier X, Bouges S. « SAMU-CENTRE 15 J'ÉCOUTE ? ». Disponible sur : <https://emf.fr/wp-content/uploads/2018/01/Samu-Centre15-05.04.2018.pdf>
26. Légifrance. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038124322/>
27. Dossier de presse. Ma santé 2022 - Un engagement collectif. 18 septembre 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
28. Vivien B. Adaptation de la régulation médicale du SAMU face à la pandémie de la COVID-19. 2020. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7462619/pdf/main.pdf>
29. CHU de Poitiers. SAMU 86 – Centre 15 mobilisés pour faire face à la deuxième vague. 12 novembre 2020. Disponible sur : <https://www.chu-poitiers.fr/en/samu-86-centre-15-mobilises-pour-faire-face-a-la-deuxieme-vague/>
30. PTA Vienne. DAC-PTA Nouvelle-Aquitaine et COVID-19. Disponible sur : <https://www.pta86.fr/information/covid>
31. Ministère des Solidarités et de la Santé. Discours d'Olivier Véran - Conclusions du Ségur de la santé. 21 juillet 2020. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/200721_-_discours_d_olivier_veran_-_conclusions_du_segur_de_la_sante.pdf
32. Dossier de presse. Ségur de la santé - Les conclusions. Juillet 2020. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf
33. Ministère des Solidarités et de la Santé. Service d'accès aux soins (SAS) : la garantie d'un accès aux soins partout et à toute heure. 24 novembre 2020. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/article/service-d-acces-aux-soins-garantie-d-un-acces-aux-soins-partout-a-toute-heure>
34. CHU de Poitiers. Le département de la Vienne, site pilote du service d'accès aux soins. 11 décembre 2020. Disponible sur : <https://www.chu-poitiers.fr/en/le-departement-de-la-vienne-site-pilote-du-service-dacces-aux-soins/>
35. La Vienne Le Département. Les maisons de santé pluridisciplinaires. 30 novembre 2019. Disponible sur: <https://www.lavienne86.fr/au-quotidien/sante/les-maisons-de-sante-pluridisciplinaires>
36. Site du CMSI86. Disponible sur : <https://www.cmsi86.fr/>
37. Fédération Nationale CPTS. Cartographie des CPTS en région. 14 février 2022. Disponible sur : <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts/>

RESUME

INTRODUCTION : Le Service d'accès aux Soins (SAS) est la première mesure clé du « Pacte de refondation des urgences », en réponse à la problématique de l'accès aux soins et la surcharge des services d'urgence. Il s'agit avant tout d'une plateforme de régulation accessible 24h/24 7j/7 pour répondre à l'urgence et aux demandes de soins non programmés. Le médecin généraliste régulateur est l'un de ses nouveaux acteurs et l'objectif de la thèse est de montrer son rôle au sein de ce dispositif. Cette étude s'intéresse au projet pilote du département de la Vienne : le SAS 86.

METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective avec analyse statistique des décisions médicales prises par les médecins régulateurs du SAS 86 sur la période du 1^{er} mars 2021 au 30 novembre 2021 inclus, en dehors de la PDSA.

RESULTATS : Le médecin généraliste régulateur prend environ une cinquantaine de décisions sur une journée en semaine de 8h à 20h, avec un pic d'activité en juillet et août. Le conseil médical simple représente 59,9% de ses décisions médicales. Il conseille aux appelants d'aller voir leur médecin traitant dans 11,6% des cas et de se rendre aux urgences dans 8,7% des cas. Il demande l'envoi d'un véhicule dans 5,4% des cas. Il s'appuie sur l'OSNP dans 8,8% des cas (17,3% en novembre) pour prendre un rendez-vous de consultation en médecine de ville (4,2%), inscrire le patient au CMSI 86 (2,4%) ou assurer un suivi des conseils donnés (9,5% en novembre). Il sollicite la PTA dans 0,5% des cas pour la gestion des situations sociales complexes et l'UAMP dans 0,3% des cas pour évaluer le risque suicidaire des patients dépressifs.

DISCUSSION : Le médecin généraliste régulateur a toute sa place au sein du SAS dans la régulation des appels relevant des soins non programmés. Son activité est complémentaire de celle du médecin régulateur urgentiste qui gère les situations d'urgence avec les ARM. Le médecin généraliste régulateur travaille en coopération avec les différents acteurs directs et indirects du SAS, en particulier avec l'OSNP. Le relais avec les effecteurs de soins est à développer. Avec le CMSI 86 et les CPTS de Poitiers et Châtellerauld, le SAS 86 fait partie des innovations en matière d'accès aux soins dans la Vienne.

MOTS CLES : service d'accès aux soins, médecin généraliste régulateur, soins non programmés, conseil médical



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

