

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 19 juin 2024

Par Claudine RUY

Née le 10 octobre 1994 à Saint Etienne

Mise en place du Service d'Accès aux Soins : Evolution du nombre d'appels et premières évaluations au Centre 15 de Corrèze.

Thèse dirigée par le Dr Alexandre Chedaille

Examineurs :

Mme. Le Professeur Nathalie DUMOITIER

Mme. Le Docteur Nadège LAUCHET

M. Le Docteur Gaëtan HOUDARD

M. Le Docteur Alexandre CHEDAILLE

M. Le Docteur Romain ABELA

Présidente

Juge

Juge

Directeur de thèse

Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 19 juin 2024

Par Claudine RUY

Née le 10 octobre 1994 à Saint Etienne

Mise en place du Service d'Accès aux Soins : Evolution du nombre d'appels et premières évaluations au Centre 15 de Corrèze.

Thèse dirigée par le Dr Alexandre Chedaille

Examineurs :

Mme. Le Professeur Nathalie DUMOITIER

Mme. Le Docteur Nadège LAUCHET

M. Le Docteur Gaëtan HOUDARD

M. Le Docteur Alexandre CHEDAILLE

M. Le Docteur Romain ABELA

Présidente

Juge

Juge

Directeur de thèse

Membre invité



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BUREAU-YNIESTA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2022

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2022

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

DARDE Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

DESSPORT Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MERLE Louis du 01-09-2017 au 31-08-2022

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2023

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2021 au 31-08-2023

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2019 au 31-08-2023

VIROT Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE

RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
HERAULT Kévin
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

Remerciements

Aux membres du jury,

A Madame le Professeur Nathalie Dumoitier, merci pour vos enseignements et votre dévouement durant ces trois dernières. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Alexandre Chedaille, merci infiniment de m'avoir aidée à me lancer dans ce projet qui m'a beaucoup appris, pour ton soutien et ta bienveillance. Merci pour ces nuits de garde aux urgences passées ensemble, pleines d'enseignements, qui m'ont permis de prendre confiance et de voler désormais de mes propres ailes. Sois assuré de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Nadège Lauchet, merci pour votre aide et vos conseil qui m'ont permis de finaliser ce travail. Merci également pour votre implication en tant qu'enseignante, nous vous devons beaucoup.

A Monsieur le Docteur Gaëtan Houdard. Un grand merci pour votre disponibilité et votre intérêt pour ce travail. Merci également pour tous vos enseignements durant nos groupes d'échanges, et votre gentillesse qui m'a rassurée plus d'une fois.

A Monsieur le Docteur Romain Abela, vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury. Merci beaucoup pour votre aide et votre réactivité qui m'ont permis de mener à bien ce travail, j'espère de tout cœur qu'il vous sera utile.

A mes enseignants,

Au personnel des urgences du CH de Tulle, merci pour ce premier stage de ma vie d'interne. Ce fut une période difficile, mais votre aide et votre soutien l'ont rendu plus douce. Grâce à vous j'ai pu appréhender le reste de mon cursus avec plus de sérénité. Infiniment merci.

A toutes les personnes que j'ai pu côtoyer durant mes stages au CH de Brive, aussi bien médecins que paramédicaux.

Au service de gynécologie-obstétrique, les Dr Cantaloube, Harisis, Meynard et Mekari, Ludivine, Lysandre et Sandrine, c'est grâce à vous que je peux dire à mes patientes « oui, je fais aussi de la gynécologie ». Merci à toi Bibi, d'avoir été une cheffe extraordinaire et une super coloc, ne perds jamais confiance car tu es un médecin formidable.

Au service de maladies infectieuses, rhumatologie et médecine interne de alias P10. Adel, Patricia, Xavier, Guillaume et Marion, merci d'avoir été des enseignants incroyables mais aussi des amis, merci pour ces parties de football même si je ne ferai pas carrière, vous êtes à jamais des bons souvenirs. Merci à Arthur, interne junior de génie, qui a rendu les visites en rhumatologie plus joyeuses.

Merci à toutes les infirmières et aides soignantes pour leur travail acharné.

A l'ensemble du service de pédiatrie, merci pour ce stage riche en enseignement. Mention spéciale pour mes co-internes Alexandra, Manon et Yemi, merci pour tous ces fous rires qui ont résonnés dans notre petit bureau.

A tous les médecins, infirmier(e)s et aide-soignant(e)s du service des urgences, pour tout ce que vous m'avez transmis pendant ces nuits de garde, votre bonne humeur malgré la fatigue,

vosre professionnalisme et vosre bienveillance. Merci notamment à *Charlène*, cheffe devenue amie, pour ta gentillesse et ton humour qui m'ont aidés tant de fois.

Merci infiniment au *Dr Nauche*, au personnel du SAMU 19, les fantastiques secrétaires des urgences *Marine et Karine*, pour leur aide précieuse dans l'accomplissement de ce travail.

A mes maîtres de stage de médecine libérale.

Merci au *Dr Fabrice Durand*, pour votre aide dans la rédaction de mes travaux, votre écoute et votre soutien qui m'ont tant rassurés. Aux *Dr Chrystelle Martin et Benoit Chepeau* pour tout ce que vous m'avez appris.

A *Sébastien, Thierry et Annelise*, merci pour cette confiance que vous m'avez accordée, pour nos échanges et votre soutien qui m'ont faits tant aimer la médecine générale. Si je crois un peu plus en moi désormais, c'est grâce à vous.

A mes amis,

A *Maxime*, sans qui cette thèse n'aurait pas pu se faire. Trois paragraphes seraient insuffisants pour te remercier assez, j'ai hâte de vivre de nouvelles aventures lyonnaises !

A *Marion*, mon soleil, je suis si fière de te compter parmi mes meilleures amies, ne change jamais.

A *Camille*, qui a toujours su répondre présente, j'espère pouvoir te rendre un jour autant que tu m'as apportée.

A *Antho*, futur président du monde, merci pour tous ces fous rires interminables (et pour tous ceux à venir).

A *Célie*, sans qui le monde serait bien terne (et bien silencieux), j'espère pouvoir entendre ton rire jusqu'à mes cent ans !

A *Emilie*, tu avais raison, bien que peu commode, je t'adore à jamais !

A *Justine*, de la colo UCPA à aujourd'hui, tu restes ma « *partner in crime* », merci pour tout.

A *Sauf*, merci Dijon de nous avoir amené la moutarde et toi.

A *Nico et Loulou*, vous êtes deux personnes magnifiques, merci d'exister.

A mes compagnons de galère alias l'externat, *Mallau, Margot, Thorgal, Eliot, Coco, Mathis*, merci pour ces innombrables soirées de révisions mais aussi de rires et de fêtes, vous êtes les meilleurs.

A tous les copains stéphanois et d'ailleurs, *Vincent, Léo, Momo, Lou, Emy, Tybo, Géraud, Emilie, Adri*. Merci pour tous ces week-ends remplis d'amour, de costumes, de toxicité et de glamour.

A mes inoubliables amies des premiers jours. *Alix, Léa, Solange, Louise et Capucine*, car malgré les années, rien ne change entre nous.

Aux belles rencontres de l'internat,

A *Manon et Julie*, mes acolytes tullistes, mes deux lumières dans la nuit du confinement.

A *ma JuPou*, quel plaisir ce fut de te (re)rencontrer, tu es un médecin et une amie formidable, crois toujours en toi.

A ma « team » briviste. *Morgane* qui n'a été que douceur et gentillesse, bravo pour ton parcours et ton travail qui m'a beaucoup inspiré. *Lulu*, merci pour ton soutien sans faille, à l'hôpital comme en dehors, you rock. *Simon*, pour tous ces rires partagés. *Ma Camille*, mon amie et modèle, cet internat n'aurait pas été le même sans toi, merci pour tout. A *Enora, Vincent, Quentin et Guillaume*, merci pour tous ces moments festifs.

Aux Vraij. *Rédha, Gab, Fab, Roulette, Zig, Ben, Sarah, Quentin, Mimi, Chloé, Pico, Mathilde, Alex, Lila, Lil's, Pépi, Mel, Blaise, Nellie, Arthur*, j'ai l'impression de vous connaître depuis toujours ! Merci de m'avoir accueilli à bras ouverts et pour tout ce que vous m'apportez.

Aux nouveaux amis lyonnais. *Marc, Grab, Dags et Edwige*, ma petite étoile.

Vous serez toujours dans mon cœur.

A ma famille,

A mon père et ma mère, sans qui rien n'aurait été possible. Aussi longtemps que je me souviens, vous avez toujours été là. Votre présence m'a rassurée à tous les instants de mon parcours, alors cette thèse c'est aussi la vôtre. Merci infiniment pour votre amour, votre soutien et votre confiance.

A mon petit frère, qui vole de ses propres ailes à l'autre bout du monde et qui m'impressionne un peu plus chaque jour. J'espère pouvoir vite venir te rendre visite sur ton île !

Je vous aime.

A mes grands-parents. A mon papy breton et à ceux qui ne sont plus là, j'espère vous avoir rendu fiers.

A tous mes oncles, tantes, cousins et cousines. Merci pour ces beaux souvenirs d'enfance partagés, vous voir est toujours un immense plaisir.

A ma belle-famille, Annick, Gwen, Evelyn, Maëlane, merci de m'avoir accueillie avec autant de chaleur.

Enfin à toi, *mon Patrice*, qui supporte toutes mes plaintes, mes peines, mes angoisses et mes joies depuis maintenant 4 ans. Je n'y serais pas arrivée sans toi. Tu me montres tous les jours que, oui, l'amour ça vaut le coup. Merci.

Je t'aime infiniment.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

AEG : Altération de l'Etat Général

ARM : Assistant(e) de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de la Santé

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CH : Centre Hospitalier

COVID : Corona Virus Disease

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRRA : Centre de Réception et Régulation des Appels

DDIS : Direction Départementale des Services d'Incendie et de Secours

DR : Dossier de Régulation

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DRM : Dossier de Régulation Médicale

GSC : Groupement de Coopération Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

MCS : Médecin Correspondant du SAMU

MG : Médecin Généraliste

MMG : Maison Médicale de Garde

MRL : Médecin Régulateur Libéral

MRS : Médecin Régulateur du SAMU

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MT : Médecin Traitant

NRBC : Nucléaire, Radiologique, Bactériologique et Chimique

OSNP : Organisateur de Soins Non Programmés

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PMR : Personne à Mobilité Réduite

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SAS : Service d'Accès aux Soins

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNP : Soins Non Programmés

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

Table des matières

Introduction	23
I. Contexte.....	24
I.1. Définitions.....	24
I.1.1. Soins non programmés	24
I.1.2. Urgence.....	24
I.2. Le SAMU Centre 15.....	25
I.2.1. Historique	25
I.2.2. Missions	25
I.2.3. Organisation.....	26
I.2.3.1. Locaux	26
I.2.3.2. Acteurs.....	27
I.2.3.2.1. L'ARM	27
I.2.3.2.2. Le médecin régulateur SAMU (MRS).....	27
I.2.3.3. Création d'un dossier de régulation (DR)	28
I.2.4. Le SAMU Centre 15 en Corrèze.....	29
I.3. Le Service d'Accès aux Soins	30
I.3.1. Création.....	30
I.3.2. Objectifs	31
I.3.3. Fonctionnement.....	31
I.3.3.1. La filière SAS	31
I.3.3.2. La plateforme numérique	34
I.3.3.3. Juridiction.....	34
I.3.3.4. Recrutement	35
I.3.3.5. Rémunération	35
I.3.4. Le SAS en Corrèze.....	35
I.4. L'Offre de soin en Corrèze	36
I.4.1. Démographie du département Corrèze.....	36
I.4.2. Les médecins libéraux.....	36
I.4.3. La permanence des soins.....	37
I.4.4. L'offre de soin hospitalière.....	39
I.4.4.1. L'hôpital public	39
I.4.4.2. L'offre de soin privée.....	40
II. Matériel et méthode.....	41
II.1. Objectifs.....	41
II.2. Critères de jugements	41
II.3. Type d'étude	41
II.4. Population.....	41
II.5. Temps de recueil	42
II.6. Méthode de recueil des données	42
II.7. Analyse statistique	44
II.8. Législation.....	44
III. Résultats	45
III.1. Caractéristiques de la population étudiée.....	46
III.1.1. Âge de la population	48
III.1.2. Déclaration d'un médecin traitant	49

III.1.3. Commune d'appels.....	50
III.1.4. Heures d'appel	52
III.2. Description des appels.....	52
III.2.1. Nombre d'appels	52
III.2.2. Prise en charge de l'appel	53
III.2.3. Motifs d'appel	54
III.2.4. Traitement de l'appel	55
III.2.5. Moyen de transport utilisé.....	56
III.3. Description de la prise en charge suite à la mise en place du SAS	57
III.3.1. Motifs d'appels	58
III.3.2. Traitement de l'appel	59
III.3.3. Moyen de transport utilisé.....	60
III.3.4. Comparaison de la prise en charge des demandes de SNP entre le régulateur SAMU en 2022 et le régulateur SAS en 2023.....	60
III.4. Evolution du nombre d'entrées aux urgences du CH de Brive La Gaillarde.....	62
III.4.1. En fonction de l'année	62
III.4.2. En fonction du degré de gravité sur l'échelle French	63
IV. Discussion	65
IV.1. Forces et faiblesses de l'étude	65
IV.1.1. Forces et justification de l'étude	65
IV.1.2. Faiblesses de l'étude	65
IV.2. Principaux résultats de l'étude	66
IV.3. Validité externe de l'étude	67
IV.3.1. Données socio-démographiques.....	67
IV.3.2. Comparaison des deux périodes étudiées.....	68
IV.3.2.1. Evolution du nombre d'appels.....	68
IV.3.2.2. Evolution des caractéristiques des appels	69
IV.3.3. Analyse des modifications apportées par le SAS	71
IV.3.3.1. Sur les appels au Centre 15	71
IV.3.3.2. Sur les entrées au SAU de Brive la Gaillarde.....	75
IV.4. Perspectives	76
Conclusion	78
Références bibliographiques	80
Annexes	86
Serment d'Hippocrate.....	92

Table des illustrations

Figure 1 : Illustration des termes DRM et ERM.....	29
Figure 2 : Carte départementale d'intervention du SAMU 19 Source : Préfecture de la Corrèze	30
Figure 3 : Carte de déploiement du SAS au 30 janvier 2024	31
Figure 4 : Plaquette explicative du fonctionnement du SAS à la Réunion	32
Figure 5 : Schéma organisationnel de la filière SAS au CRRA	33
Figure 6 : Carte de la densité de population corrèzienne en 2019	36
Figure 7 : Cartographie des CPTS corrèziennes	37
Figure 8 : Secteurs fixes de la PDSA en Corrèze	38
Figure 9 : Secteurs mobiles de la PDSA en Corrèze	39
Figure 10 : Diagramme de flux	44
Figure 11 : Répartition des âges en fonction de l'année	49
Figure 12 : Répartition de la déclaration médecin traitant en fonction de l'année.....	50
Figure 13 : Répartition de la déclaration d'un médecin traitant sur les deux périodes confondues.....	50
Figure 14 : Répartition du nombre d'appel par commune en 2022 et 2023	51
Figure 15 : Répartition des appels en fonction de la commune.....	51
Figure 16 : Répartition des appels en fonction de la tranche horaire en 2022 et 2023	52
Figure 17 : Répartition des appels en fonction de l'opérateur en 2022 et 2023	53
Figure 18 : Répartition des motifs d'appels en fonction de l'année.....	54
Figure 19 : Répartition du traitement des appels en fonction de l'opérateur.....	55
Figure 20 : Répartition des moyens de transport utilisés selon l'année.....	56
Figure 21 : Répartition des appels entre opérateurs en fonction des cinq motifs les plus récurrents pour la période janvier 2023	58
Figure 22 : Traitement des appels en fonction de l'opérateur pour la période de janvier 2023	59
Figure 23 : Moyens de transport en fonction de l'opérateur pour la période de janvier 2023.....	60
Figure 24 : Traitement des demandes de SNP par le régulateur SAMU pour la période de janvier 2022.....	61
Figure 25 : Traitement des demandes de SNP par le régulateur SAS pour la période de janvier 2023.....	62
Figure 26 : Répartition des entrées en fonction du triage French pour la période de janvier 2022	63
Figure 27 : Répartition des entrées en fonction du triage French pour la période de janvier 2023	64

Figure 28 : Répartition du traitement des appels par 7 SAS pilotes entre juin 2021 et juin 202273

Table des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques des appels et de leurs prises en charge	46
Tableau 2: Comparaison de l'incidence du nombre d'appels sur les deux périodes.....	53
Tableau 3 : Nombre de transport en fonction des dix motifs d'appels les plus récurrents	57
Tableau 4 : Comparaison de l'incidence du nombre d'entrées au SAU de Brive sur les deux périodes	62
Tableau 5 : Comparaison proportionnelle des entrées triées FRENCH 5 selon la modalité d'adressage entre les deux périodes	64

Introduction

Aujourd'hui plus que jamais, l'augmentation du nombre de passages dans les services d'urgences des différents centres hospitaliers de France constitue un véritable enjeu de santé publique.

Une étude réalisée en 2018 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, met en évidence une croissance de 3,5% en moyenne du nombre de passages aux urgences, d'années en années, depuis 1996. En vingt ans le nombre de passage en France a été multiplié par deux, soit 10,1 millions de passages en 1996 contre 21 millions recensés en 2016.(1) (2)

Dans ce contexte tendu, un débat est ouvert sur les recours inappropriés aux services d'urgences, nouvellement appelés « demandes de soins non programmés » (SNP).

D'après une étude publiée par la Société française de Médecine d'Urgence, après interrogation de 923 médecins généralistes et 124 médecins urgentistes, 86% des médecins généralistes et 57% des médecins urgentistes étaient favorables à la réorientation de ces consultations vers la médecine ambulatoire (3).

Le désengorgement des services de SAU passerait donc par une réorientation des demandes de soins non programmés vers les soins primaires ambulatoires. Néanmoins, et notamment en région Corrèzienne, cette réorientation est rendue difficile par la difficulté d'accès à un cabinet de médecine générale.

Le Service d'Accès au Soins (SAS) est un projet lancé dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences, réaffirmé lors du Ségur de la santé 2022. Il est considéré comme un élément clé du nouveau modèle de prise en charge des patients en soins primaires ayant un besoin de santé urgent, ou n'ayant pas accès à leur médecin traitant (4).

Le SAS repose sur une collaboration étroite de l'ensemble des professionnels de santé d'un même territoire, et se traduit par la mise en place d'un second plateau de régulation des appels au numéro national 15. Les appels reçus par les centres de régulation sont triés en deux filières : ceux relevant de l'intervention du service d'aide médicale d'urgence et ceux relevant de la médecine générale en journée pour les soins non programmés. Ces derniers sont pris en charge par le médecin régulateur chargé d'identifier les besoins de l'appelant puis par les opérateurs de soins chargés de la prise de rendez vous en ambulatoire dans les 48h.

Après une phase pilote menée par 22 SAS dans 13 régions différentes, une généralisation progressive du dispositif à l'échelle nationale était prévue pour le deuxième semestre 2023.

Concernant le département corrézien, le SAS a officiellement débuté le 2 novembre 2022.

L'objectif de ce travail était donc de mesurer l'impact de la mise en place du SAS en Corrèze, à travers une étude comparative de l'évolution du nombre d'appels au Centre 15 du 19 et leurs devenir avant, puis suite à la mise en place du dispositif, ainsi que l'évolution du nombre de consultations pour demande de SNP au service des urgences du centre hospitalier de Brive La Gaillarde sur les deux périodes.

I. Contexte

I.1. Définitions

I.1.1. Soins non programmés

D'après une revue de la littérature réalisée par l'observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, les soins non programmés (SNP) sont une notion citée dans de nombreux textes et articles scientifiques, mais sans précision quant à sa définition.

L'analyse de plusieurs travaux montre que les termes de « soins non programmés » en médecine générale peuvent recouvrir l'ensemble des situations de demandes de soins non planifiées prises en charge par les cabinets de médecins généralistes libéraux pendant les horaires d'ouverture du cabinet, avec ou sans rendez vous préalable. Il peut s'agir :

- D'urgences médicales considérées comme telles par le médecin prenant en charge le patient.
- D'une urgence ressentie par le patient, l'incitant à demander une prise en charge rapide (dans la journée) (5).

D'après une étude de l'Union Régionale des Professionnels de Santé d'Île de France, 92% des demandes de soins programmés proviennent des patients eux-mêmes, et sont en constante augmentation (6).

En 2006, les demandes de SNP représentaient 11% de l'ensemble des consultations et visites hebdomadaires effectuées par les médecins généralistes exerçant en cabinet (7) contre 30% en 2019.

Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), 82% des médecins généralistes proposaient une prise en charge au quotidien des SNP, par la mise en place de plages de consultations sans rendez-vous (quotidiennes ou hebdomadaires), la création de rendez vous disponibles seulement pour le jour même, ou par ajout des patients demandeurs en dehors des ouvertures du cabinet.

Par ailleurs, lorsque la prise en charge d'une demande de SNP était impossible, la réorientation des patients par le médecin généraliste se faisait majoritairement vers le secteur libéral, avec 37% des patients envoyés vers un confrère et 16% vers une structure libérale spécialisée dans les SNP.

Seulement 20% des patients étaient réorientés vers les services d'accueil des urgences (SAU) et 7% vers le Centre 15 (8).

Néanmoins, malgré la modification des habitudes des médecins généralistes pour faire face aux demandes croissantes de SNP en ambulatoire, la gestion de celles-ci est devenue depuis quelques années un réel enjeu de santé publique, avec un recours de plus en plus fréquent aux services d'urgences du fait d'une désertification médicale croissante et de la surcharge des cabinets de ville.

I.1.2. Urgence

L'urgence est définie comme « une situation requérant une action rapide, sans délai » par le Robert (9).

Sur le plan médical, la définition de l'urgence peut être variable selon le point que l'on adopte :

- Pour le médecin urgentiste, l'urgence est définie par un engagement du pronostic vital, avec une nécessité de diagnostic et d'intervention dans les plus brefs délais (10)
- Pour le médecin généraliste, elle est définie comme une demande de soin non programmé, qui interrompt son activité, mais ne pouvant être ni anticipée, ni retardée (7)
- Pour le patient, l'urgence n'implique pas nécessairement la notion de gravité, mais la nécessité d'être pris en charge le plus rapidement possible, que le motif soit purement médical ou non (10).

Ainsi le soin non programmé est une notion relevant principalement de la médecine ambulatoire, n'impliquant que rarement une urgence vitale, mais requérant une prise en charge rapide.

Il est donc nécessaire de créer des outils permettant la gestion des SNP en ambulatoire, en cas d'indisponibilité ou d'absence du médecin traitant, afin de donner une réponse rapide aux patients demandeurs et de limiter le recours aux SAU pour ces motifs.

I.2. Le SAMU Centre 15

I.2.1. Historique

Les SAMU Centre 15, ou plus officiellement Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) furent créés en 1979 suite à la circulaire du 6 février 1979, dans le but de réceptionner, sous un numéro national unique, l'ensemble des appels médicaux urgents 24h sur 24 et 7 jours sur 7 (11).

Le premier CRRA fut lancé le 27 mai 1979 à Troyes, avant d'être généralisés à tous les départements français.

Le financement des CRRA est généralement assuré par l'Etat, les Conseils Départementaux ainsi que par les Caisses Primaires d'Assurances Maladie (CPAM) par le biais de subventions (12).

I.2.2. Missions

Les CRRA exercent les missions suivantes :

- Assurer une écoute médicale permanente,
- Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels,
- S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil,
- Organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires,
- Assurer le suivi du patient, le suivi des décisions et des effecteurs engagés par la régulation médicale,
- Veiller à l'admission du patient (13).

I.2.3. Organisation

I.2.3.1. Locaux

Le « SAMU Centre 15 » désigne les locaux du centre de réception des appels et tous les acteurs qui lui sont rattachés : régulation de médecine d'urgence, régulation de médecine générale, régulation spécialisée (Centres Antipoison et de Toxicovigilance, réseau de périnatalité ...) et coordination ambulancière.

Certains Centre 15 ont des missions spécifiques, telles que la régulation médicale des secours maritimes, secours en montagne, secours aéronautiques ou secours Nucléaires Radiologique Biologique et Chimique (NRBC).

En 2022, le territoire français comptait 102 Centres 15 (14) se situant pour la plupart à proximité même des centres hospitaliers possédant un SAU et service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), ou au sein d'un établissement de santé publique.

Leurs configurations diffèrent d'un centre à l'autre mais d'après le cahier des charges rédigé par la Société Française de Médecine d'Urgence, certains éléments sont considérés comme essentiels dans l'organisation d'un CRRA :

Pour le secteur opérationnel :

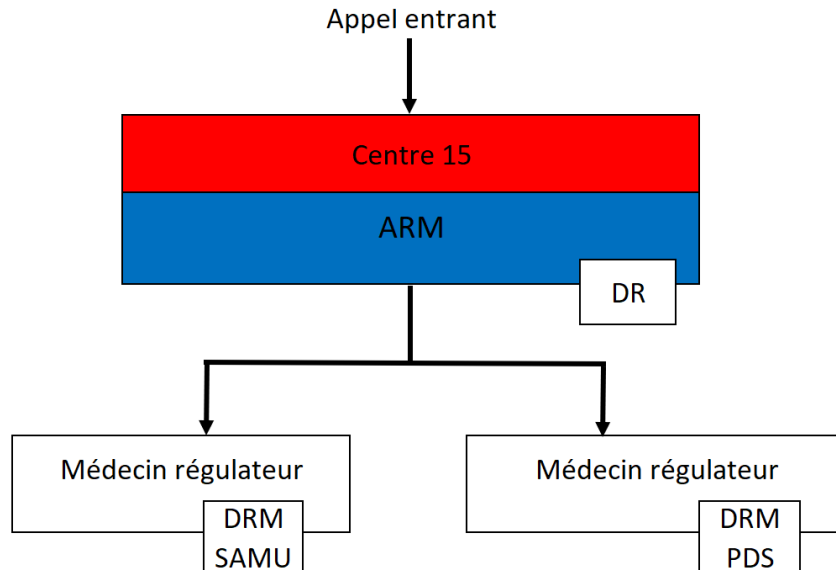
- Un accès sécurisé
- Une acoustique et insonorisation soignées
- Une salle de régulation médicale dédiée à l'activité quotidienne d'une surface d'au moins 10 m² par poste de travail
- Une salle dédiée à la gestion des événements exceptionnels
- Une salle pour événements catastrophiques à effets limités, à proximité de la salle de régulation
- Une salle de réunion et une bibliothèque
- Des postes de travail (en salle de régulation et en salle catastrophe) possédant une configuration identique
- Une alimentation électrique générale des postes de travail et de tous les équipements techniques, sécurisée avec dispositif de secours indépendant de celui de l'établissement.

Pour le secteur médico-administratif :

- Un secrétariat situé à proximité du secteur opérationnel avec un secteur d'archivage
- Une chambre de repos pour chaque médecin de garde
- Un vestiaire
- Un parking dédié au personnel du SAMU Centre 15
- Une salle de repas
- Un accès personnes à mobilité réduite (PMR) (13).

I.2.3.2. Acteurs

Outre le personnel administratif, les acteurs de la régulation médicale sont le binôme formé par l'Assistant de Régulation Médicale (ARM) et le médecin régulateur.



I.2.3.2.1. L'ARM

L'assistant de régulation médicale est le premier maillon de la chaîne du CRRA, et doit avoir reçu une formation diplômante dans un centre de formation agréé.

Lors de la réception initiale d'un appel, l'ARM est chargé de noter le maximum de coordonnées (numéro de téléphone de l'appelant, identité complète, date de naissance, adresse exacte, nom du médecin traitant...) ainsi que certaines caractéristiques (sexe, poids...).

Il a également pour mission de hiérarchiser les appels et d'activer les moyens d'actions appropriés s'il le peut, sous la responsabilité du médecin.

Si une décision médicale est nécessaire, il oriente l'appel vers le médecin régulateur SAMU, ou vers le médecin SAS (15).

I.2.3.2.2. Le médecin régulateur SAMU (MRS)

Le médecin régulateur SAMU peut être un médecin urgentiste, ou un médecin généraliste libéral ayant reçu une formation à la régulation médicale. Dans chaque centre, au moins un MRS doit être en poste en permanence, de jour comme de nuit. Il est responsable des réponses apportées à tous les appels.

Suite à la transmission d'un appel par l'ARM, le MRS analyse et prend en compte le motif de l'appel, le contexte, les signes et les symptômes décrits par le patient ou son entourage, les antécédents médicaux, ainsi que les demandes et attentes de l'appelant.

Au terme de l'échange, il élabore une hypothèse diagnostique et qualifie la demande de soins.

Le MRS peut proposer plusieurs réponses à un appel, en fonction du degré d'urgence. Il peut s'agir soit :

- D'un conseil médical sans mise en œuvre de moyens, si le médecin estime qu'une consultation avec un professionnel de santé n'est pas nécessaire, avec souvent une consigne de rappel en cas d'aggravation de la situation. Le conseil est consigné dans le dossier de régulation.
- D'une prescription médicamenteuse par téléphone, suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (16). Il peut s'agir de la rédaction et transmission d'une ordonnance écrite (Annexe 1), la prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale, ou l'adaptation d'un traitement présent sur l'ordonnance du patient. La transmission de l'ordonnance se fait par courriel sécurisé vers la pharmacie définie entre l'appelant et le MRS.
- De l'orientation du patient vers une consultation médicale, en cas d'absence de détresse vitale. Elle peut se faire auprès du médecin traitant du patient si celui-ci peut le recevoir dans la journée, vers le médecin de garde de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ou vers une Maison Médicale de Garde (MMG).
- De l'intervention d'un effecteur médical sur place, en cas d'impossibilité de déplacement du patient. L'intervenant peut être le médecin traitant du patient s'il est disponible, un médecin libéral de proximité, le médecin de garde de la PDSA en cas de visite à domicile incompressible, ou par un médecin correspondant du SAMU (MCS) en cas de détresse vitale en attendant un véhicule de secours.
- Du déclenchement d'un transport sanitaire par une ambulance privée conventionnée avec le CCRA, en l'absence de détresse vitale mais de nécessité d'une consultation rapide vers un SAU ou un établissement de santé (17).
- Du déclenchement d'un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) avec une équipe de sapeurs-pompiers de proximité en cas de nécessité de soins immédiats avant le transport vers un SAU, et le cas échéant, d'une équipe de gendarmerie par interconnexion avec le 17.
- Du déclenchement d'une équipe du SMUR en cas de détresse vitale suspectée ou avérée. Le déclenchement d'une intervention du SMUR au sein même d'un établissement de soin est également régulé par le 15.
- D'un guidage des gestes de secourisme auprès de l'entourage de la victime, si besoin, jusqu'à l'arrivée des secours (18).

I.2.3.3. Création d'un dossier de régulation (DR)

Actuellement, les systèmes de recueil des appels et leurs paramétrages des différents Centres 15 français sont disparates, néanmoins, le référentiel SAMU Centre 15 rédigé par la Société Française de Médecine d'Urgence a pour vocation de standardiser les informations à renseigner et les termes utilisés pour la création de chaque dossier de régulation.

Tous les appels initiés par un correspondant extérieur vers le SAMU Centre 15 est appelé « appel entrant », ils sont ensuite classés en fonction de leur traitement.

Un « appel rejeté » est un appel n'ayant pas permis d'établir une communication avec l'ARM (numéro de téléphone bloqué par le centre, appel raccroché, appel de proches ...).

Un « appel présenté » est un appel entrant en mesure d'être pris en charge par le Centre 15, il peut être décroché ou perdu.

Un « appel décroché » est un appel présenté pris en charge par un agent du Centre 15 (ARM

ou MRS).

Un « appel perdu » est un appel entrant qui n'est ni décroché, ni rejeté.

Les appels terminés par un raccrochage accidentel de l'appelant ou de l'intervenant ne peuvent être considérés comme des appels perdus, et doivent faire l'objet d'un rappel immédiat.

Un appel décroché est qualifié de dossier de régulation (DR) lorsqu'il regroupe l'ensemble des informations collectées, des mesures prises et du suivi assuré, suite à une information à caractère médical, médico-social ou sanitaire.

Un dossier de régulation est qualifié de « médical » dès lors qu'il a bénéficié d'un acte de régulation médicale (par le MRS, ou par l'ARM sous la responsabilité du MRS).

Un DRM peut contenir des données de santé concernant 0 à n patients. Pour chaque patient, il s'agit d'un épisode de régulation médicale (ERM). Ces ERM ont en commun une situation et un lieu géographique à un moment donné (exemple : un accident de la voie publique impliquant plusieurs victimes) (13).

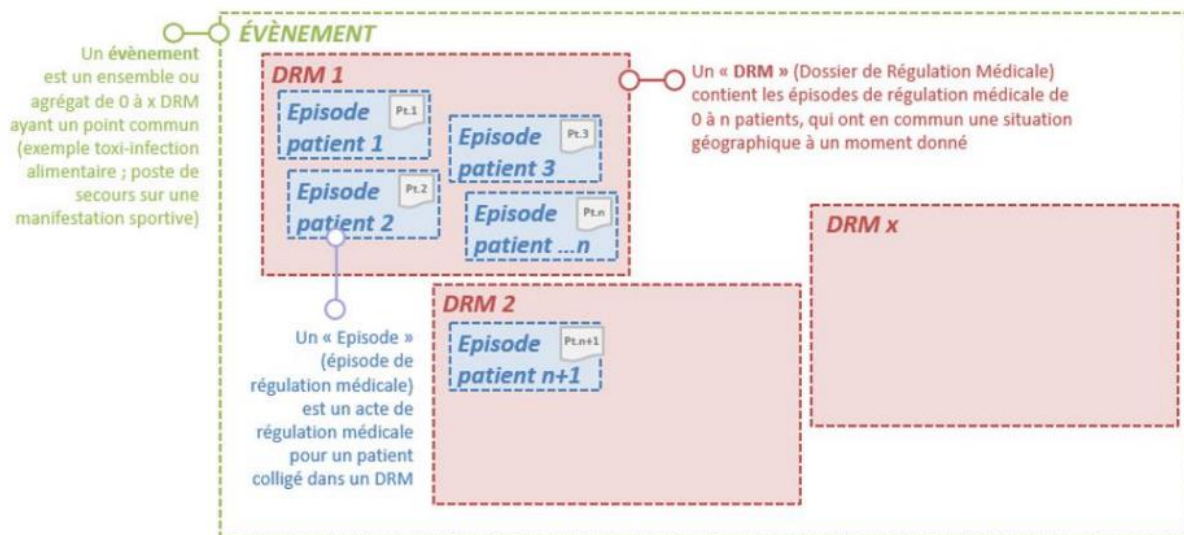


Figure 1 : Illustration des termes DRM et ERM

Source : Référentiels et guide d'utilisation des SAMU Centres 15, Société Française de Médecine d'Urgence

I.2.4. Le SAMU Centre 15 en Corrèze

Le CCRA de la Corrèze se situe sur la commune de Tulle, au sein du bâtiment de la Direction Départementale des Services d'Incendie et de Secours (DDISIS).

Il réceptionne tous les appels départementaux, et est en lien avec les 37 casernes des SDIS du territoire, ainsi qu'avec les équipes du SMUR des CH de Brive-La-Gaillarde, Tulle et Ussel.

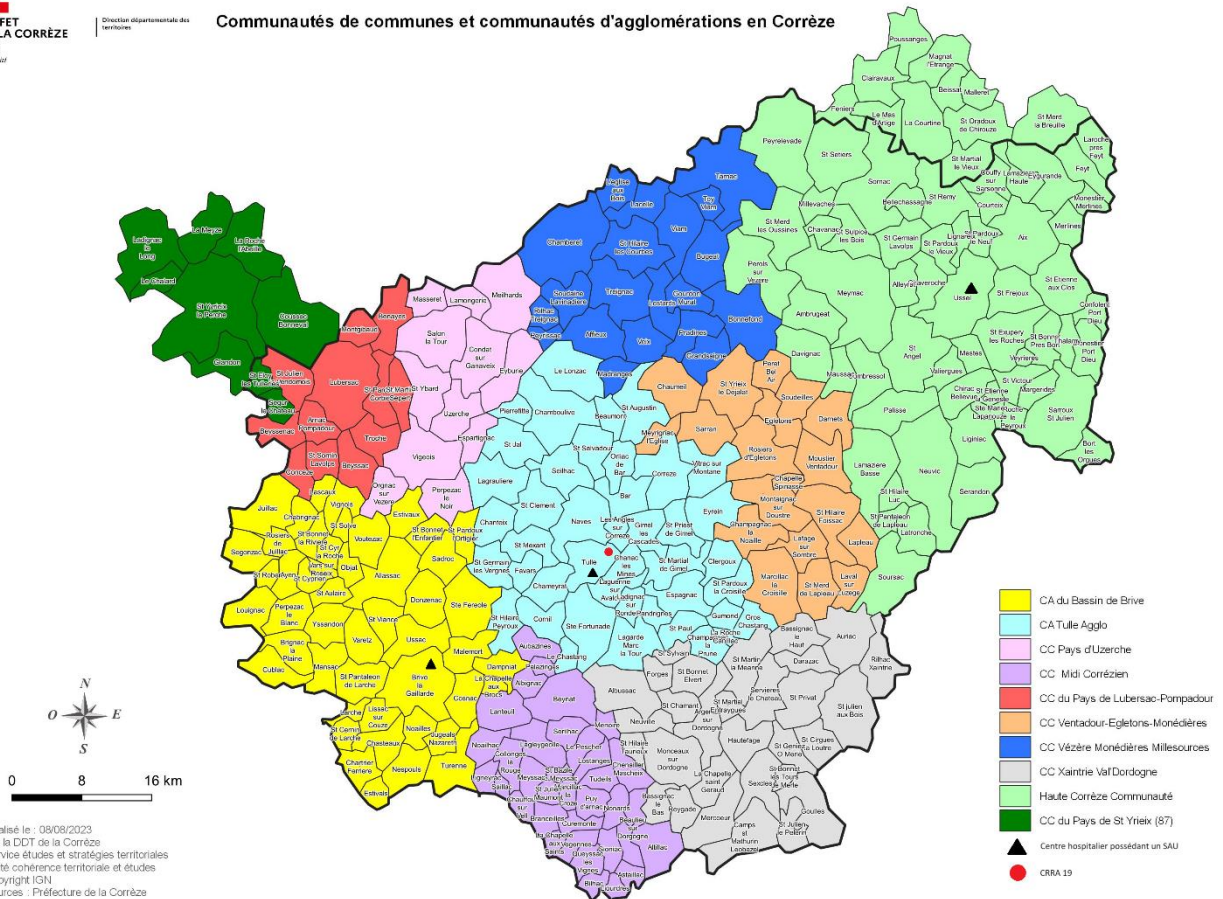


Figure 2 : Carte départementale d'intervention du SAMU 19

Source : Préfecture de la Corrèze

Le SAMU 19 emploie 22 médecins régulateurs urgentistes, 18 médecins régulateurs libéraux et 18 ARM.

I.3. Le Service d'Accès aux Soins

I.3.1. Création

La création du SAS repose sur un constat simple : les services d'accueil des urgences connaissent ces dernières années une augmentation croissante du nombre de passages annuels, atteignant plus de 21 millions en 2017. Or, entre 30 et 40% des patients accueillis aux urgences pourraient être pris en charge sans risque pour leur santé dans un cabinet, une maison ou un centre de santé.

Ce nouveau dispositif a été présenté dans l'article 1 du Pacte de refondation des urgences publié en 2019 sur demande de la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn, avec un budget alloué de 340 millions d'euros (19), et intégré au Code de la Santé Publique par l'article L6311-3 du 26 avril 2021 (20).

Une phase pilote de SAS a été mise en place en 2021 dans 22 départements de 13 régions différentes, avant un lancement généralisé progressif sur le territoire national entre fin 2022 et 2024 (4).

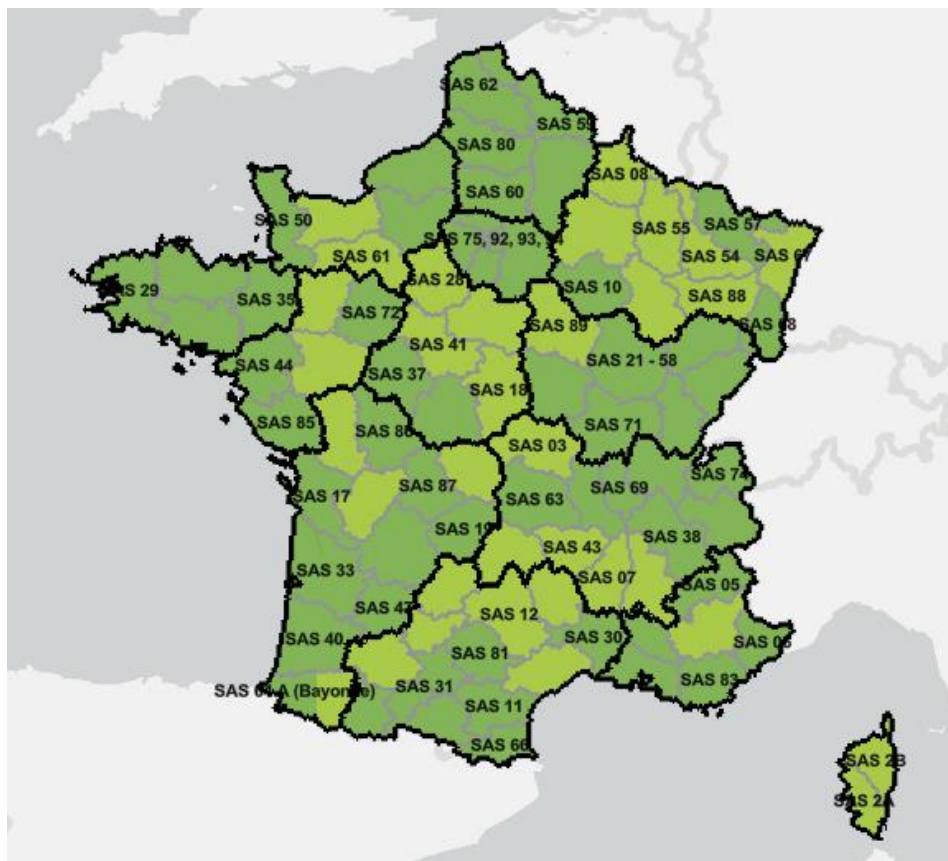


Figure 3 : Carte de déploiement du SAS au 30 janvier 2024

Source : Ministère du travail, de la santé et des solidarités

I.3.2. Objectifs

D'après François Braun, ministre des Solidarité et de le Santé entre 2022 et 2023, « *Toute refondation à venir de notre système de soin impliquera, qu'à toute heure de la journée, les citoyens puissent trouver une réponse pour des soins non programmés. Pour cela, il paraît indispensable de généraliser le Service d'Accès aux Soins dès l'année 2023.* »

Les objectifs du SAS sont multiples :

- Donner accès à toute la population, par un simple appel, à des soins non programmés nécessitant un rendez-vous en ville sous 48h, ou à un conseil en santé
- Offrir aux citoyens une prise en charge plus lisible et coordonnée entre la médecine de ville et les établissements de santé afin de limiter les recours aux urgences évitables
- Recentrer le personnel des structures des urgences sur leur cœur de métier (21)

I.3.3. Fonctionnement

I.3.3.1. La filière SAS

Le fonctionnement du SAS est intégré a celui du Centre 15, avec la création d'une deuxième filière de régulation, s'ajoutant à celle du SAMU.

En pratique : lorsqu'un usager compose le 15, le décroché est assuré par l'ARM du SAMU concerné. En fonction de sa demande, il pourra être dirigé soit vers le MRS, soit vers la filière SAS nouvellement créée.

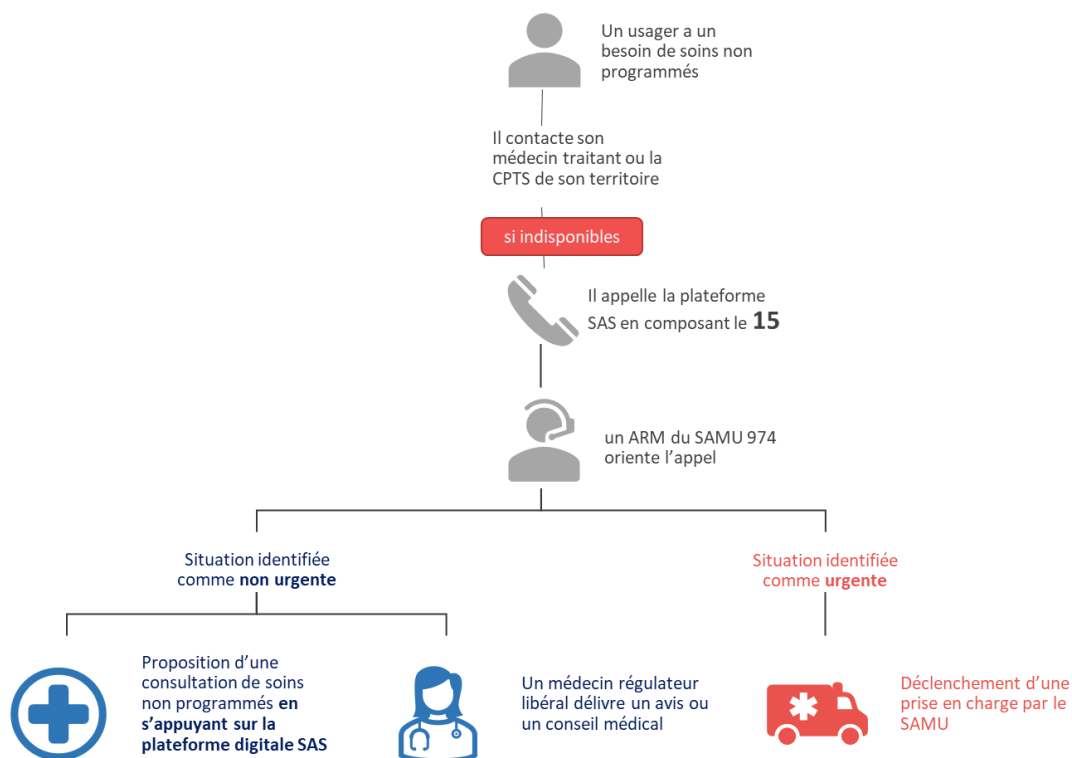


Figure 4 : Plaquette explicative du fonctionnement du SAS à la Réunion

Source : Agence Régionale de la Santé de la Réunion

La filière SAS met en jeu deux nouveaux acteurs du CRRA : le médecin régulateur libéral (MRL) du SAS et un opérateur de soin non programmé (OSNP). Elle est accessible en dehors des heures d'activité de la PDSA, soit du lundi au vendredi, de 8h à 20h (22).

Le MRL du SAS est un médecin généraliste volontaire. Tout médecin généraliste peut participer à la régulation du SAS (thésé, installé ou non, retraité, étudiant ou salarié) après validation d'un diplôme inter-universitaire de formation à la régulation médicale (23).

Ses missions sont similaires à celles du MRS concernant la création et le remplissage des DRM, néanmoins, sa fonction étant axée sur les SNP, son rôle de conseil est prépondérant, avec émission d'une prescription médicale si besoin.

C'est lui qui décide également de la nécessité d'une consultation avec un médecin généraliste ambulatoire, qui peut être le médecin traitant du patient, ou un médecin effecteur du SAS un cas d'indisponibilité ou d'absence du MT après prise d'un rendez vous sur la plateforme numérique nationale.

En cas de nécessité, il peut également orienter le patient vers le SAU le plus proche (par ses propres moyens, ou par déclenchement d'un transport sanitaire).

Si la situation l'exige, après l'échange avec l'appelant, le MRL SAS peut basculer l'appel vers son collègue MRS.

Tout comme celle des MRS, l'activité des MRL SAS est soumise à un planning de présence,

rempli en fonction de leurs disponibilités. En cas d'absence exceptionnelle du MRL SAS, le fonctionnement du centre d'appel repasse sur une régulation traditionnelle, par le MRS. Pour donner plus de souplesse au fonctionnement du SAS et assurer un recrutement efficace des MRL SAS, la régulation à distance, en dehors des locaux du CRRA, a été autorisée (24).

L'OSNP est un nouveau métier dont les missions ont été créées dans le cadre du SAS.

Il peut s'agir d'un ARM ou d'un professionnel administratif (secrétaire médicale, personne ayant travaillé dans des centres d'appels), formé à l'utilisation de la plateforme numérique SAS.

Il vient en appui au MRL et s'assure du respect du parcours de soins par les appelants. Il est notamment chargé :

- D'assurer les tâches administratives nécessaires à la régulation médicale (saisie d'identités et de coordonnées)
- De communiquer des informations aux patients relatives aux rendez-vous demandés par le MRL
- De procéder, après la régulation médicale, à la prise de rendez-vous auprès d'un professionnel de santé de ville isolé, d'une structure d'exercice coordonnée ou d'une communauté professionnelle territoriale en santé (CPTS) sur la plateforme numérique SAS (21)

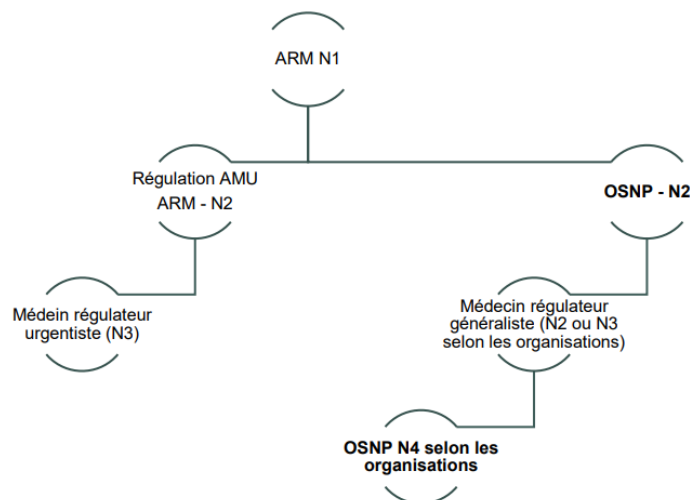


Figure 5 : Schéma organisationnel de la filière SAS au CRRA

Source : Retour d'expérience des 20 SAS pilotes, ministère de Travail, de la Santé et des Solidarités

Durant l'année 2021, le ministère des Solidarités et de la Santé a diffusé une plaquette informative dans les différents départements français via les sites officiels des CH locaux afin d'informer professionnels de santé et usagers des actions du SAS, en cas de demande de soins non urgents (Annexe 2).

En somme, le SAS ne se substitue pas à l'accès aux médecins traitant ou aux CPTS, mais offre un complément d'actions face aux SNP, et a vocation à devenir un outil quotidien pour les soignants et les patients.

I.3.3.2. La plateforme numérique

La plateforme numérique SAS est accessible librement par le lien <https://sas.sante.fr>. Elle a été coconstruite avec les éditeurs de plusieurs logiciels médicaux (25).

Le MRL s'y connecte avec ses identifiants et son mot de passe afin de visualiser l'ensemble des créneaux disponibles chez les effecteurs de soins partenaires.

Les créneaux disponibles peuvent être mis en disponibilités par les effecteurs de plusieurs manières :

- De façon automatique : l'effecteur de soins dispose d'une solution de prise de rendez-vous interfacée avec la plateforme. Les créneaux disponibles s'affichent automatiquement dans la plateforme numérique s'ils correspondent à la recherche effectuée par l'OSNP ou le MRL.
- De façon manuelle : l'effecteur de soins ne dispose pas d'une solution de prise de rendez-vous interfacée avec la plateforme, et renseigne manuellement les créneaux qu'il met en disponibilité.

Lorsqu'un créneau convient, les acteurs de la chaîne de régulation médicale ont la possibilité de réserver directement le créneau pour le compte du patient.

Si aucun créneau de disponibilité n'apparaît sur la plateforme, cette dernière propose une liste de professionnels acceptant une prise de rendez-vous en sus de leurs disponibilités (26).

La plateforme est interfacée avec de nombreux éditeurs de logiciels médicaux de gestion d'agenda (Agenda5, Callibri, Citana, Clickdoc, CPTS Rendez-vous, Divomed, Doctolib, Keldoc, Medaviz, MonMédecin.org, SMSinsitu, 48hchrono) (25).

Les médecins effecteurs restent maîtres de leurs plannings, et peuvent accepter ou non la remontée des créneaux disponibles sur la plateforme. Cette dernière leur permet également d'accéder à un tableau de bord référençant l'ensemble des actes effectués (26).

I.3.3.3. Juridiction

La gouvernance des différents SAS doit être équilibrée entre la médecine de ville et l'hôpital. Le rapport publié par le ministère de la Santé et des Solidarités en 2023 sur les SAS pilotes rapporte que 81% des SAS sont portés par une association permettant de structurer la filière ambulatoire.

Elles réunissent à minima les acteurs de la régulation de médecine générale, mais également les acteurs de prise en charge des SNP : le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), les centres de santé, la CPTS locale, SOS médecin, les maisons de santé.

Cette association peut prendre plusieurs formes notamment celle de la PDSA qui étend ses statuts pour intervenir en journée dans le cadre du SAS, ou d'une association nouvellement créée, pour porter la régulation ambulatoire.

Pour ce qui est de l'articulation de l'association portant la régulation médicale et l'établissement de santé siège du SAMU, 50% des SAS en fonctionnement en 2023 ont opté pour la signature d'une convention, et 25% pour un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). Le statut juridique des 25% de SAS restant est encore en cours de discussion (21).

I.3.3.4. Recrutement

Pour les médecins régulateurs, le recrutement se fait sur la base du volontariat en contactant l'association responsable du planning de régulation du SAS, et concerne principalement les médecins libéraux déjà effecteurs dans le cadre de la PDSA (27).

Concernant les médecins effecteurs, sont concernés tous les médecin généralistes libéraux conventionné exerçant en cabinet ou en maison de santé pluridisciplinaire (MSP), également sur la base du volontariat. Cette participation peut se faire sous plusieurs formes :

- En tant que médecin libéral seul, en s'inscrivant sur la plateforme numérique nationale avec une carte de professionnel de santé
- En tant que centre de santé, CPTS ou association SOS Médecins, en demandant une création de compte de « gestionnaire de structure » afin de remonter les disponibilités du centre pour le compte des médecins participants (28)

I.3.3.5. Rémunération

Pour les médecins régulateurs, la rémunération horaire est fixée à 100 euros par heure suite au règlement arbitral du 1^{er} mai 2023 (29). Ce montant est valable pour les heures de régulation réalisées en semaine la journée entre 8h et 20h. Les montants définis dans le cadre de la PDSA restent inchangés.

Cette rémunération est versée par les CPAM directement aux praticiens, sur la base d'un tableau de garde transmis mensuellement à l'ARS.

Pour les médecins effecteurs, le règlement arbitral prévoit la majoration de 15 euros via la cotation SNP en plus de la cotation GS de 26,50 euros pour une consultation demandée par la régulation SAS. La majoration SNP est facturable avec une consultation cumulée à un acte de classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes autorisés par l'article III-3 de la liste des actes et prestations (exemple : réalisation d'un électrocardiogramme) (29) (30).

Lorsque le patient est orienté par la régulation vers son médecin traitant pouvant le recevoir en urgence dans les 24h, ce dernier peut coter la lettre clé MRT pour bénéficier de la majoration de 15 euros.

La lettre clé SNP n'est pas applicable pour les médecins spécialistes, qui peuvent coter la majoration MCU, attribuant elle aussi un supplément de 15 euros (28).

I.3.4. Le SAS en Corrèze

En Nouvelle-Aquitaine, les trois départements pilotes retenus pour l'expérimentation du SAS étaient la Gironde, la Vienne et la Charente.

En Corrèze, le SAS a débuté le 2 novembre 2022 suite à la signature d'une convention avec le CH de Tulle, et à la création progressive d'un planning de régulation médicale.

La diffusion d'information auprès des médecins effecteurs a été faite par l'Union Régionale des Professionnels de santé (URPS) des médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine ainsi que par la CPAM par visioconférence et mailing (31).

En février 2024, le SAS 19 comptait 12 médecins régulateurs, une vingtaine médecins effecteurs, ainsi que 3 ARM polyvalents spécialement recrutés.

I.4. L'Offre de soin en Corrèze

I.4.1. Démographie du département Corrèze

En 2020, le département corrézien comptait 243 352 habitants, dont 33,8% d'habitants âgés de plus de 60 ans. Ce taux reste stable depuis 10 ans avec un gain annuel moyen de population de 0,4% depuis 2014 (32).

La répartition des habitants sur le territoire est éparse avec une densité moyenne de 41 habitants/km² en 2019, et compte environ un habitant sur trois vivant dans le bassin de Brive-La-Gaillarde (33).

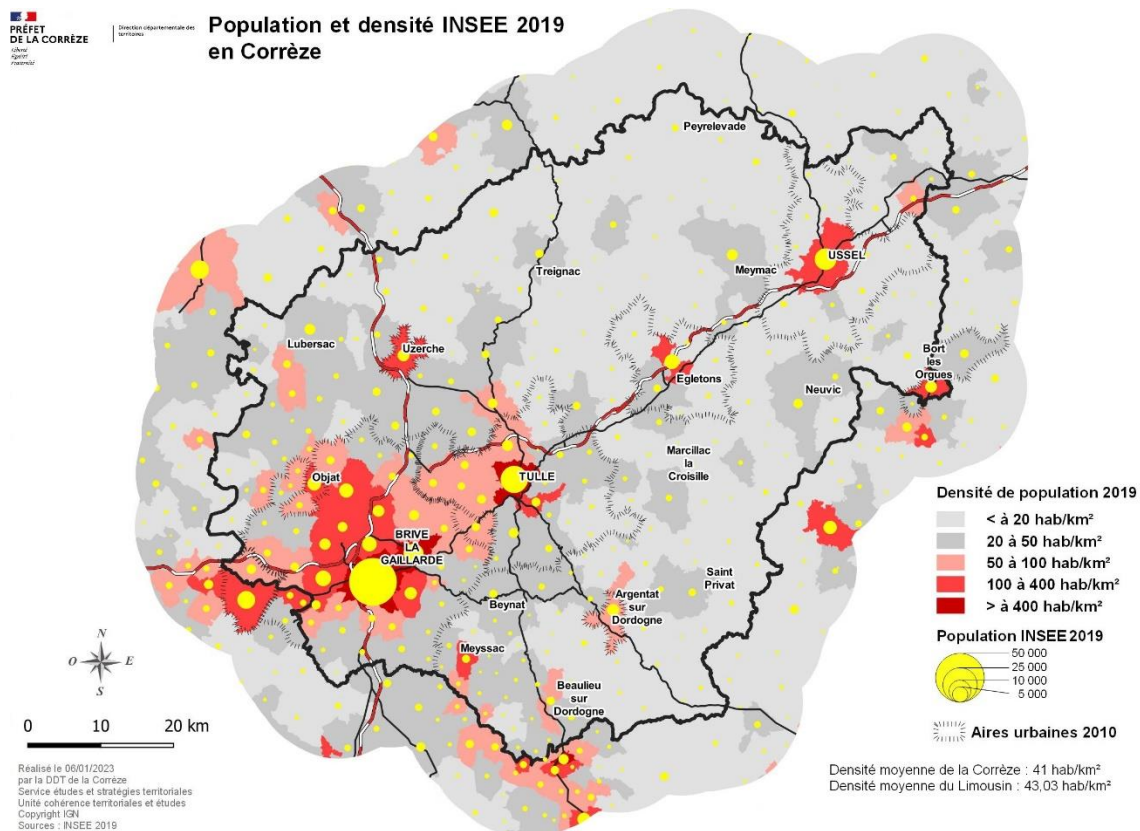


Figure 6 : Carte de la densité de population corrézienne en 2019

Source : Préfecture de la Corrèze

I.4.2. Les médecins libéraux

En 2021, la Corrèze comptabilisait 341 médecins généralistes actifs réguliers, dont 159 libéraux exclusifs, regroupés pour la plupart dans les bassins de Brive et Tulle (34) et dont l'âge moyen était de 50,5 ans (35).

A l'instar de nombreux autres départements français, la Corrèze enregistre une baisse constante du nombre de médecins généralistes en activité, avec une perte de 19,7% des effectifs entre 2010 et 2022.

En 2023, le département comptait 17 maisons de santé (MSP) en activité ainsi que sept centres de santé créés sur les communes de Sornac, Treignac, Ussel, Neuvic, Meymac,

Egletons et Bort-les-Orgues suite à la mise en place du plan départemental Corrèze Santé (36).

En 2024, le département comptait 5 CPTS, couvrant les deux tiers du territoire, dont la CPTS Saint-Yrieix Confluence se partageant entre la Corrèze, la Dordogne et la Haute-Vienne.

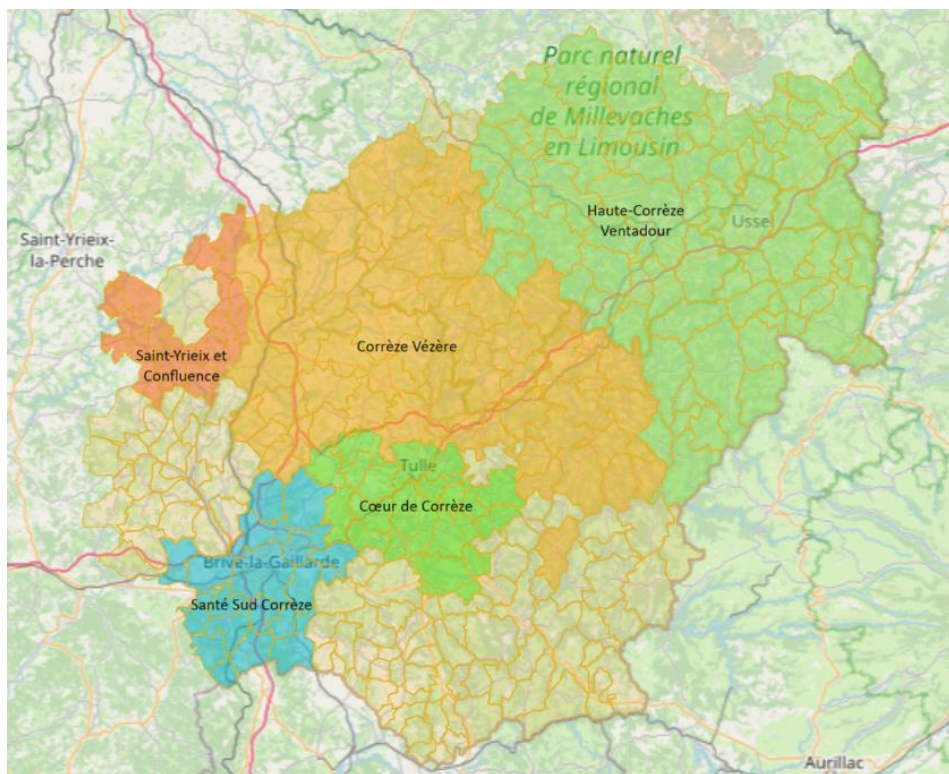


Figure 7 : Cartographie des CPTS corréziennes

Source : Fédération nationale des communautés professionnelles territoriales de santé

I.4.3. La permanence des soins

La mission de la PDSA est une mission de service public ayant pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermetures des cabinets médicaux et des structures d'exercice coordonné, soit tous les jours de 20 heures à 8 heures, les samedis à partir de midi, ainsi que les dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h.

Le planning de garde met en jeu les médecins généralistes libéraux du département et se fait sur la base du volontariat, néanmoins il doit être complet. En cas d'absence, l'ARS peut réquisitionner un médecin après sollicitation de l'URPS.

En cas de besoin, les patients peuvent donc solliciter le 15, et seront orientés vers le médecin effecteur par le MRL du SAMU, présent pendant les horaires de la PDSA.

Le département corrézien est divisé en 11 secteurs de gardes fixes, et 4 secteurs de gardes mobiles pour les visites à domicile incompressibles (résidents d'établissements psychosociaux, patients hospitalisés à domicile, actes médico-légaux, situations particulières appréciées par le médecin régulateur).

Le secteur de Brive-La-Gaillarde est particulier, du fait de sa densité de population plus élevée que dans le reste du département, avec :

- Un seul médecin effecteur tous les jours de 20h à 8h

- Deux médecins effecteurs les samedis de 12h à 20h, ainsi que les dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h

Le médecin effecteur du secteur de Brive assure à la fois la garde mobile et fixe (37).

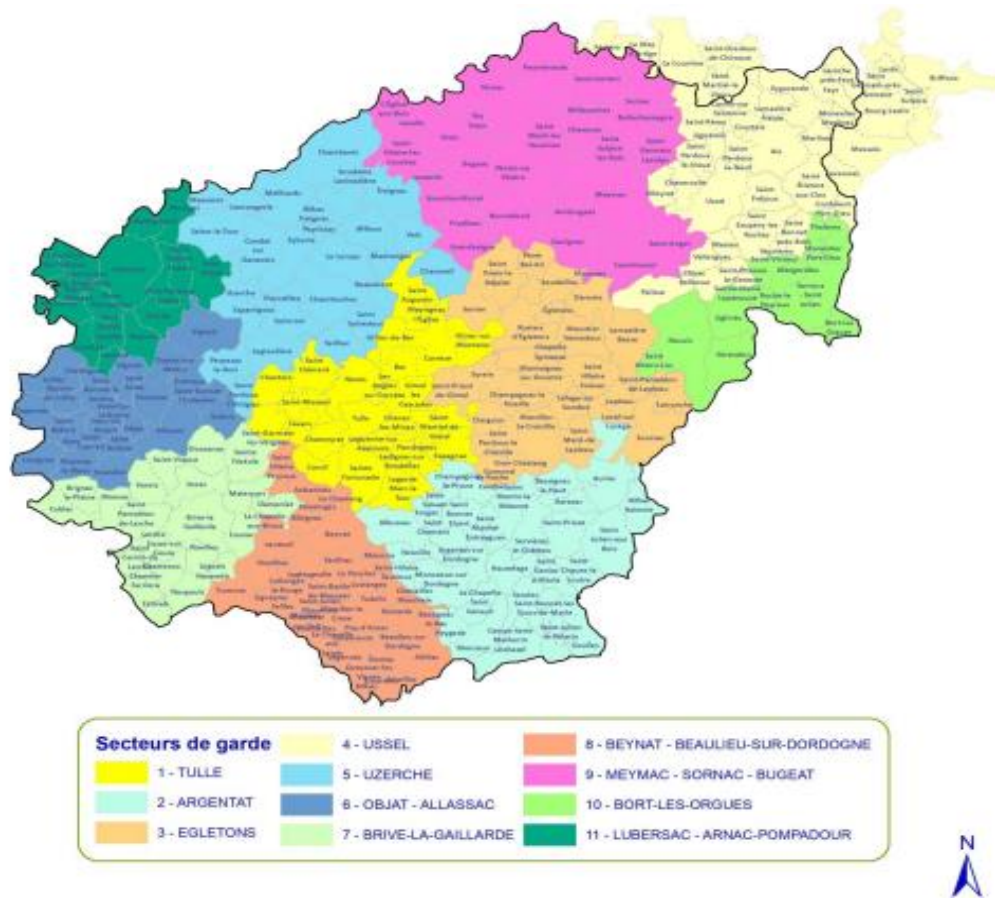


Figure 8 : Secteurs fixes de la PDSA en Corrèze

Source : Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires, Agence régionale de la santé Nouvelle-Aquitaine

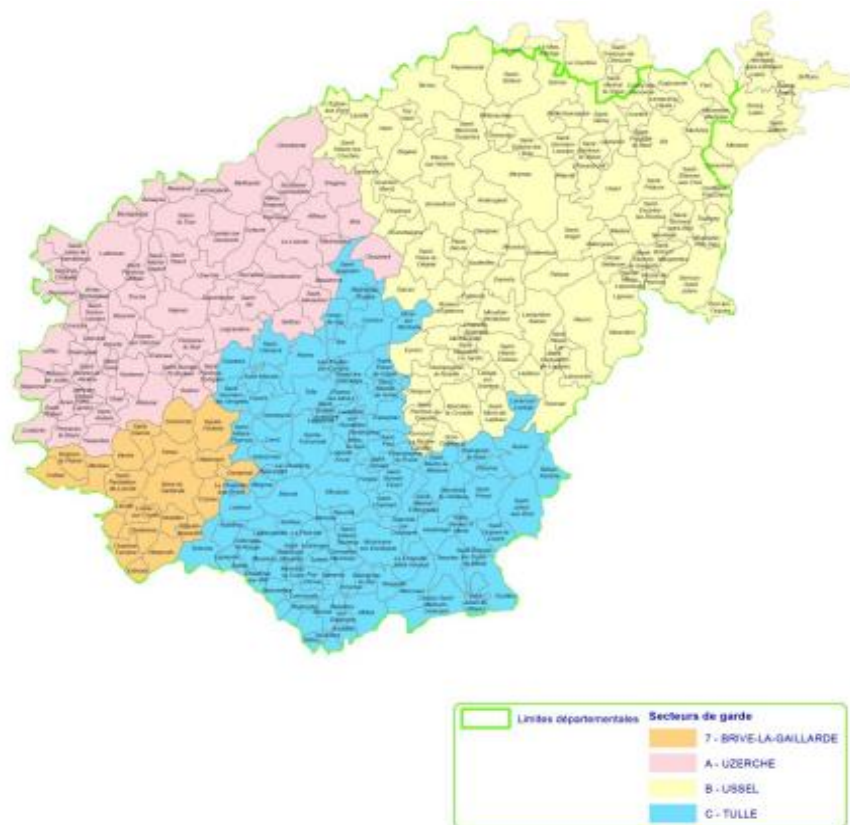


Figure 9 : Secteurs mobiles de la PDSA en Corrèze

Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires, Agence régionale de la santé Nouvelle-Aquitaine

Il n'existe pas pour le moment, en Corrèze, d'association médicale permettant des visites à domicile en urgence tel que SOS Médecin. Le département ne dispose pas non plus de maison médicale de garde pouvant assurer la prise en charge de soins non programmés.

I.4.4. L'offre de soin hospitalière

I.4.4.1. L'hôpital public

Le département corrézien possède trois centres hospitaliers publics :

- Le centre hospitalier de Haute Corrèze à Ussel, possédant (38) :
 - o 260 places d'hospitalisation complète
 - o 11 pôles médico-chirurgicaux
 - o Une maternité de niveau 1
 - o Un service d'accueil des urgences avec une équipe SMUR
 - o Une unité de soins continus et polyvalents

- Le centre hospitalier Cœur de Corrèze à Tulle, regroupant (39) :
 - o 664 places d'hospitalisation complète
 - o 8 pôles médico-chirurgicaux
 - o Un service de psychiatrie
 - o Une maternité de niveau 2

- Un service d'accueil des urgences avec une équipe SMUR et une unité de post-urgence médico-psycho-sociale
- Le CCRA 19
- Le centre hospitalier de Brive-La-Gaillarde, possédant (40):
 - 645 places d'hospitalisation complète
 - 149 places d'hospitalisation de jour
 - 9 pôles médico-chirurgicaux
 - Un service de psychiatrie et de pédopsychiatrie
 - Une maternité de niveau 2
 - Un service d'accueil des urgences avec une équipe SMUR
 - Un service de médecine intensive et réanimation

I.4.4.2. L'offre de soin privée

La Corrèze compte deux cliniques privées, situées toutes deux à Brive la Gaillarde :

- La clinique des Cèdres possédant un service d'accueil des SNP appelé « maison d'aide au diagnostic », recevant des patients adressés ou venant d'eux-mêmes de 7h à 19h, tous les jours
- La clinique Saint-Germain, ne recevant pas de patients en urgence, mais possédant une maternité de niveau 1

II. Matériel et méthode

II.1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de comparer l'incidence du nombre d'appels à la plateforme 15 de Corrèze avant puis à la suite de la mise en place du SAS, en dehors des heures de PDS.

Les objectifs secondaires sont :

- Réaliser un état des lieux des caractéristiques des appels à la plateforme 15 sur les deux périodes étudiées.
- Analyser et comparer les décisions prises en réponse aux appels à la plateforme 15 avant et à la suite de la mise en place du SAS.
- Comparer le nombre d'entrées au service des urgences du CH de Brive la Gaillarde avant et après la mise en place du SAS sur les périodes étudiées.

II.2. Critères de jugements

Le critère de jugement principal est le nombre d'appels à la plateforme 15 de Corrèze sur une période similaire, en fonction du nombre d'habitants du département sur la même année.

Les critères de jugements secondaires sont :

- L'âge des patients, la déclaration d'un médecin traitant, la commune d'origine et l'heure de l'appel, répertoriés sur les fiches d'appels.
- Le grade de l'interlocuteur clôturant l'appel, le motif de l'appel, la décision prise par l'interlocuteur, et le moyen de transport utilisé pour le déplacement du patient, également répertoriés sur les fiches d'appels.
- Le nombre d'entrées au service des urgences de l'hôpital de Brive la Gaillarde et leurs triages au poste d'accueil, en fonction du nombre d'habitants du bassin populationnel de Brive sur la même année.

II.3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective sur données historiques, monocentrique et comparative. Les données ont été prélevées à partir du logiciel Appli-Samu de recueil d'appel du centre 15 de Corrèze.

II.4. Population

La population cible concernait tous les patients ayant appelé le centre 15 de Corrèze au cours de la période étudiée, et ayant fait l'objet d'un dossier de régulation (médicalisé ou non). Un accord de consultation des données a été obtenu au préalable auprès du directeur médical du SAMU 19, le Dr Philippe Nauche.

Les critères d'exclusion étaient les DR ne relevant pas de la médecine générale soit :

- D'une urgence vitale
- D'une demande de relevage
- D'un accident de la voie publique

- D'une demande de transport vers l'hôpital d'un médecin libéral
- Personne ne répondant pas aux appels
- D'une demande de consultation dentaire
- D'une demande de transfert entre services hospitaliers ou entre centres hospitaliers
- D'une découverte de cadavre

Ont également été exclues les DR ne contenant pas les données d'intérêt, soit :

- Les fiches erronées/doublons
- Les fiches relevant d'une erreur de numéro
- Les fiches relevant d'un appel renvoyé vers un autre numéro
- Les fiches relevant d'une transmission d'information inhérente au fonctionnement du centre 15 (changement de garde, ambulance ayant besoin de faire le plein)

Concernant les populations utilisées pour estimer le nombre d'habitants pendant les deux périodes, celle du bassin Briviste ont été transmises par la Préfecture de la Corrèze (41) et celles des habitants de Corrèze par l'INSEE.

II.5. Temps de recueil

L'étude s'est déroulée sur 15 journées des mois de janvier 2022 et 2023 soit entre les 3 et 21 janvier 2022, et les 4 et 24 janvier 2023. Ces deux périodes ont été choisies afin d'assurer une comparabilité saisonnière, et se situaient en dehors des périodes de vacances scolaires.

Le SAS n'étant pas effectif les week-ends, les samedis et dimanches ont été exclus du recueil.

Les DR étudiées ont été ceux générées en journée de 9h à 20h soit pendant l'ouverture des cabinets médicaux et en dehors des horaires de PDS.

II.6. Méthode de recueil des données

Les données ont été recueillies manuellement dans les locaux de la régulation du centre 15 de Corrèze à partir du logiciel 4D de recueil d'appel, après génération d'un identifiant et mot de passe personnel.

Les données d'intérêt étaient :

- La date et l'heure d'appel
- La commune de résidence de l'appelant
- L'âge du patient faisant l'objet de l'appel
- Le motif d'appel
- La fonction de la personne ayant clôturé l'appel :
 - o L'ARM
 - o Le médecin régulateur SAMU
 - o Le médecin régulateur SAS pour la période de janvier 2023
- La décision prise en réponse à l'appel
- Le classement en urgence vitale ou non de l'appel

- Le moyen de transport utilisé en cas d'orientation vers les urgences ou le cabinet de médecine libérale, parmi les quatre suivants :
 - Moyen personnel
 - Véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV)
 - Ambulance privée
 - Structure mobile d'urgence et de réanimation
 - Patient resté domicile
- La présence ou non d'un médecin traitant

Pour chaque fiche d'appel, l'analyse des motifs d'appels a permis de les réunir dans les catégories suivantes :

- Les motifs médicaux-biologiques parmi lesquels on retrouve :
 - Altération de l'état général – Maintien a domicile difficile
 - Anomalie biologique
 - Motif cardiologique
 - Motif dermatologique
 - Douleur
 - Fièvre
 - Motif gastro-entérologique
 - Motif gynécologique/obstétrique
 - Malaise
 - Motif néphrologique-urologique
 - Motif neurologique
 - Motif ophtalmologique
 - Motif oto-rhino-laryngologique (ORL)
 - Motif pneumologique
 - Motif psychiatrique
 - Autres motifs médicaux : demande de lecture d'électrocardiogramme (ECG), chambre implantable bouchée
- Demande de conseil médical
- Motifs traumatiques ou plaie
- Chute

L'ensemble des données ont été extraites manuellement et consignées dans un tableur via le logiciel Microsoft Excel après ouverture de chaque DR.

Le nom, le prénom, le sexe, le jour exact de naissance et le numéro de téléphone des appelants n'ont pas été conservés afin d'obtenir l'anonymisation des données.

II.7. Analyse statistique

Le critère de jugement principal a été comparé entre les deux périodes par un test de différence d'incidence (42). Le seuil de significativité statistique pour le CJP est de 0.05.

Les critères de jugement secondaires seront principalement descriptifs. Les variables quantitatives seront décrites par leurs moyennes et écart-type, ou médiane et quantiles (avec minimum et maximum). Les variables qualitatives seront décrites par leurs quantités et leurs pourcentages.

Les comparaisons de proportions seront réalisées par un test de χ^2 (Khi-2), ou un test non paramétrique de Fisher si les conditions d'utilisation du test paramétrique ne sont pas respectées.

Les analyses ont été effectuées via le logiciel Microsoft Excel (version 2311) et le logiciel R (Version 4.2.1) avec l'aide du Dr Maxime Bonjour, médecin de santé publique des Hospices Civils de Lyon.

Le nombre d'entrées au SAU du CH de Brive La Gaillarde a été extrait du logiciel Résurgence avec l'aide du personnel des urgences du CH Brive.

II.8. Législation

Le protocole de l'étude a été validé par la commission des thèses de la faculté de médecine de Limoges.

Les données ont été recueillies dans le cadre du soin courant et sont anonymisées. Les données présentées sont agrégées et ne permettent pas d'identification des patients.

III. Résultats

L'étude a été réalisée sur trente jours séparés en deux périodes distinctes en excluant les jours de week-end : quinze jours du mois de janvier 2022, et quinze jours du mois de janvier 2023.

Durant la période allant du 3 au 21 janvier 2022, 1667 fiches (ou DR) ont été recueillies et 1861 fiches durant la période allant du 4 au 24 janvier 2023, soit un total de 3528 fiches d'appel.

Certaines données étaient manquantes pour 70 fiches en 2022 et 79 fiches en 2023, soit un total de 149 fiches.

Ont été exclues 481 fiches en 2022 et 664 fiches en 2023 soit 1145 fiches au total car celles-ci présentaient un critère d'exclusion (Figure 10).

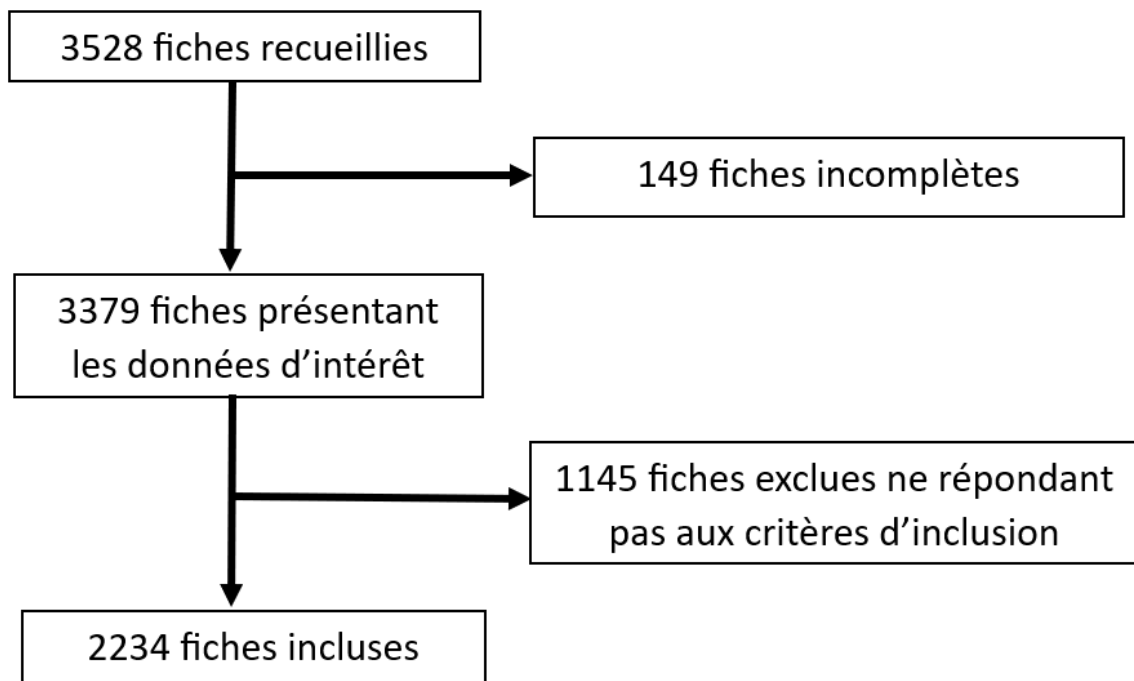


Figure 10 : Diagramme de flux

III.1. Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 1: Caractéristiques des appels et de leurs prises en charge

Année	2022	2023	Total
	N = 1038	N = 1188	N = 2226
Age du patient			
Moyenne (SD)	51.63 (29.68)	52.62 (30.53)	52.16 (30.14)
Médiane	55.00	57.00	56.00
Q1-Q3	26.00 - 78.00	25.00 - 80.00	26.00 - 79.00
Min-Max	0.00 - 103.00	0.00 - 100.00	0.00 - 103.00
N	1036	1188	2224
Médecin traitant			
Non	101 (13.5%)	95 (10.3%)	196 (11.8%)
Oui	647 (86.5%)	824 (89.7%)	1471 (88.2%)
(col %)	N = 748	N = 919	N = 1667
Motif d'appel			
AEG/MADD	56 (5.4%)	82 (6.9%)	138 (6.2%)
Anomalie biologique	9 (0.9%)	19 (1.6%)	28 (1.3%)
Autres	4 (0.4%)	1 (0.1%)	5 (0.2%)
Cardiologie	74 (7.1%)	76 (6.4%)	150 (6.7%)
Chute	60 (5.8%)	58 (4.9%)	118 (5.3%)
Demande de conseil médical	57 (5.5%)	38 (3.2%)	95 (4.3%)
Dermatologie	23 (2.2%)	27 (2.3%)	50 (2.2%)
Douleur	40 (3.9%)	79 (6.6%)	119 (5.3%)
Fièvre	64 (6.2%)	104 (8.8%)	168 (7.5%)
Gastro-entérologie	108 (10.4%)	131 (11.0%)	239 (10.7%)
Gynécologie/Obstétrique	7 (0.7%)	4 (0.3%)	11 (0.5%)
Malaise	67 (6.5%)	68 (5.7%)	135 (6.1%)
Néphrologie/Urologie	23 (2.2%)	34 (2.9%)	57 (2.6%)
Neurologie	100 (9.6%)	81 (6.8%)	181 (8.1%)
Ophtalmologie	8 (0.8%)	20 (1.7%)	28 (1.3%)
ORL	27 (2.6%)	31 (2.6%)	58 (2.6%)
Pneumologie	125 (12.0%)	86 (7.2%)	211 (9.5%)
Psychiatrie	46 (4.4%)	80 (6.7%)	126 (5.7%)
Traumatisme/Plaie	140 (13.5%)	169 (14.2%)	309 (13.9%)
(col %)	N = 1038	N = 1188	N = 2226
Heure d'appel			
<18h	939 (90.5%)	1073 (90.3%)	2012 (90.4%)
18h+	99 (9.5%)	115 (9.7%)	214 (9.6%)
(col %)	N = 1038	N = 1188	N = 2226
Année	2022	2023	Total
	N = 1038	N = 1188	N = 2226
Prise en charge de l'appel			
ARM	81 (7.8%)	45 (3.8%)	126 (5.7%)
Médecin régulateur SAMU	957 (92.2%)	523 (44.0%)	1480 (66.5%)
Médecin régulateur SAS	0 (0.0%)	620 (52.2%)	620 (27.9%)
(col %)	N = 1038	N = 1188	N = 2226

Année	2022 N = 1038	2023 N = 1188	Total N = 2226
Traitement de l'appel			
Conseil et rappel 15	53 (5.1%)	78 (6.6%)	131 (5.9%)
Conseil médical	228 (22.0%)	279 (23.5%)	507 (22.8%)
Consultation aux urgences	615 (59.2%)	659 (55.5%)	1274 (57.2%)
Consultation dentaire	0 (0.0%)	1 (0.1%)	1 (0.0%)
Domicile	1 (0.1%)	0 (0.0%)	1 (0.0%)
Rdv médecin traitant	140 (13.5%)	99 (8.3%)	239 (10.7%)
Rdv plateforme SAS	0 (0.0%)	72 (6.1%)	72 (3.2%)
Transfert	1 (0.1%)	0 (0.0%)	1 (0.0%)
(col %)	N = 1038	N = 1188	N = 2226
Moyen de transport			
Ambulance	323 (31.1%)	383 (32.2%)	706 (31.7%)
Domicile	283 (27.3%)	367 (30.9%)	650 (29.2%)
Moyen personnel	225 (21.7%)	237 (19.9%)	462 (20.8%)
SMUR	11 (1.1%)	6 (0.5%)	17 (0.8%)
VSAV	195 (18.8%)	195 (16.4%)	390 (17.5%)
(col %)	N = 1037	N = 1188	N = 2225

Prise en charge de l'appel	ARM N = 45	Médecin régulateur SAMU N = 523	Médecin régulateur SAS N = 620	Total N = 1188
Traitement de l'appel				
Conseil et rappel 15	4 (8.9%)	12 (2.3%)	62 (10.0%)	78 (6.6%)
Conseil médical	1 (2.2%)	29 (5.5%)	249 (40.2%)	279 (23.5%)
Consultation aux urgences	32 (71.1%)	474 (90.6%)	153 (24.7%)	659 (55.5%)
Consultation dentaire	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)	1 (0.1%)
Rdv médecin traitant	8 (17.8%)	4 (0.8%)	87 (14.0%)	99 (8.3%)
Rdv plateforme SAS	0 (0.0%)	4 (0.8%)	68 (11.0%)	72 (6.1%)
(col %)	N = 45	N = 523	N = 620	N = 1188
Moyen de transport				
Ambulance	14 (31.1%)	285 (54.5%)	84 (13.5%)	383 (32.2%)
Domicile	7 (15.6%)	42 (8.0%)	318 (51.3%)	367 (30.9%)
Moyen personnel	11 (24.4%)	26 (5.0%)	200 (32.3%)	237 (19.9%)
SMUR	0 (0.0%)	6 (1.1%)	0 (0.0%)	6 (0.5%)
VSAV	13 (28.9%)	164 (31.4%)	18 (2.9%)	195 (16.4%)
(col %)	N = 45	N = 523	N = 620	N = 1188
Age du patient				
Moyenne (SD)	52.78 (30.29)	63.22 (27.02)	43.67 (30.52)	52.62 (30.53)
Médiane	62.00	71.00	43.00	57.00
Q1-Q3	29.00 - 76.00	46.00 - 86.00	17.00 - 71.00	25.00 - 80.00
Min-Max	0.00 - 100.00	0.00 - 100.00	0.00 - 100.00	0.00 - 100.00
N	45	523	620	1188
MT				
Non	3 (10.3%)	19 (5.8%)	73 (13.0%)	95 (10.3%)
Oui	26 (89.7%)	309 (94.2%)	489 (87.0%)	824 (89.7%)
(col %)	N = 29	N = 328	N = 562	N = 919

Prise en charge de l'appel	ARM N = 45	Médecin régulateur SAMU N = 523	Médecin régulateur SAS N = 620	Total N = 1188
Motif d'appel				
AEG/MADD	1 (2.2%)	35 (6.7%)	46 (7.4%)	82 (6.9%)
Anomalie biologique	1 (2.2%)	10 (1.9%)	8 (1.3%)	19 (1.6%)
Autres	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)	1 (0.1%)
Cardiologie	0 (0.0%)	51 (9.8%)	25 (4.0%)	76 (6.4%)
Chute	7 (15.6%)	47 (9.0%)	4 (0.6%)	58 (4.9%)
Demande de conseil médical	0 (0.0%)	3 (0.6%)	35 (5.6%)	38 (3.2%)
Dermatologie	1 (2.2%)	4 (0.8%)	22 (3.5%)	27 (2.3%)
Douleur	3 (6.7%)	18 (3.4%)	58 (9.4%)	79 (6.6%)
Fièvre	1 (2.2%)	5 (1.0%)	98 (15.8%)	104 (8.8%)
Gastro-entérologie	4 (8.9%)	24 (4.6%)	103 (16.6%)	131 (11.0%)
Gynécologie/Obstétrique	0 (0.0%)	2 (0.4%)	2 (0.3%)	4 (0.3%)
Malaise	5 (11.1%)	46 (8.8%)	17 (2.7%)	68 (5.7%)
Néphrologie/Urologie	1 (2.2%)	12 (2.3%)	21 (3.4%)	34 (2.9%)
Neurologie	2 (4.4%)	55 (10.5%)	24 (3.9%)	81 (6.8%)
Ophtalmologie	0 (0.0%)	3 (0.6%)	17 (2.7%)	20 (1.7%)
ORL	1 (2.2%)	7 (1.3%)	23 (3.7%)	31 (2.6%)
Pneumologie	2 (4.4%)	46 (8.8%)	38 (6.1%)	86 (7.2%)
Psychiatrie	3 (6.7%)	44 (8.4%)	33 (5.3%)	80 (6.7%)
Traumatisme/Plaie	13 (28.9%)	111 (21.2%)	45 (7.3%)	169 (14.2%)
(col %)	N = 45	N = 523	N = 620	N = 1188
heure18				
<18h	42 (93.3%)	473 (90.4%)	558 (90.0%)	1073 (90.3%)
18h+	3 (6.7%)	50 (9.6%)	62 (10.0%)	115 (9.7%)
(col %)	N = 45	N = 523	N = 620	N = 1188

III.1.1. Âge de la population

Durant la période janvier 2022, les fiches incluses concernent des patients âgés de quelques jours à 103 ans, avec un âge moyen de 52 ans, un écart-type de 30 ans une médiane de 55 ans.

Sur la période de janvier 2023, les valeurs ne montrent pas de différence majeure avec une inclusion de fiches patients allant de quelques jours à 100 ans, avec un âge moyen de 53 ans, un écart type de 30 ans et une médiane de 57 ans.

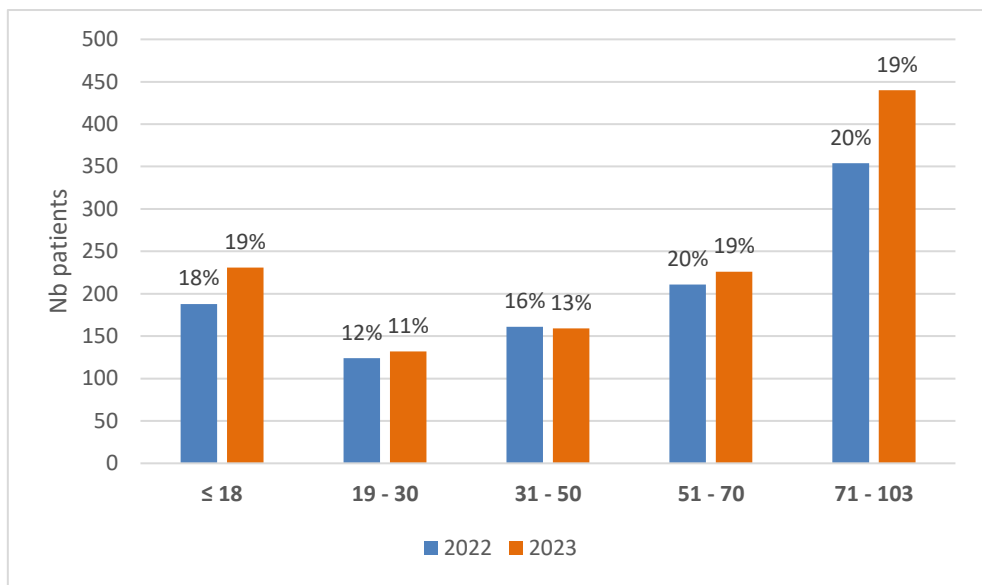


Figure 11 : Répartition des âges en fonction de l'année

En 2022 comme en 2023, la tranche d'âge la plus représentée est celle des patients ayant plus de 70 ans avec respectivement 354 et 440 appels, suivie par la tranche pédiatrique allant d'un moins d'un mois à 18 ans (Figure 11).

La tranche la moins représentée pour les deux années est également la même et concernait les 19 à 30 ans.

III.1.2. Déclaration d'un médecin traitant

Sur les 2234 fiches d'appel analysées, le nombre de fiches où l'information sur la déclaration d'un médecin traitant ou non est manquante s'élève à 529 soit 25% des fiches.

Néanmoins, sur l'année 2022, 651 patients déclarent avoir un médecin traitant soit 62% des fiches d'appels analysée, 102 patients déclarent être sans médecin traitant, l'information était manquante pour 291 fiches.

Pour l'année 2023, ce pourcentage était similaire avec 828 patients déclarant avoir médecin traitant soit 69% des fiches d'appel analysables, 96 patients déclarent ne pas en avoir et l'information était manquante pour 270 fiches (Figure 12).

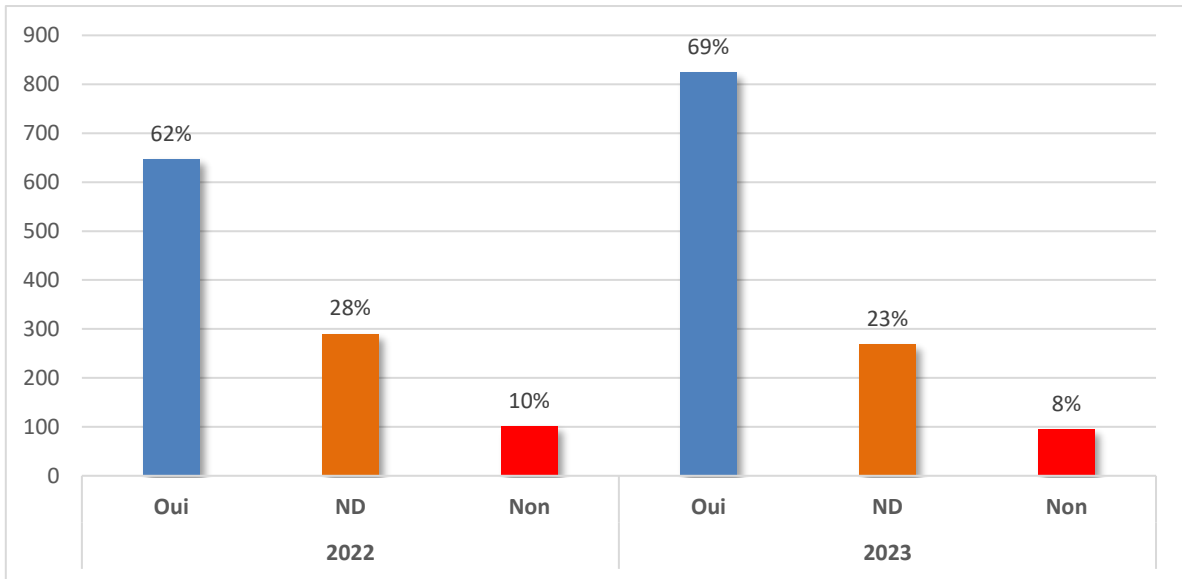


Figure 12 : Répartition de la déclaration médecin traitant en fonction de l'année

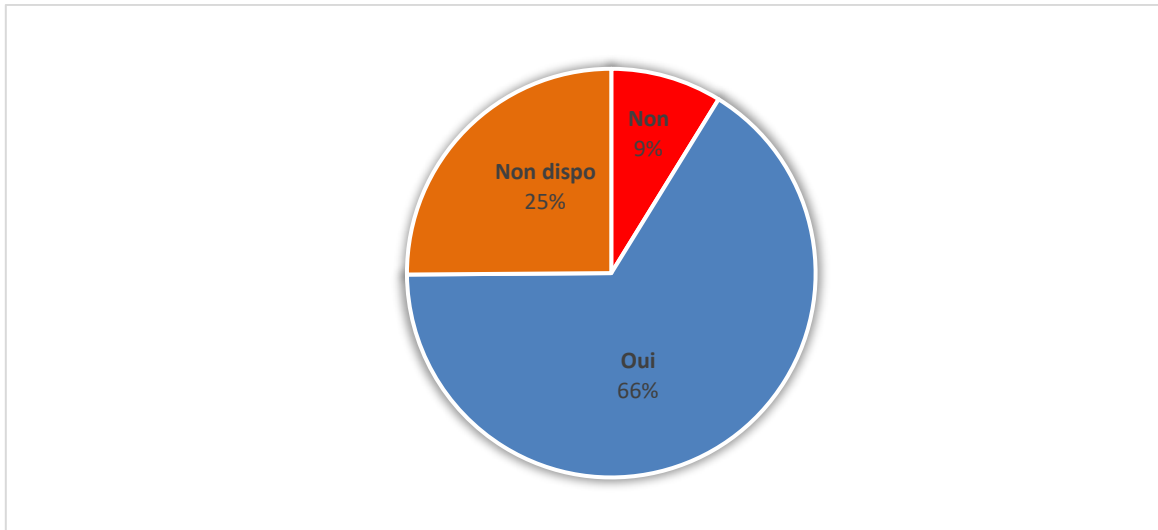


Figure 13 : Répartition de la déclaration d'un médecin traitant sur les deux périodes confondues

Sur les deux années confondues, une majorité de patients déclarent donc avoir un médecin traitant, malgré le nombre important de fiches où l'information n'avait pas été notifiée par l'opérateur (Figure 13).

III.1.3. Commune d'appels

Concernant l'origine des appels, L'agglomération de Brive La Gaillarde représente 28% des appels sur les deux périodes confondues avec 314 appels sur la période 2022 et 312 sur la période 2023.

L'agglomération de Tulle représente 8% des appels sur les deux périodes et se classe en deuxième position avec 107 appels en 2022 et 81 en 2023, suivie par l'agglomération d'Ussel représentant 2% de la totalité des appels (Figure 14).

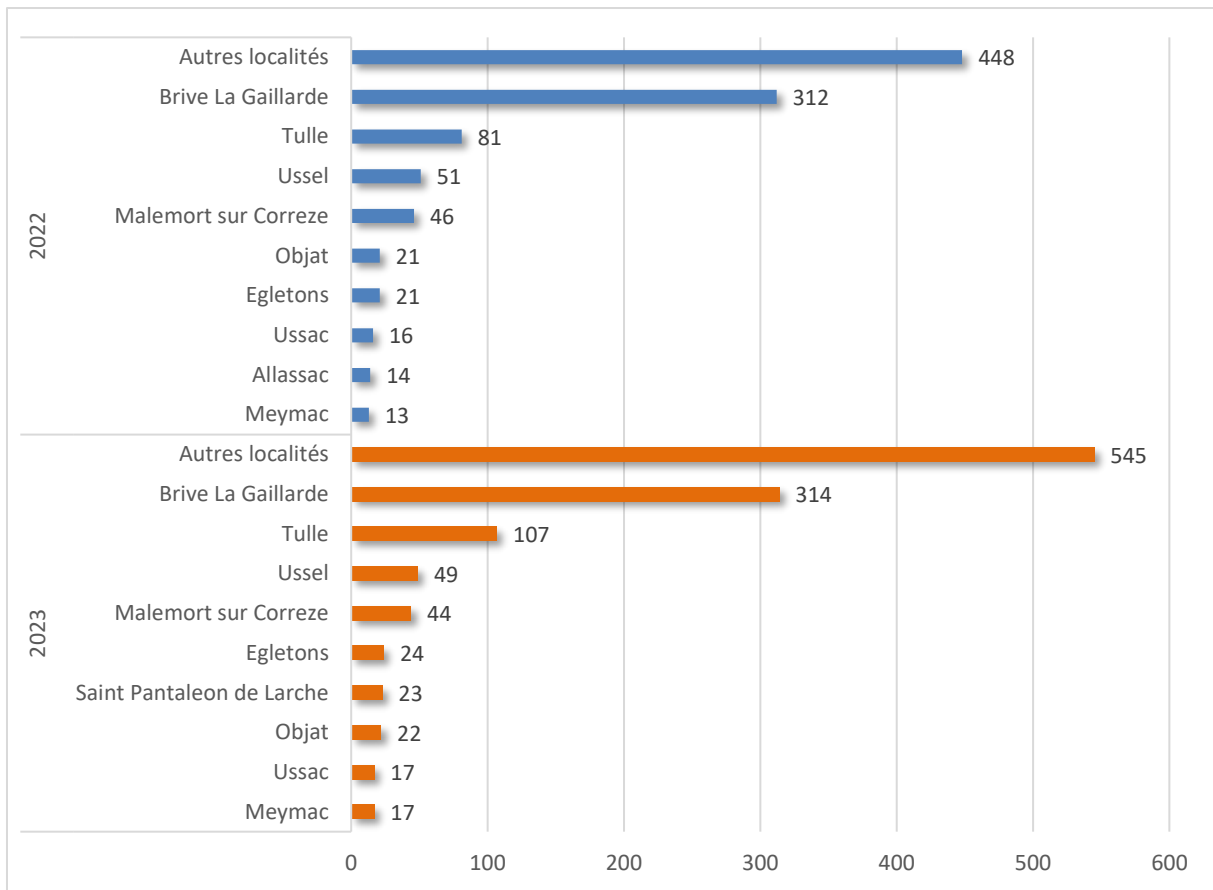


Figure 14 : Répartition du nombre d'appel par commune en 2022 et 2023

Ces données semblent donc cohérentes avec la répartition démographique corrézienne, l'agglomération de Brive-La-Gaillarde étant la plus peuplée du département avec 45 543 habitants en 2022 suivie par Tulle avec 14 314 habitants, puis Ussel avec 8961 habitants (43).

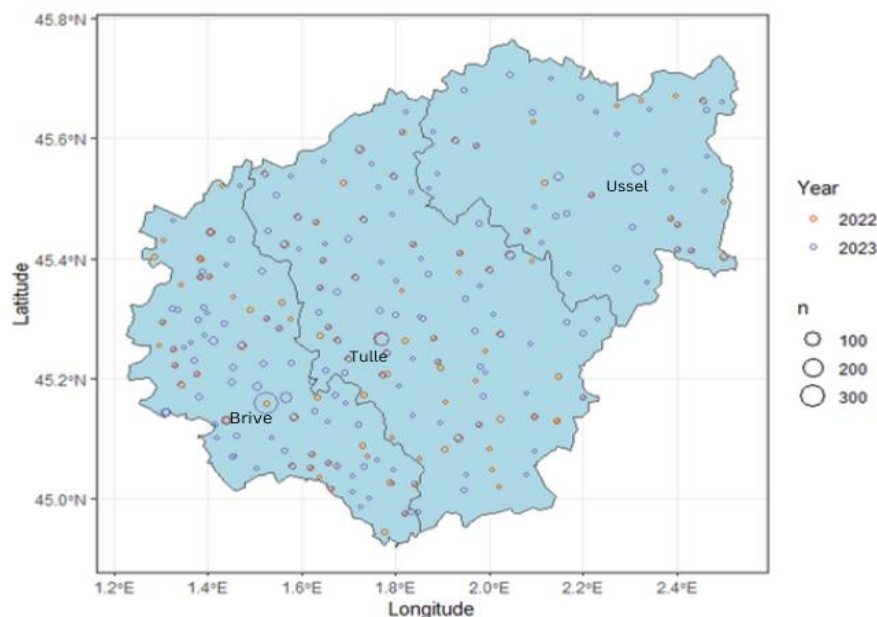


Figure 15 : Répartition des appels en fonction de la commune

La figure 15 représente la superposition du nombre d'appels en fonction de leurs communes d'origine, pour les deux périodes.

Le nombre d'appels semblent similaires pour les trois agglomérations en tête du classement sur les deux périodes.

III.1.4. Heures d'appel

L'analyse du nombre d'appel par tranche horaire d'une heure de 9 à 20h pour la période 2022 montre trois pics d'appel entre 9h et 10h, 12h et 13h et 19h et 20h avec respectivement 114 (11%), 100 (10%) et 156 (15%) appels.

Pour la période 2023, les valeurs sont similaires avec trois pics dans les mêmes tranches horaires, avec 120 appels (10%) pour la tranche 9h-10h, 126 (11%) pour la tranche 12h-13h et 116 (9,7%) pour la tranche 19h-20h (Figure 16).

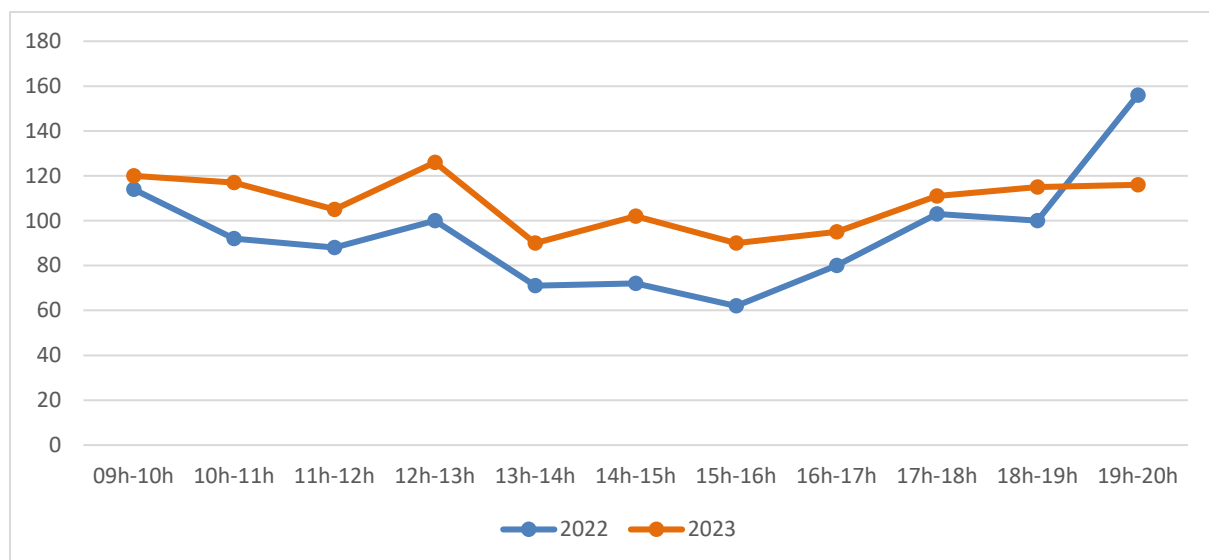


Figure 16 : Répartition des appels en fonction de la tranche horaire en 2022 et 2023

Néanmoins, pour les deux périodes, les tranches horaires les plus chargées en appel correspondent aux tranches horaires les plus matinales (avant 10h) et les plus tardives (après 19h).

III.2. Description des appels

III.2.1. Nombre d'appels

Pour la période de janvier 2022, on décompte 1043 appels respectant les critères d'inclusion, et 1191 en 2023.

Si l'on compare ces deux valeurs en prenant compte de l'évolution de la démographie corrézienne, avec 238 400 habitants en 2022 contre 237 077 en 2023, on constate une augmentation moyenne significative de l'incidence des appels à +4,38 [1,79 – 6,97] appels par jour pour 100 000 habitants.

Tableau 2: Comparaison de l'incidence du nombre d'appels sur les deux périodes

Année	Nombre d'appels	Population	Incidence (appels par jour pour 100 000 habitants)	p-value
2022	1043	238 400	27,26	0,0009332
2023	1191	237 077	31,51	

III.2.2. Prise en charge de l'appel

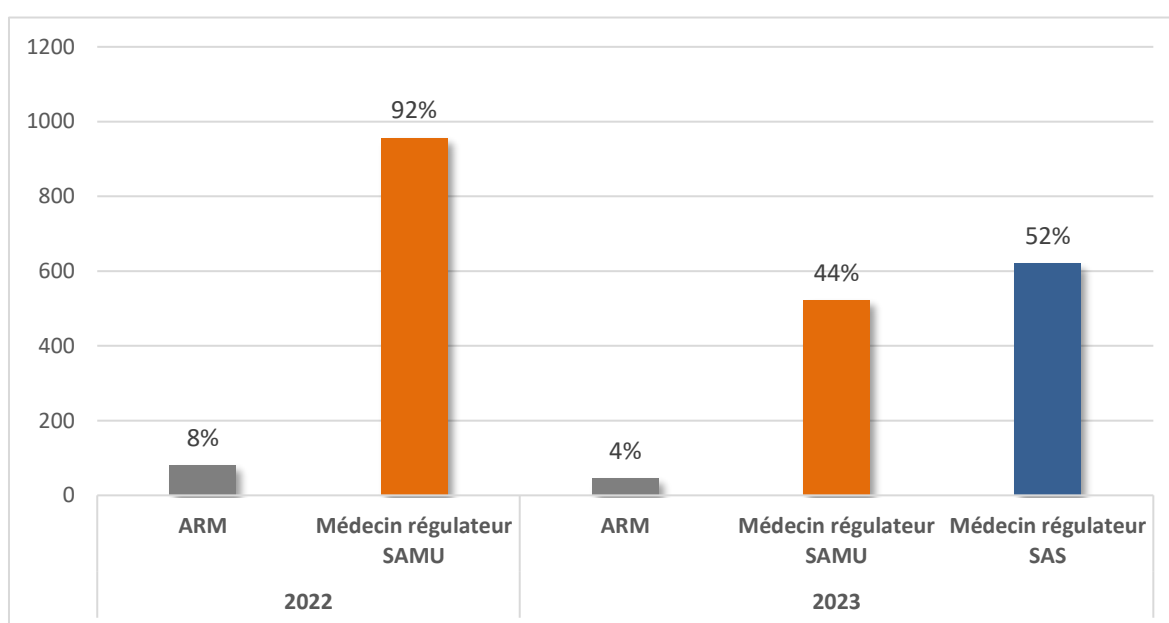


Figure 17 : Répartition des appels en fonction de l'opérateur en 2022 et 2023

Pour la période 2022, le médecin régulateur SAMU était le seul interlocuteur disponible pour régulation des appels, et captait 957 appels sur les 1043 appels étudiés sur la période, soit en moyenne 6 appels par heure concernant un motif relevant de la médecine générale.

81 appels ont pu être clôturés par l'ARM sans passer le médecin SAMU, lorsque les appels concernaient un conseil ou une information simple (Figure 17).

Concernant la période 2023, la charge d'appel captée par le médecin régulateur SAMU a pu être divisée par deux pour les appels étudiés avec 523 appels dirigés vers ce dernier contre 620 appels dirigés vers le médecin SAS.

III.2.3. Motifs d'appel

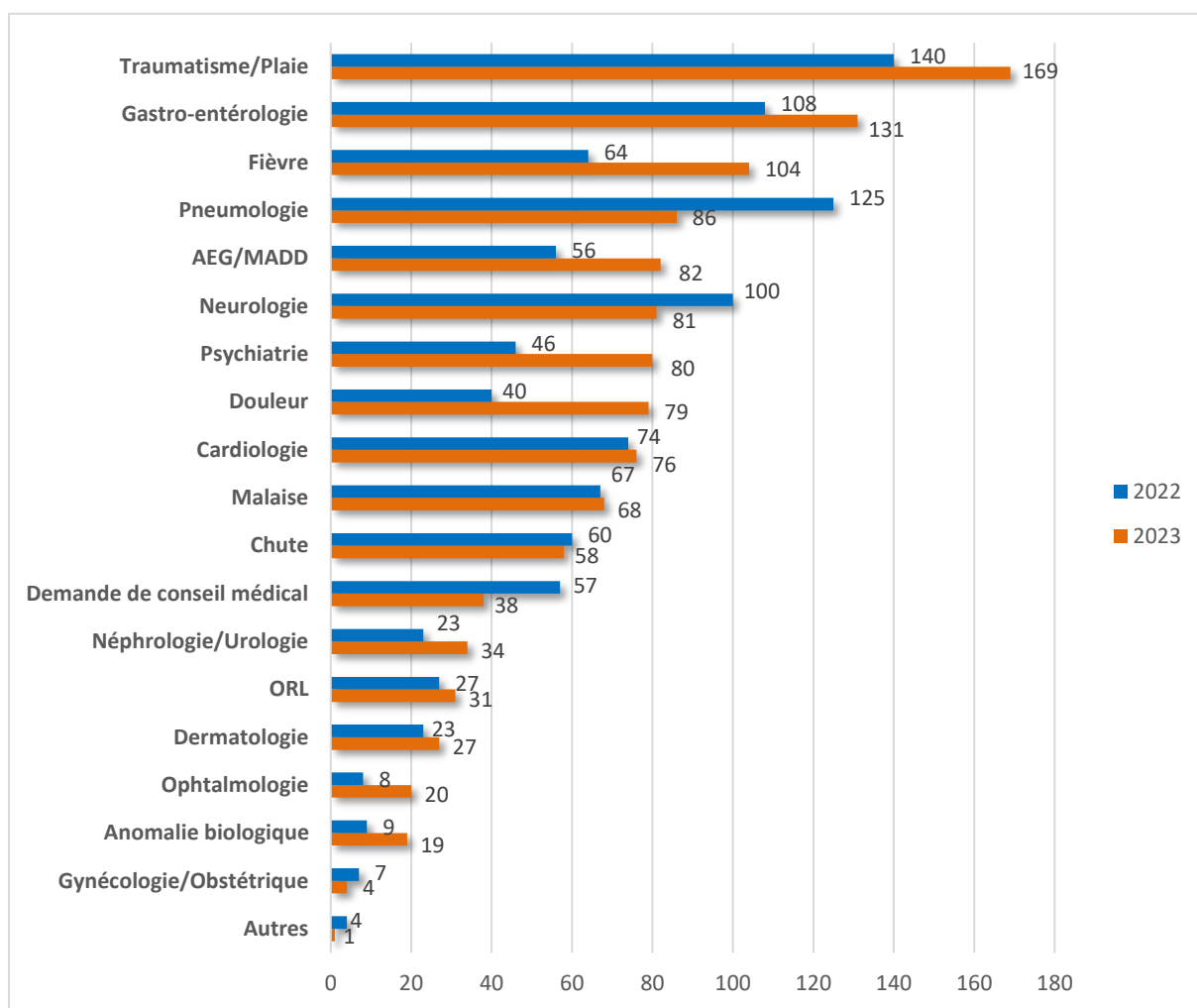


Figure 18 : Répartition des motifs d'appels en fonction de l'année

Pour les deux périodes, tous interlocuteurs confondus, le motif d'appel le plus récurrent est similaire et concerne les plaies et traumatismes, regroupant 13% (n=140) des appels en 2022 et 14% (n=169) en 2023 (Annexe 1).

On peut voir une évolution concernant les quatre motifs suivants, avec une augmentation des appels concernant les fièvres et constituant 9% des appels en 2023 (n=104) contre 6% en 2022 (n=64) ainsi que les maintiens à domicile difficiles passant de 5% (n=56) en 2022 à 7% (n=82) en 2023.

Les appels pour motif pneumologique, en revanche, affichent une baisse importante, passant de 12% des appels (n=125) en 2022 à 7% (n=86) en 2023.

Les appels concernant un motif gastroentérologiques représentent une part importante des appels avec respectivement 10% (n=108) en 2022 et 11% (n=131).

Les appels pour motifs cardiologiques représentent la même proportion pour les deux années avec 7% (n=74) en 2022 et 6% (n=76) en 2023 mais se classent en 5^{ième} position des motifs les plus récurrents en 2022 contre la 9^{ième} position en 2023 (Annexe 1).

III.2.4. Traitement de l'appel

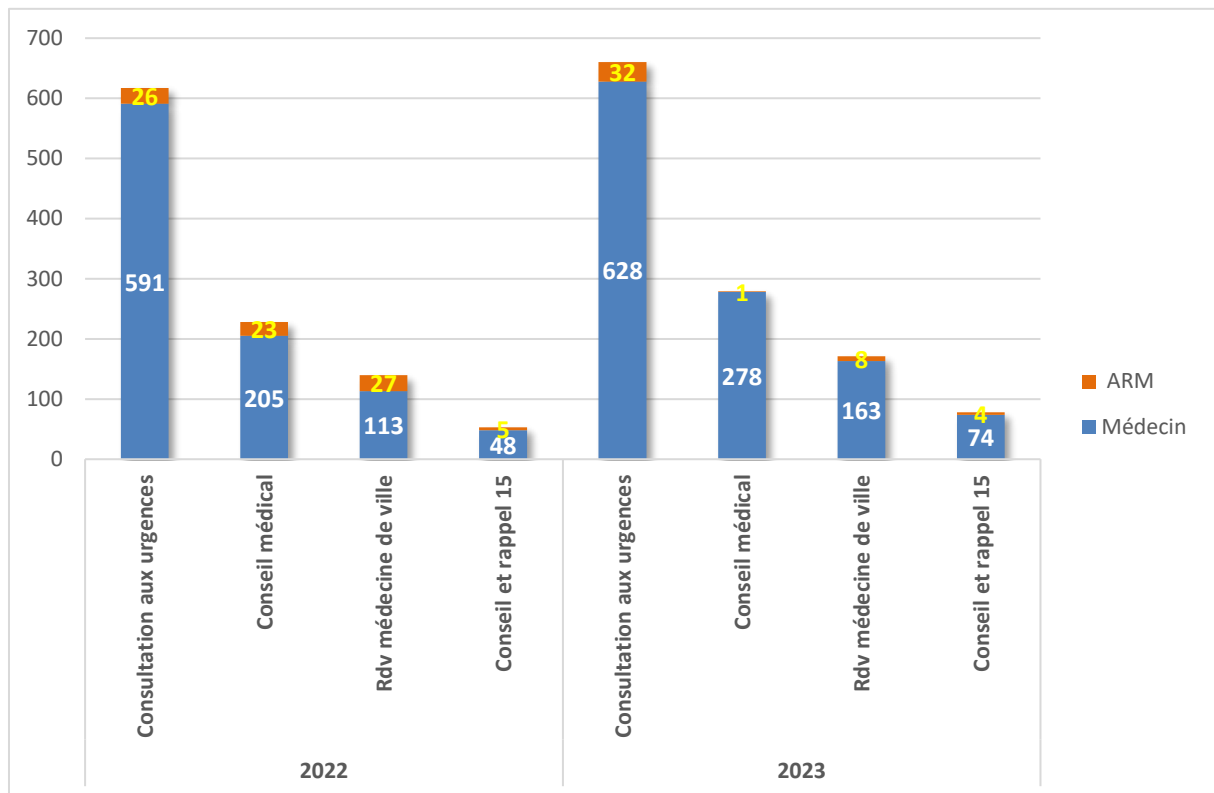


Figure 19 : Répartition du traitement des appels en fonction de l'opérateur

Pour la période 2022, 59% (n=617) des appels sont dirigés vers les urgences des différents centres hospitaliers départementaux, et 56% (n=660) concernant la période 2023, soit plus de la moitié des appels pour chacune des deux périodes.

Les appels conduisant à un conseil médical simple (avec élaboration d'une ordonnance télétransmise ou non) constituent le deuxième devenir le plus fréquent avec 22% (n=228) des appels pour la période 2022 et 23% (n=279) pour la période 2023. A noter que et 5% (n=53) et 7%(n=78), respectivement en 2022 et 2023, des appels conduisent également à un conseil accompagné d'une consigne de rappeler le 15 en cas de mauvaise évolution.

Les appels conduisant à une consultation ambulatoire sont minoritaires avec 13% (n=140) et 14%(n=171) des appels respectivement pour la période 2022 et 2023.

III.2.5. Moyen de transport utilisé

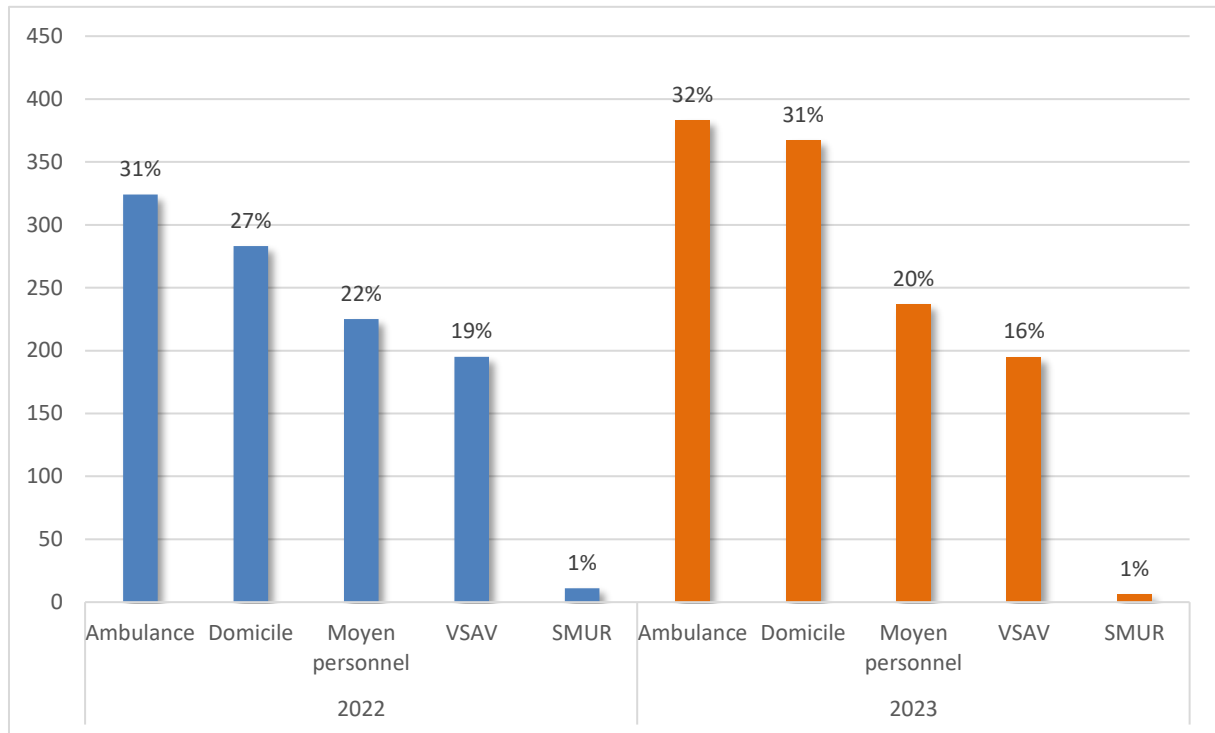


Figure 20 : Répartition des moyens de transport utilisés selon l'année

Les deux périodes sont similaires concernant la répartition des moyens de transport utilisés.

Une majorité des appels ne conduisent pas à un transport de secours, avec respectivement 27% (n=283) de patients restant au domicile et 22% (n=225) ayant recours à leurs véhicules personnels en 2022, et respectivement 31% (n=367) et 20% (n=237) en 2023.

Les ambulances privées sont le moyen de transport sanitaire le plus sollicité, et concernent 31% (n=324) des appels en 2022 et 32% (n=383).

Un quart des appels conduisent à une intervention des pompiers avec 19% des appels (n=195) en 2022 et 16% (n=195) en 2023.

Les transports par équipe du SMUR sont minoritaires avec 1% (n=11) des appels concernés en 2022 et 1% (n=6) en 2023.

Tableau 3 : Nombre de transport en fonction des dix motifs d'appels les plus récurrents

	Ambulance	VSAV	Moyen personnel	SMUR
Trauma/plaie	113	110	47	5
HGE	52	11	81	0
Pneumologie	62	34	39	4
Neurologie	78	49	22	1
Fièvre	13	3	64	1
Cardiologie	69	10	24	1
AEG/MADD	69	10	24	0
Malaise	43	43	14	1
Psychiatrie	49	30	24	3
Douleur	32	7	30	0

Sur les deux années confondues, les motifs d'appels nécessitant le plus de transports sanitaires non médicalisés (ambulances et VSAV) sont les plaies et traumatismes (n=223), la neurologie (n=127) et la pneumologie (n=96).

Les motifs gastroentérologiques (n=81) ainsi que les fièvres (n=64) sont ceux faisant le plus l'objet d'un transport par le patient lui-même vers un centre hospitalier ou une consultation ambulatoire.

Les transports par équipe du SMUR sont minoritaires, et concernent principalement les traumatismes et plaies importantes (n=5) ainsi que les motifs pneumologiques (n=4).

III.3. Description de la prise en charge suite à la mise en place du SAS

Après la mise en place du SAS en novembre 2022, la régulation des appels était donc faite par le médecin SAMU et le médecin volontaire SAS. La partie suivante s'intéressera aux changements apportés à la gestion des appels et à leurs traitements à la suite de cette nouveauté sur la période de janvier 2023.

III.3.1. Motifs d'appels

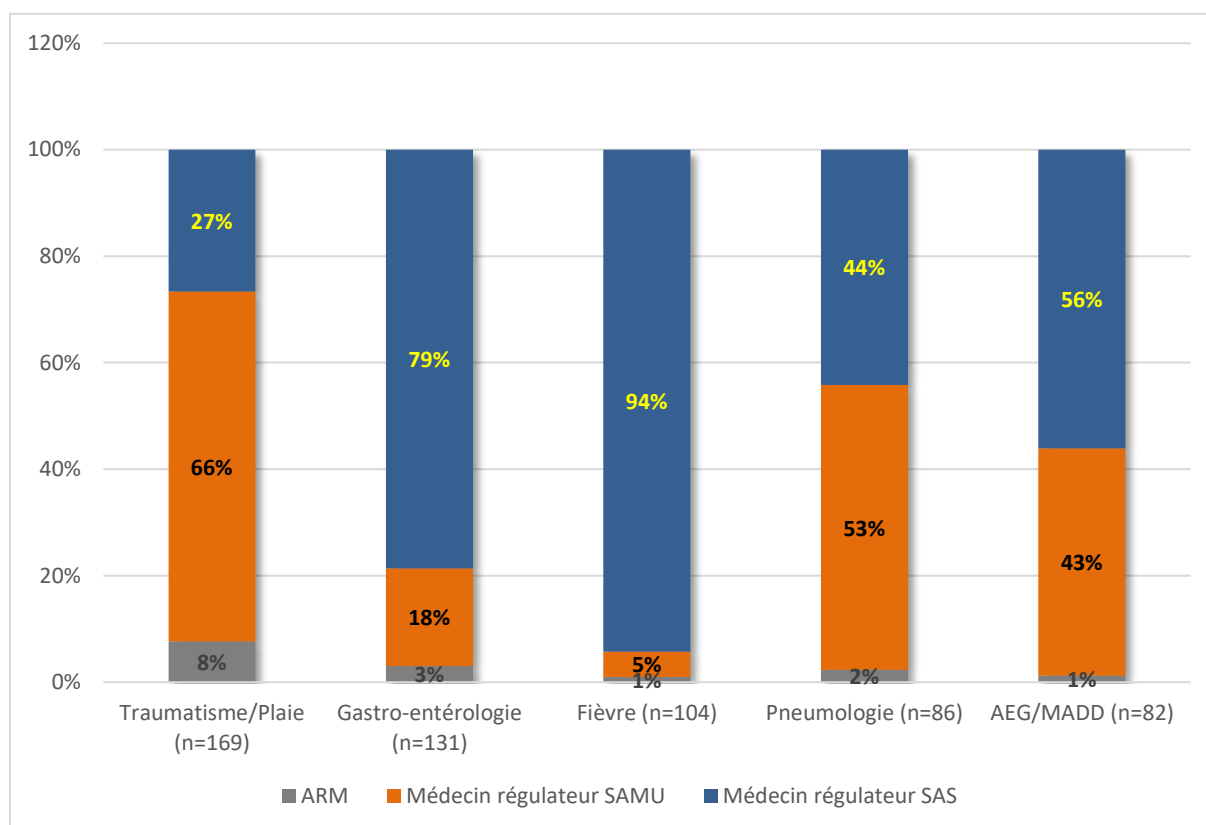


Figure 21 : Répartition des appels entre opérateurs en fonction des cinq motifs les plus récurrents pour la période janvier 2023

Pour la période 2023, les motifs médicaux faisant le plus objet d'un appel sont les traumatismes et plaies suivis par la gastro-entérologie, les fièvres, la pneumologie puis les altérations de l'état général et maintiens à domicile difficiles.

Le médecin SAMU reste l'opérateur le plus sollicité pour les appels concernant les plaies et traumatismes (n=111).

Le médecin SAS est l'interlocuteur principal concernant les appels pour fièvre (n=98), ainsi que pour les motifs gastroentérologiques (n=103).

Concernant les motifs pneumologiques ainsi que les AEG/MADD, la répartition des appels est dirigée quasiment équitablement vers les deux opérateurs (Figure 21).

Concernant les autres motifs d'appels, le médecin SAS est plus sollicité pour six motifs sur quatorze étant l'algologie (n=58), les demandes de conseils médicaux (n=35), la néphrologie/urologie (n=21), l'oto-rhino-laryngologie (n=23), la dermatologie (n=22), et l'ophtalmologie (n=17).

Le médecin SAMU reste l'opérateur captant le plus d'appels concernant les motifs neurologiques (n=55), psychiatriques (n=44), cardiologiques (n=51), les malaises (n=46), les chutes (n=47), et les anomalies biologiques (n=10) (Annexe 2).

III.3.2. Traitement de l'appel

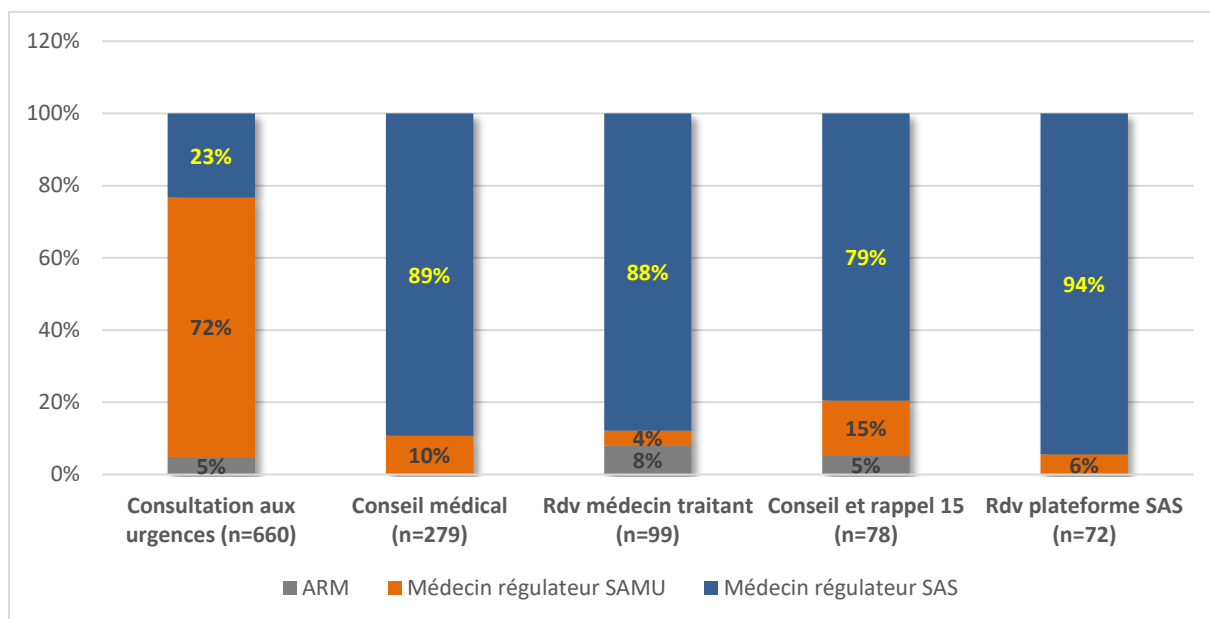


Figure 22 : Traitement des appels en fonction de l'opérateur pour la période de janvier 2023

Concernant le traitement des appels après la mise en place du SAS, la majorité des appels conduisant à une consultation dans les services des urgences de l'un des centres hospitaliers départementaux est dirigée vers le médecin régulateur SAMU avec 474 appels, contre 154 pour le médecin régulateur SAS.

Par ailleurs, 32 appels sont dirigés vers les services d'urgences directement par l'ARM, majoritairement dans le cas de traumatismes non graves mais nécessitant un examen d'imagerie (Figure 22).

Les conseils médicaux constituent une part majeure du travail du médecin SAS, avec 311 appels débouchant sur un conseil simple, dont 62 avec une consigne de rappel en cas de dégradation de la situation clinique.

Le nombre d'appels aboutissant à un conseil par le médecin SAMU est moindre (n=41) dont 12 appels avec consigne de rappel.

La redirection des appels vers le médecin traitant du patient est majoritairement du fait du médecin SAS avec 87 appels traités, contre 4 pour le médecin SAMU et 8 appels redirigés directement par l'ARM.

Enfin, la mise en place du SAS a permis la redirection de 6% des appels étudiés vers un médecin partenaire. Cette redirection est majoritairement du fait du médecin SAS avec 68 appels aboutissant à une prise de rendez-vous sur la plateforme nationale.

La médecin SAMU est à l'origine de 4 rendez-vous avec un médecin effecteur SAS, via son collègue régulateur SAS.

III.3.3. Moyen de transport utilisé

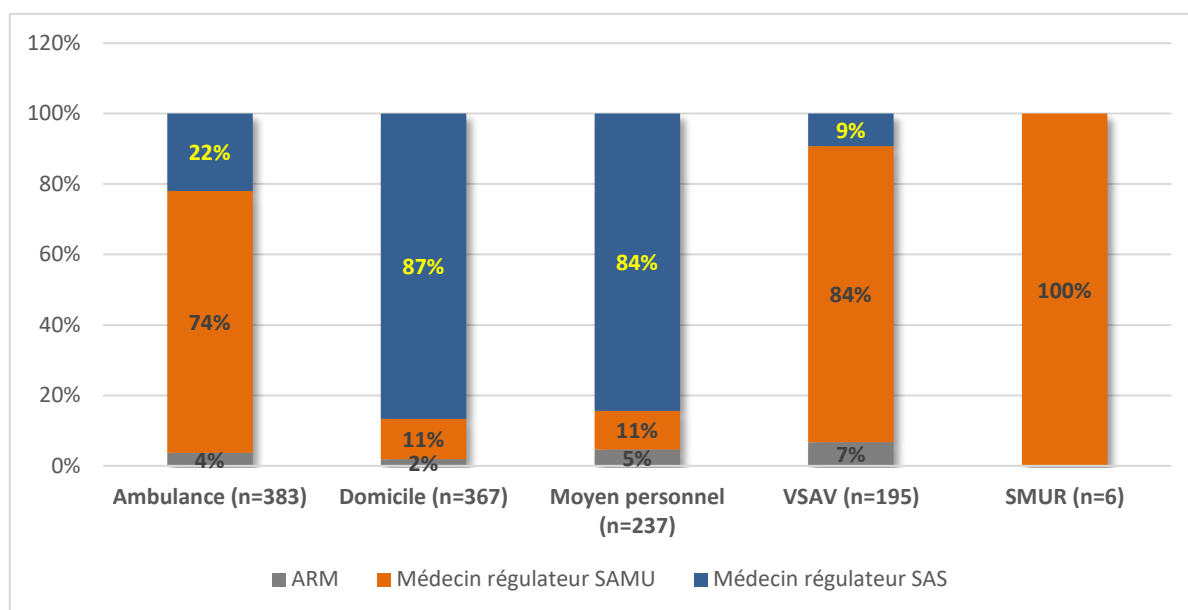


Figure 23 : Moyens de transport en fonction de l'opérateur pour la période de janvier 2023

Le médecin SAS est le principal interlocuteur des appels ne conduisant pas à un transport sanitaire. Sur 237 appels se concluant par un transport par le moyen personnel du patient, 200 sont traités par le médecin SAS. De même sur les 367 appels conduisant à un conseil de rester au domicile, 318 sont traités par le médecin SAS.

Le médecin SAMU reste l'interlocuteur principal des appels conduisant à un transport sanitaire, avec génération de 285 transports en ambulance privée sur 383, et de 164 transports par VSAV sur 195.

L'ARM est peu générateur de transports, mais on remarque l'envoi de 14 ambulances et de 13 VSAV de son fait sur les 584 appels générant un transport sanitaire.

Les transports par véhicule du SMUR sont minoritaires (n=6), et exclusivement générés par le médecin régulateur SAMU.

III.3.4. Comparaison de la prise en charge des demandes de SNP entre le régulateur SAMU en 2022 et le régulateur SAS en 2023

L'objectif de la mise en place du SAS étant d'offrir aux patients appelant le 15 une alternative à la consultation au SAU pour des urgences non vitales mais nécessitant un conseil ou une consultation médicale dans les 24 à 48h, cette sous-partie s'intéresse au traitement des demande de SNP par le médecin régulateur du SAMU en 2022, puis par le médecin régulateur du SAS en 2023.

Afin d'assurer une comparabilité et mettre en avant l'impact de la mise en place du SAS, certains motifs relevant sans équivoque d'une régulation par le médecin SAMU ont été retirés de l'analyse :

- Les motifs nécessitant l'avis d'un médecin spécialiste hospitalier : douleurs thoraciques persistantes, troubles du rythme cardiaque, crises convulsives généralisées, zones ophtalmiques

- Les motifs neurologiques avec nécessité d'un examen d'imagerie rapide : suspicion d'accidents vasculaires cérébraux, malaise avec perte de connaissance, traumatismes crâniens avec signes neurologiques
- Les détresses respiratoires avec désaturation
- Les traumatismes graves : chutes avec déplacement du patient impossible, plaies hémorragiques

Sur les 1043 appels analysés traités par le médecin SAMU en 2022, 65% (n=672) des appels peuvent être considérés comme des demandes de SNP.

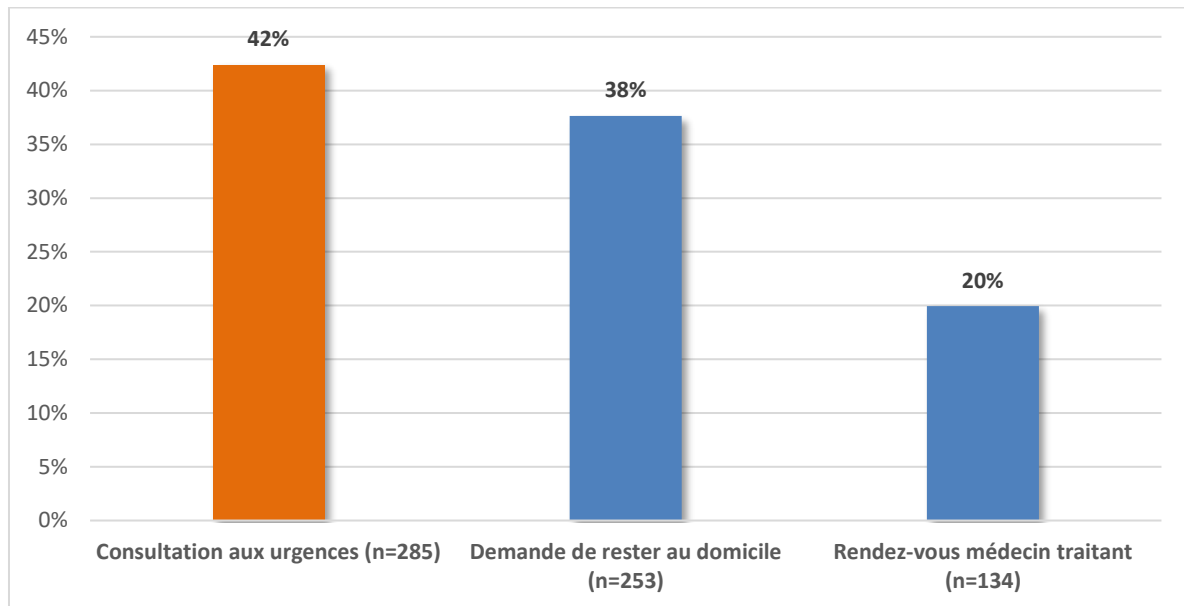


Figure 24 : Traitement des demandes de SNP par le régulateur SAMU pour la période de janvier 2022

Sur les 672 appels, la décision la plus souvent prise en réponse à un appel est l'envoi aux urgences du CH le plus proche, suivie de la demande de rester au domicile suite à un conseil médical simple (n=208) ou avec une consigne de rappel (n=45).

Le recours à la médecine libérale est moindre, du fait du nombre d'appels devant être traités par le médecin SAMU et laissant peu de temps pour la communication entre ville et hôpital.

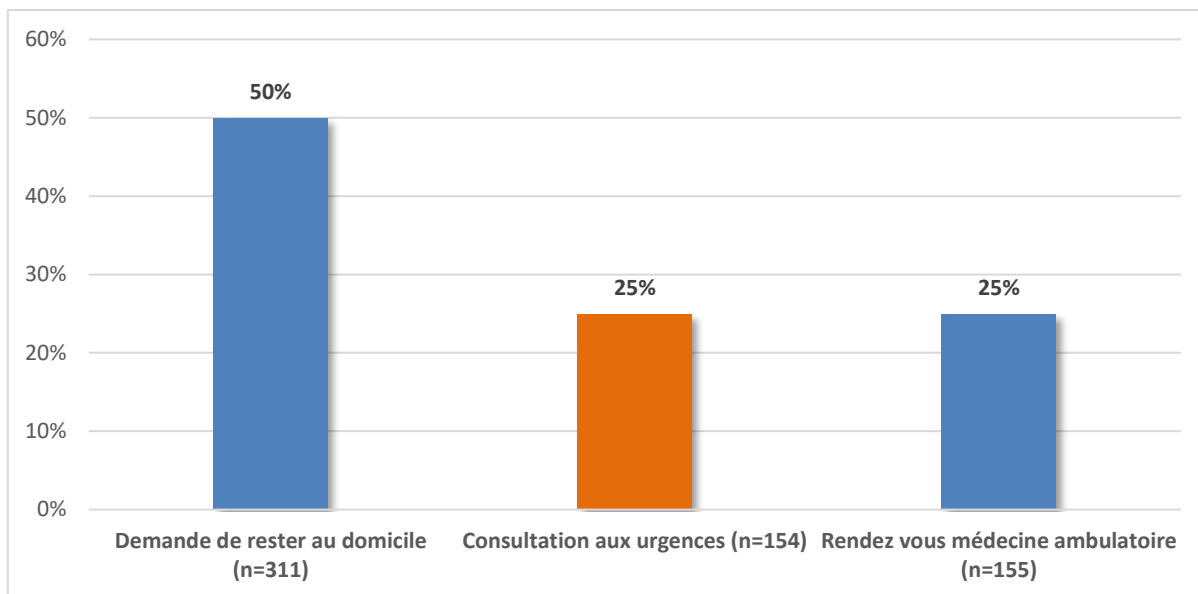


Figure 25 : Traitement des demandes de SNP par le régulateur SAS pour la période de janvier 2023

Pour la période de janvier 2023, 620 demandes de SNP ont été traitées par le régulateur SAS soit 52% des appels analysés.

Suite à la mise en place du SAS, la majorité des appels pour une demande de SNP sont conclus par un conseil médical simple (n=249) ou par un conseil avec consigne de rappel (n=62).

La place de la médecine libérale est renforcée avec 87 appels envoyés en consultation avec le médecin traitant du patient, et 68 avec le médecin effecteur SAS.

En revanche, la part d'appels envoyés en consultation aux urgences est fortement diminuée comparativement à celle de janvier 2022, et ne concerne plus qu'un quart des appels.

III.4. Evolution du nombre d'entrées aux urgences du CH de Brive La Gaillarde

Afin d'estimer l'effet de la mise en place du SAS en Corrèze, la partie suivante s'intéresse à l'évolution du nombre d'entrées au SAU du CH de Brive La Gaillarde.

III.4.1. En fonction de l'année

Statistiquement, il existe une augmentation significative du nombre d'entrées par 100 000 habitants au SAU pour la période de janvier 2023, avec une augmentation estimée à +8.19 entrées par jour pour 100 000 habitants (Intervalle de confiance à 95% [3.43 – 12.96], p-value < 0.05). Néanmoins, le nombre absolu de l'augmentation du nombre d'entrées est cliniquement négligeable (+19).

Tableau 4 : Comparaison de l'incidence du nombre d'entrées au SAU de Brive sur les deux périodes

Année	Nombre d'entrées au SAU de Brive	Population	Incidence (entrées par jour pour 100 000 habitants)	p-value
2022	1079	130034	53,22	0,0007449
2023	1098	128968	61,41	

III.4.2. En fonction du degré de gravité sur l'échelle French

Chaque patient reçu aux urgences du CH de Brive est classé à son arrivée par l'infirmier(e) d'accueil et d'orientation selon l'échelle de tri FRENCH validée par la SFMU (Annexe 5). Cette échelle permet de répartir les patients en 6 catégories, selon le degré d'urgence. La catégorie 1 concerne les patients présentant une détresse vitale et nécessitant des soins immédiats, la catégorie 5 concerne les patients stables pouvant patienter en salle d'attente ou pouvant être orientés vers une consultation en médecine de ville.

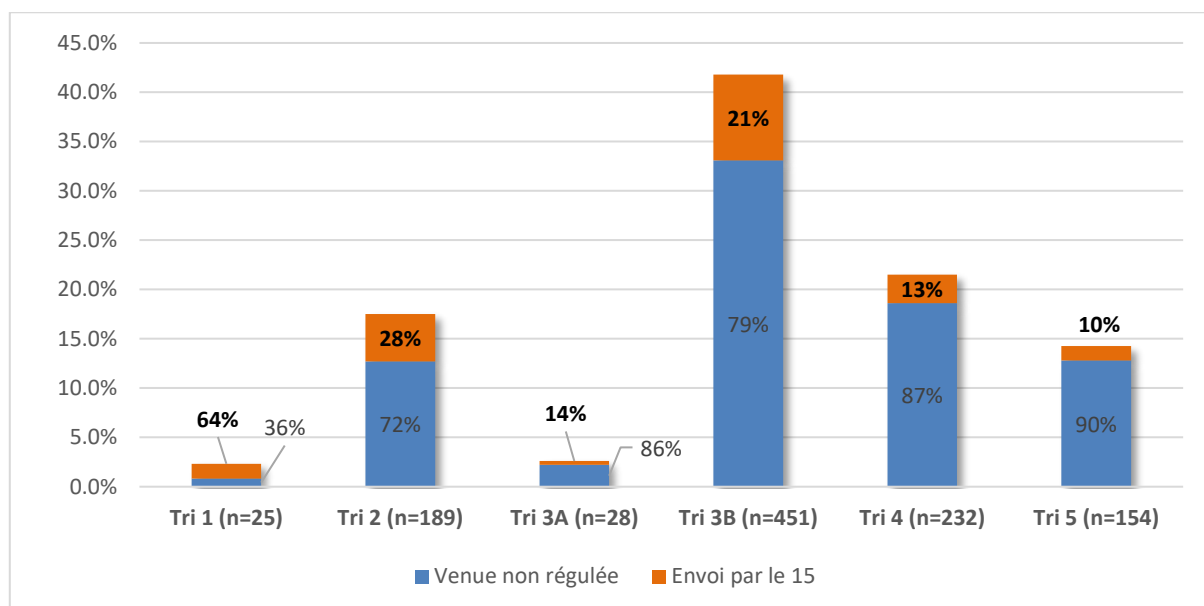


Figure 26 : Répartition des entrées en fonction du triage French pour la période de janvier 2022

Sur la période 2022, les patients envoyés par le 15 représentent 20% des entrées au SAU (n=213). Seule la catégorie 1, et donc les patients présentant une urgence vitale immédiate, est majoritairement constituée de patients régulés par le 15.

Les patients classés tri 5 représentent 14% des patients reçus, venant majoritairement de leur propre initiative.

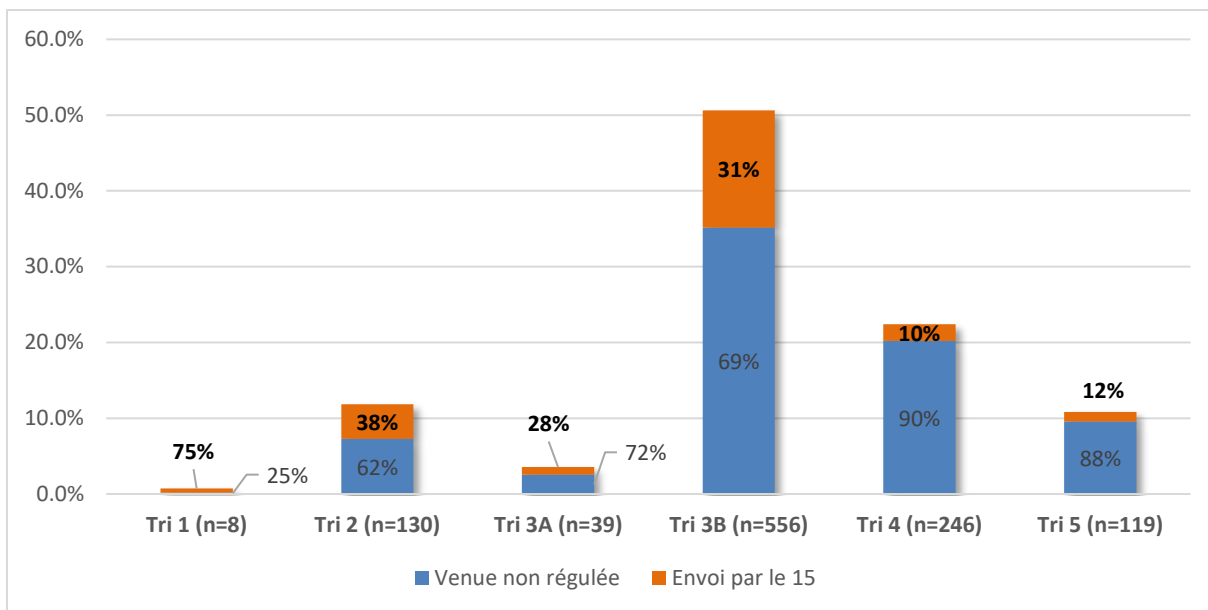


Figure 27 : Répartition des entrées en fonction du triage French pour la période de janvier 2023

Pour la période suivant la mise en place du SAS, les patients envoyés par le 15 représentent 25% des entrées au SAU (n=275), 5% de plus que pour la période de janvier 2022.

Les patients classés tri 5 représentent 10% de toutes les entrées, et venant toujours très majoritairement de leur propre initiative.

La seule catégorie où les patients régulés sont majoritaires reste la catégorie 1.

La proportion de patients relevant de la médecine libérale et adressés par le centre 15 reste stable sur les deux périodes, malgré l'augmentation du nombre total de patient régulés par le 15.

Tableau 5 : Comparaison proportionnelle des entrées triées FRENCH 5 selon la modalité d'adressage entre les deux périodes

Année	SAMU	Venues non régulées	Total
2022	16	138	154
2023	14	105	119
Total	30	243	273
Chi2 test = 0.02726		p-value = 0,8689	

En 2022, 10% de patients évalués tri 5 sont envoyés par le Centre 15 contre 12% en 2023. Cette différence n'est pas statistiquement significative.

IV. Discussion

IV.1. Forces et faiblesses de l'étude

IV.1.1. Forces et justification de l'étude

Le Service d'accès aux soins est un projet gouvernemental progressivement élargi à tous les départements français depuis le début de l'année 2021 à la fin d'année 2023 (28). Ce nouvel outil reposant sur le lien entre les professionnels de l'urgence hospitalière du Centre 15 et la médecine de ville a pour but de limiter voir diminuer le recours aux services des urgences des centres hospitaliers pour les soins non programmés (44).

Dans le contexte actuel de diminution de la démographie médicale libérale et de surcharge des services d'urgences, il est important de mesurer l'impact de cette nouveauté sur la charge de travail des centres 15 et sur la redirection efficace des soins non programmés non urgents vers la médecine de ville.

Aucune étude comparable n'a été publiée à ce jour à notre connaissance sur le département corrézien. On retrouve une étude réalisée entre juin 2021 et janvier 2022 et publiée par le ministère de la Santé et des Solidarités sur le retour d'expérience des 20 premiers SAS mis en place (21).

Les données de 2234 fiches ont été analysées, avec une moyenne de 69 fiches analysées par jour pour la période 2022 et 79 en 2023, ce qui nous conforte dans la représentativité de notre étude.

De plus, cette étude a été réalisée de façon prospective, limitant ainsi le biais de classement lors de l'inclusion des données.

Sur les deux périodes étudiées, tous les appels reçus étaient susceptibles d'être analysés, ce qui limite le biais de recrutement.

De plus les deux périodes analysées se situaient en dehors de périodes de vacances scolaires, afin de limiter l'inclusion de patients résidant en dehors du département de la Corrèze et pour lesquels le recours à la médecine de ville est plus limité ainsi qu'une augmentation des appels liée à la fermeture des cabinets médicaux.

L'échantillon de population étudié était représentatif de la démographie corrézienne, étant donné que les appels analysés provenaient de l'ensemble du département.

IV.1.2. Faiblesses de l'étude

Notre étude n'a été réalisée que dans un seul centre 15 départemental, ce qui peut entraîner un biais de sélection. Il pourrait être intéressant d'inclure dans l'étude d'autres centres 15 de la Nouvelle Aquitaine afin de renforcer sa validité externe.

Il s'agit d'une étude descriptive, donc d'un niveau de preuve scientifique plus faible qu'un essai d'implémentation.

Le recrutement des appels s'est fait sur trente jours au total, soit une période ne pouvant pas prendre en compte les fluctuations liés aux périodes spécifiques de la région. Un des facteurs limitants à l'étude d'une plus longue période était l'impossibilité d'extraire rapidement un grand nombre de données du logiciel Appli-Samu (les données ont été récupérées manuellement après ouverture de chaque DR). Une étude portant sur des périodes plus longues et à différents moments de l'année serait pertinente et permettrait de limiter le biais de sélection.

L'usage d'un logiciel de régulation permettant une extraction rapide de toutes les informations contenues dans les DR sur une période donnée serait également utile pour multiplier les études sur l'activité du CRRA 19.

De plus, les deux périodes étudiées se situaient sur les mois de janvier 2022 et 2023, période hivernale durant laquelle le nombre d'appels concernant des motifs infectiologiques est plus élevé que durant le reste de l'année, ce qui peut également entraîner un biais de sélection.

Les informations recueillies pour la réalisation de cette étude se limitaient aux informations consignées dans le dossier de régulation, engendrant un biais de classement.

Il aurait été intéressant de recruter les informations pendant la création des DR, avec le médecin régulateur, afin de récolter l'intégralité des données concernant le motif de l'appel, les antécédents médicaux de l'appelant, ainsi que la réflexion du MR motivant sa décision en réponse à l'appel.

Par ailleurs, les DR étudiés ont été générés par des MR différents, autant pour les régulateurs SAMU que SAS, ce qui pouvait également engendrer un biais potentiel de classement au cours des deux périodes. L'effet régulateur dépendant aurait pu être limité en incluant dans l'étude des DR générés par les mêmes régulateurs sur les deux périodes.

IV.2. Principaux résultats de l'étude

Notre étude montre une augmentation significative du nombre d'appel au centre 15 de Corrèze pour 100 000 habitants, d'environ 4 appels par jour pour 100 000 habitants suite à la mise en place du SAS.

Sur les 1705 dossiers de régulation pour lesquels l'information était collectée, soit 75% des dossiers, la majorité des appelants déclaraient être suivis par un médecin traitant.

La commune générant le plus de dossiers de régulation était celle de Brive-La-Gaillarde avec 626 dossiers créés sur les deux périodes.

Les deux périodes étudiées étaient similaires concernant les données socio-démographiques. La tranche d'âge la plus représentée était celle des plus de 70 ans.

Les motifs d'appels les plus récurrents sur les deux périodes étaient les plaies et traumatismes, suivis par les motifs gastro-entérologiques puis les motifs infectieux (fièvre, toux).

La mise en place du SAS a permis de diminuer de moitié la charge d'appel dirigée vers le médecin régulateur SAMU concernant les appels relevant de la médecine générale.

Sur tous les appels analysés, la consultation aux urgences restait la conclusion la plus fréquente, sur les deux périodes. Néanmoins, la place du conseil médical était plus importante suite à la mise en place du SAS sur la période 2023. Le taux de recours à la médecine ambulatoire était similaire.

Sur la période de janvier 2023, 52% des appels étaient dirigés vers le médecin régulateur SAS, qui était l'interlocuteur principal pour les appels impliquant une fièvre, une altération de l'état général ainsi que pour les motifs gastro-entérologiques. Les appels impliquant un traumatisme ou une plaie étaient majoritairement captés par le médecin régulateur SAMU.

Le médecin régulateur du SAS était peu générateur de transports sanitaires, le recours à une ambulance ou un VSAV était très majoritairement du fait du médecin régulateur SAMU. Le médecin SAS n'était jamais générateur d'un transport par le SMUR.

Concernant les dossiers de régulation impliquant une demande de SNP, le médecin régulateur SAS était beaucoup moins générateur de consultation au SAU comparativement avec le médecin régulateur SAMU sur la période de janvier 2022, avec 25% des appels traités envoyés vers le centre hospitalier le plus proche contre 42% pour le médecin SAMU avant la mise en place du SAS.

La moitié de ces appels étaient clôturés par une demande de rester au domicile par le médecin SAS, contre 38% pour le médecin SAMU en 2022. Son rôle de conseil semble donc central.

La place de la médecine de ville était renforcée grâce à la possibilité d'orienter le patient vers les médecins effecteurs du SAS et à une augmentation du temps disponible pour le médecin régulateur de se mettre en relation avec les acteurs libéraux s'occupant des patients, pour la période 2023.

Malgré une augmentation de l'incidence d'entrées aux urgences du CH de Brive-La-Gaillarde entre les deux périodes étudiées, le nombre absolu de patients supplémentaires admis dans le service était stable.

Notre étude n'a pas montré de différence significative entre les proportions de patients adressés par le Centre 15 aux urgences du CH de Brive pour une demande de SNP entre les deux périodes.

IV.3. Validité externe de l'étude

IV.3.1. Données socio-démographiques

L'âge moyen des patients appelant était de 52 ans, soit 7 ans de plus que la moyenne de la population corrézienne, d'après le rapport de l'INSEE en 2020 (32).

Cet âge moyen est similaire à celui retrouvé dans la thèse rétrospective de Johanna Higginson portant sur les appels au CCRA de Bordeaux sur l'année 2015 (45).

Dans notre étude, les deux tranches d'âge les plus représentées étaient celle des plus de 70 ans, avec environ 20% des appels sur les deux périodes, et celle des moins de 18 ans avec environ 19% des appels sur les deux périodes également.

Une étude de la DRESS réalisée en 2002 sur 150 SAU français différents montrait que les usagers qui consultaient le plus étaient situés aux deux extrêmes de la vie, ce qui tendrait à corroborer nos résultats (46).

De plus, la plupart des appels concernant les moins de 15 ans étaient clôturés par un conseil médical simple. D'après le livre blanc de l'ANDPDE de 2018, 60% des consultations aux urgences relèveraient de simples conseils de puériculture (47).

En Corrèze, seul le CH de Tulle possède une unité d'urgences pédiatrique, intégré au service de pédiatrie, et pouvant accueillir des usagers en semaine de 9h à 17h. En dehors de ces horaires et dans les CH de Brive la Gaillarde et d'Ussel, les patients de moins de 15 ans doivent passer par le circuit adulte, et représentent une part importante de l'activité des SAU corréziens. Le rôle de conseil du médecin SAS pourrait permettre d'alléger le recours au service des urgences pour les patients de moins de 15 ans.

La commune la plus génératrice de DR était celle de Brive la Gaillarde, représentant 30% des appels en 2022 et 46% en 2023. Ce résultat semble cohérent avec la répartition démographique corrézienne, où le bassin briviste regroupait 50% de la population départementale en 2021 (48).

A l'instar de nombreuses communes en France, Brive fait face à une diminution du nombre de médecins généralistes en activité, avec une baisse de 15% entre 2014 et 2018, suite à des départs en retraite non remplacés (49).

Pour faire face au problème croissant de désertification médicale, le département corrézien a lancé la mise en place de plusieurs centres de santé pouvant accueillir des patients sans médecin traitant, et soulager la demande de SNP, dans les zones fortement impactées telles que le secteur d'Egletons, Ussel et le plateau de Millevaches (36). Néanmoins, il n'existe pas de dispositif de ce genre à ce jour sur les secteurs de Brive et Tulle.

Concernant les heures d'appels au centre 15, la thèse de Marie-Clémence Huet s'intéressant aux appels au SAMU de l'Ille-et-Vilaine dirigés vers le médecin régulateur de la PDSA sur l'année 2015, retrouvait un pic d'appel vers 20h, soit au début des heures d'activités de la PDSA (50).

Parallèlement, une étude de la DRESS réalisée en 2023 sur le temps d'attente aux urgences rapportait deux pics d'activité pour les jours de semaine en début d'après midi, ainsi qu'en début de soirée aux alentours de 20h (51).

Les résultats de notre étude semblent concordants avec ce constat, en effet les tranches horaires les plus chargées en appel était le matin entre 9h et 10h, le début d'après midi (10% des appels en 2022 et 11% en 2023) et le début de soirée entre 19h et 20h (15% des appels en 2022 et 9,7% en 2023), pour les deux périodes, ce qui laisse penser que les appels sont plus nombreux durant les temps de fermeture des cabinets médicaux. Certains moments de la journée semblent donc plus cruciaux, et la présence systématique du médecin régulateur SAS est particulièrement pertinente sur ceux-ci.

Concernant la déclaration d'un médecin traitant, 10% des appelants déclaraient ne pas avoir de médecin traitant en 2022, contre 8% des appelants en 2023. Ce résultat semble cohérent avec la moyenne nationale en 2019, où 9,9% des Français déclaraient être sans médecin traitant (52).

La thèse de Morgane le Ho s'intéressant aux recours au SAU du CH de Brive la Gaillarde par les usagers en 2021 montrait que les patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré consultaient plus aux urgences que les autres (53). La mise en place du SAS a également pour objectif de limiter le recours aux urgences de ces patients, en le redirigeant directement vers un médecin effecteur ambulatoire.

IV.3.2. Comparaison des deux périodes étudiées

IV.3.2.1. Evolution du nombre d'appels

Notre étude a montré une augmentation significative de + 4,25 appels pour 100 000 habitants durant la période de janvier 2023, selon le test de comparaison d'incidence ($p < 0,05$).

Une étude réalisée sur une période plus longue serait pertinente pour mesurer l'ampleur de cette augmentation.

Néanmoins ce résultat semble cohérent avec la situation sanitaire. Déjà en 1997, une étude de la DRESS retrouvait un triplement des appels à la plateforme 15 en l'espace d'une décennie (54).

Suite à l'arrivée de la pandémie de Covid-19 en France début janvier 2020, le Ministère de la Santé a lancé un communiqué incitant « *toute personne ayant voyagé en Chine et présentant*

de la fièvre, à ne pas se rendre chez son médecin traitant ni dans un service d'urgences, mais d'appeler le 15 » (55). Dès lors, les CRRA 15 se sont retrouvés en première ligne d'une crise sanitaire majeure et ont dû faire face à une augmentation sans précédent des appels à la plateforme.

En 2022, après le passage successif de plusieurs vagues épidémiques, 42 centres hospitaliers du territoire avaient décidé de maintenir la régulation systématique des passages aux urgences par le 15 durant l'été, afin de pallier au manque croissant de personnel dans les services d'urgences.

D'après une étude du syndicat français de médecine d'urgence réalisée sur 97 CRRA, on remarque une augmentation record des appels de 21,5% pour la seule année 2022.

Par ailleurs 86% des centres interrogés estiment qu'il existe une inadéquation entre les ressources humaines disponibles et l'importante augmentation d'activité, occasionnant des difficultés de fonctionnement et de sécurité dans leur exercice, et qu'une réforme de fonctionnement est nécessaire (56).

Dans son étude sur le retour d'expérience des 20 SAS pilotes, le Ministère de la santé a observé une augmentation du nombre d'appels au 15 de 24% dans les CRRA de la Somme, la Vienne, la Manche et de la Seine-Maritime, de juin 2021 à juin 2022 (21).

De plus, un afflux d'appel a été constaté dans les territoires où une communication grand public locale a été prévue. Il est donc primordial d'anticiper cette hausse prévisible d'appels supplémentaires en articulant la communication sur l'ouverture du SAS avec le recrutement progressif des effectifs, notamment des ARM et OSNP, afin que ceux-ci soient suffisamment nombreux pour absorber ce nouveau flux d'appel.

IV.3.2.2. Evolution des caractéristiques des appels

Concernant la prise en charge des appels, notre étude retrouve une diminution importante du flux d'appel vers le médecin SAMU pour les appels étudiés, durant la période de 2023, avec une redirection de 52% des appels vers la filière SAS (Figure 17).

Toujours selon le rapport de retour d'expérience des SAS pilotes, ce constat était similaire avec en moyenne 505 dossiers de régulation créés par jour, dont 52% étaient dirigés vers la filière SAS en février 2023 (21).

Dans son dernier rapport annuel en 2022, la DRESS estimant que le délai moyen pour accéder à un médecin après avoir composé le 15 dépassait largement les quatre minutes, alors que les normes internationales préconisent que le temps d'attente pour une prise en charge ne devrait pas dépasser une minute (57). La création d'une deuxième filière de régulation, axée sur les demandes de SNP semble donc constituer un moyen efficace de diminuer le temps d'attente moyen des appelants en journée, et surtout libérer du temps et de la disponibilité pour le médecin régulateur SAMU qui pourra se recentrer sur la gestion des urgences graves.

De plus, une étude de 2016 portant sur la qualité des réponses aux appels du CRRA de la Seine-Saint-Denis démontrait que le délai d'attente était significativement allongé en cas de diminution des effectifs des ARM. La mise en place du SAS a permis le recrutement d'ARM supplémentaires, ainsi que la création du poste d'OSNP, ce qui permet une stabilisation, voire une diminution du délai de prise des appelants.

Notre étude retrouve, sur les deux périodes étudiées, trois motifs d'appels plus récurrents : les motifs traumatologiques, gastro-entérologiques et les signes infectieux pulmonaires (Annexe

3). Les appels pour fièvre, sans autre orientation clinique, occupaient une part importante des appels (6% en 2022 et 9% en 2023).

Néanmoins si l'on regroupe tous les motifs médicaux, ces derniers représentent la grande majorité des appels (77 % en 2022 et 74 % en 2023), face aux motifs traumatologico-chirurgicaux.

Dans une enquête de satisfaction des usagers suite à la mise en place de la régulation systématique des entrées aux SAU du Lot-et-Garonne datant de 2022, les motifs d'appels les plus fréquents au 15 étaient similaires à ceux de notre étude avec, par ordre décroissant, la traumatologie, les douleurs abdominales puis les motifs infectieux oto-rhino-laryngologiques (58).

En parallèle, des études réalisées sur les motifs d'accueils aux urgences tendent à montrer que les taux entre motifs médicaux et traumatologiques sont égaux (59), mais d'autres retrouvent une prédominance des motifs médicaux, a fortiori les douleurs abdomino-pelviennes (60).

Les plaintes traumatologiques sont donc une part importante du travail de régulation du centre 15, mais peuvent être complexes à traiter au cabinet de ville, du fait de la fréquente nécessité d'un examen d'imagerie ainsi que de soins locaux techniques, longs et nécessitant parfois un avis chirurgical. Néanmoins, la majorité des patients se présentant aux SAU pour ce motif sont orientés vers un circuit court, et nécessitent rarement une hospitalisation.

Depuis quelques années, la création de centres de santé possédant leurs propres plateaux d'imagerie ainsi que du personnel médical formé aux soins traumatologiques (sutures, plâtres, etc...) s'est multipliée à l'étranger, notamment aux Etats-Unis, au Royaume-Uni ainsi qu'en Australie et commencent à voir le jour en France suite au plan « Ma Santé 2022 ». Ces centres se spécialisent notamment dans la gestion des SNP, et les patients peuvent y consulter sans rendez-vous.

La mise en place du SAS et notamment des ONSP semble donc un moyen pertinent de diffuser ce genre d'alternative, grâce à leur accès à un annuaire de professionnels ambulatoires, et ainsi limiter le recours aux SAU pour la traumatologie non grave.

Il n'existe pas en Corrèze, à ce jour, un tel type de structure.

Sur les deux périodes analysées, le devenir des appels est également similaire (Figure 18). La consultation aux urgences du CH le plus proche était la conclusion la plus fréquente, avec 59% des DRM clôturés ainsi en 2022 et 56% en 2023. Ce taux semble rester stable d'une période à l'autre.

Les conseils médicaux sont statistiquement la deuxième orientation la plus fréquente, avant l'envoi en consultation en médecine libérale, pour les deux périodes. Néanmoins, la place du conseil semble renforcée pour la période de janvier 2023 avec 30% des DRM clôturés par une demande de rester au domicile contre 27% sur la période 2022.

Sous réserve que ces résultats puissent être extrapolés au reste de l'année, la mise en place du SAS semble remplir son objectif de stabilisation du nombre de patients envoyés aux urgences après appel au 15.

La mise en place de ce nouveau système étant récente, il est encore difficile de trouver de la documentation pouvant étayer ce constat.

Notre étude montre que les deux périodes sont similaires quant aux moyens de transports utilisés en réponse aux appels (Figure 19). La majorité des appels ne font pas l'objet d'un transport sanitaire. Si celui-ci était requis, le transport le plus sollicité est l'ambulance privée.

Les transports par une équipe SMUR pour les DRM étudiés sont rares (1% des cas pour les deux périodes).

Toujours selon la thèse de Morgane Le Ho, 65% des patients reçus aux urgences du CH de Brive en octobre 2021 étaient venus par leur propres moyens, contre environ 20% des patients sur les deux périodes dans notre étude. Le recours aux ambulances privées, aux pompiers et aux équipes SMUR étaient similaires (53).

Il est évident que les patients n'ayant pas contacté le 15 ou leur médecin traitant n'ont d'autres choix que de recourir à leurs véhicules personnels, ce qui peut expliquer la différence avec notre travail.

IV.3.3. Analyse des modifications apportées par le SAS

IV.3.3.1. Sur les appels au Centre 15

Concernant les motifs d'appels, notre travail montre que les motifs infectiologiques et gastro-entérologiques sont majoritairement régulés par le MR SAS. Les motifs fébriles notamment, sont quasiment exclusivement régulés par lui (Figure 21). Le MR SAMU reste le principal interlocuteur pour les motifs traumatiques, néanmoins un quart de ces derniers étaient envoyés vers le MR SAS.

Une étude de la DRESS de 2006 portant sur les motifs de recours urgents aux cabinets de médecine générale faisait un constat similaire à celui de notre étude : 22% des consultations urgentes relevait d'un motif infectieux, dont 16% concernaient la sphère ORL chez les adultes et pouvant aller jusqu'à 30% pour les enfants de moins de 13 ans. Venaient ensuite les motifs gastro-entérologiques (11%), cardiologiques et rhumatologiques. Les cabinets de médecine générale étaient peu sollicités, en urgence, pour des motifs traumatiques (environ 12% des recours) (7).

Cela tendrait à montrer que le MR SAS est sollicité principalement pour des motifs fréquemment retrouvés lors des consultations urgentes en médecine générale : des patients stables, ne nécessitant souvent pas d'examen complémentaires, mais devant être examinés dans les 48h. On peut penser que les patients contactant le 15 pour ces motifs le font faute de places disponibles rapidement en ville.

Si l'on compare l'orientation finale des appelants entre le MR SAMU et le MR SAS, notre étude montre que la majorité des demandes de consultations aux urgences sont du fait du MR SAMU (Figure 22). En effet ce dernier est davantage sollicité pour les motifs nécessitant probablement des examens complémentaires, voire une hospitalisation (motifs traumatiques, pneumologiques, AEG et maintiens à domicile difficiles) (Figure 21).

La figure 22 tend à montrer que le rôle de conseil du médecin SAS est prépondérant. Sur tous les DRM traités par ce dernier, 50% d'entre eux ont été clôturés par un conseil médical. Le retour d'expérience des SAS pilotes publié par le ministère de la Santé, rapportait une tendance semblable (21).

L'étude des moyens de transport les plus utilisés entre les deux régulateurs sur la période de janvier 2023 montre que le MR SAS est à l'origine de 22% des départs des ambulance privée, et de 9% des départs de VSAV (Figure 23). Il est donc peu consommateur de transports sanitaires, et recourt en priorité aux véhicules personnels des patients lorsqu'un déplacement

est nécessaire.

Dans notre étude, le MR SAS n'était jamais à l'origine de l'envoi d'une équipe du SMUR.

La création du SAS étant récente, nous n'avons pas trouvé de documentation étudiant les habitudes d'utilisation des transports par le médecin SAS. L'objectif du SAS explique probablement à lui seul ce constat, ce dispositif s'adressant prioritairement aux patients valides et autonomes en demande de SNP.

Enfin, l'intérêt de notre étude se porte sur une question en particulier : Y'a-t-il une modification des habitudes entre le MR SAMU pour la période 2022 et le MR SAS pour la période 2023, pour les mêmes appels ?

Si l'on compare les DRM relevant d'une demande de SNP stricte sur la période de janvier 2022 et ceux traités par le médecin SAS en 2023, notre travail tend à montrer la diminution du recours aux urgences pour ce type d'appel, après la mise en place du SAS. Les figures 24 et 25 illustrent une inversion de tendance concernant les demandes de SNP, avec une diminution de 17% du nombre de patients orientés vers le SAU en 2023.

Néanmoins, on remarque que la proportion de demandes de SNP semble plus élevée sur la période de 2022 (65% des appels étudiés contre 52% en 2023). Cette différence peut s'expliquer en partie par l'existence des deux filières pour la période 2023, le médecin SAMU pouvant toujours traiter des demandes de SNP suite à l'aiguillage par l'ARM. De plus, le nombre d'appels étant significativement plus élevé pour la période 2023, la proportion d'appels ne relevant pas d'un SNP a pu elle aussi augmenter. La figure 25 montre que la majorité des appels traités par le médecin SAS sont conclus par un simple conseil médical, contre 38% par le médecin SAMU en 2022, ce qui renforce le constat d'un rôle d'écoute et de conseil central pour le MR SAS.

Les différences d'habitudes entre les deux MR semblent facilement explicables par la situation du médecin SAMU en janvier 2022. En effet, il était seul interlocuteur pour tous les appels étudiés, mais également des appels ne relevant pas de la médecine générale, soit 1173 DRM pour la seule période étudiée contre 629 pour le médecin SAS en 2023. Le MR SAS dispose donc de plus de temps d'échange avec les patients, mais également d'un outil numérique et une aide humaine pour une prise de rendez vous, lui permettant une réponse rapide et sûre tout en limitant le recours aux urgences faute de moyens ambulatoires adéquats.

Le retour d'expérience des SAS pilotes publié fin janvier 2024 s'est également intéressé au traitement des DRM suite à la mise du dispositif : 61% des DRM traités par 20 SAS entre juin 2021 et juin 2022 relevaient du simple conseil, 15% étaient dirigés vers un service d'urgence et 24% étaient conclus par la prise d'un rendez en médecine ambulatoire (équitablement répartis entre le médecin traitant du patient et un médecin effecteur SAS) (21).

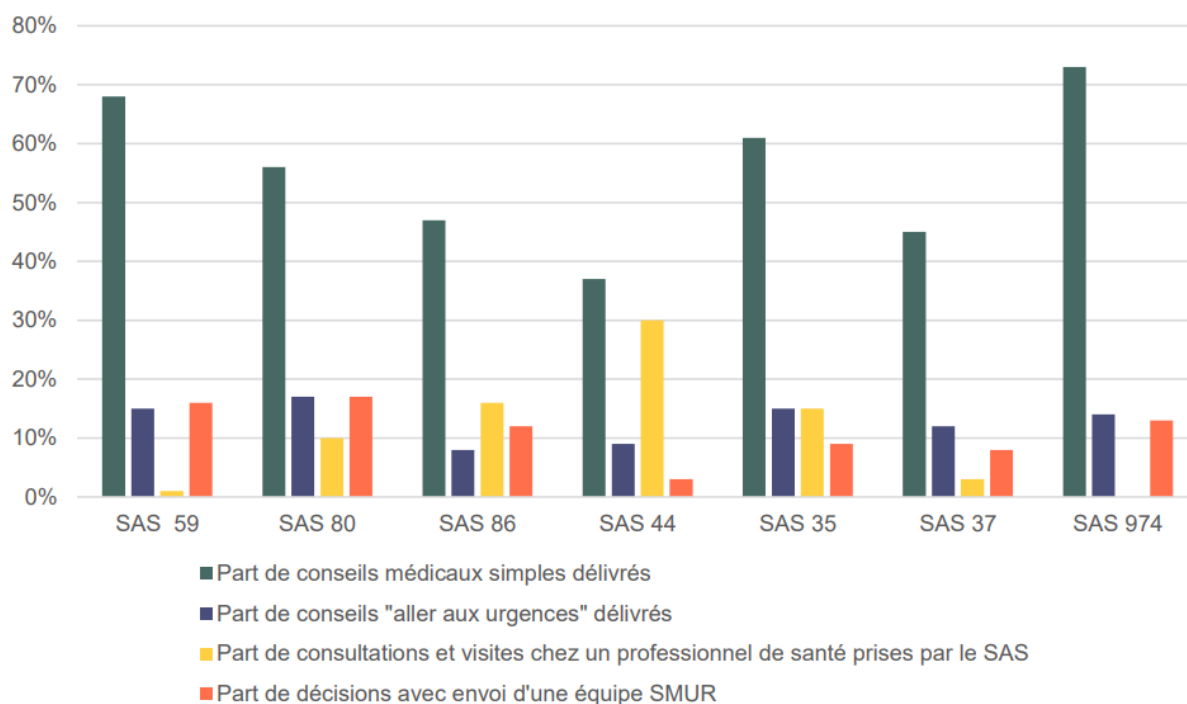


Figure 28 : Répartition du traitement des appels par 7 SAS pilotes entre juin 2021 et juin 2022

Source : Ministère de la santé et des solidarités

Ces valeurs diffèrent de celles de notre étude concernant le recours aux services d'urgence, qui est plus fréquent dans notre travail. En revanche, la redirection vers la médecine de ville est similaire, mais préférentiellement vers les médecins traitants (14% des appels, contre 11% envoyés vers un médecin effecteur du SAS).

Le SAS apparaît donc comme un moyen efficace de faire diminuer le nombre d'utilisateurs envoyés vers le SAU, pour un motif qui ne le requiert pas. Néanmoins, cette diminution est plus modeste en Corrèze que dans les autres départements français. Plusieurs phénomènes pourraient expliquer ce constat.

La Corrèze se place en huitième position du classement des départements les plus vieillissants de France, avec un tiers de sa population ayant plus de 60 ans (61). Cette augmentation grandissante du nombre de personnes âgées polypathologiques peut éventuellement expliquer cette nécessité de recours aux urgences plus importante, les conseils simples ou le déplacement chez un médecin de ville étant plus limités dans cette population. L'intérêt du SAS peut donc sembler limité pour ce type de patient, le département ne possédant pas d'association proposant des visites à domicile en urgence.

Aujourd'hui le réseau SOS Médecins, assurant des consultations à domicile 24 heures sur 24 et 365 jours par an, déclare réaliser 70% de la couverture libérale de la permanence des soins dans les départements où il est implanté, et être un acteur important de la gestion des SNP. Le déploiement d'une association de ce type en Corrèze pourrait apporter une alternative à la consultation au SAU pour certains patients âgés ou n'ayant pas de moyen de transport individuel. Le réseau SOS médecin étant déjà interconnecté avec le 15, l'articulation avec le SAS semble simple, et est déjà effective dans plusieurs départements.

De plus, dans son rapport de février 2022, l'Assemblée Nationale rapportait une dépense liée aux transports sanitaires de 4,3 milliards en 2020, générée en grande partie par l'usage grandissant des véhicules sanitaires légers, du vieillissement de la population, et de

l'éloignement de certains centres hospitaliers (62). Le SAS semble déjà participer à la réduction des coûts de santé et notamment des besoins de transports sanitaires dans une mesure relative, par la diminution des consultations aux SAU qu'il engendre. L'appui d'une association de médecins réalisant des consultations à domicile sur demande du MR SAS pourrait constituer un avancement en matière d'accès aux soins pour les patients âgés ou isolés en Corrèze où la population est plus éparse que la moyenne nationale, et souvent éloignée des centres de soins.

Concernant le recours à la médecine ambulatoire par le MR SAS, notre travail montre que la redirection des patients vers les médecins effecteurs SAS est plus modeste que dans les autres départements pilotes. Une explication possible de ce phénomène peut être le nombre limité de médecins effecteurs sur le département (environ une vingtaine début 2024, pour la plupart étant déjà les médecins régulateurs impliqués dans la gestion du SAS et de la PDSA). Comme de nombreux autres départements, la Corrèze voit son nombre de médecins généralistes diminuer. L'Ordre des médecins recensait une diminution de 17,4% de l'effectif des médecins généralistes en activité entre 2020 et 2021, et les retraités représentaient 11,7% des médecins libéraux actifs (63).

Les médecins généralistes libéraux semblent déjà adapter leur activité à la demande croissante de SNP, et bien que le SAS ait permis la mise en place d'une nouvelle cotation incitant les médecins à recevoir des patients envoyés par le Centre 15, il peut être complexe pour les effecteurs d'étendre plus encore leurs amplitudes horaires. La création d'une ou plusieurs maisons médicales de garde, dédiées uniquement la réception de patients en demande de SNP, pourrait représenter une corde supplémentaire à l'arc du médecin SAS. D'après le livre blanc de la médecine d'urgence, la multiplication des maisons médicales de garde pour renforcer l'offre ambulatoire sonne comme une « fausse bonne idée », et une meilleure organisation des congés des médecins libéraux serait essentielle (64). Néanmoins, un sondage réalisé par l'observatoire régional de la santé parmi 56 médecins libéraux brivistes fait état de plusieurs observations (65):

- 69% d'entre eux jugeaient que la création d'une MMG est pertinente, et environ 50% seraient prêts à y travailler
- 75% pensaient qu'une telle structure serait de nature à désengorger les urgences
- 61% y percevaient un avantage en matière de sécurité, prise en charge et confort de travail
- Une majorité de répondants souhaitaient une ouverture de 20h à 00h en soir de semaine, ainsi que les week-ends et jours fériés

La localisation préférentielle de cette potentielle MMG n'est pas unanime, 34% des interrogés étaient favorables à une structure au sein de l'hôpital de Brive, avec envoi des patients après triage par l'infirmier d'accueil tandis 39% préféreraient une implantation à proximité du CH mais pas en son sein avec régulation des entrées par le Centre 15.

Les modalités de la création d'une MMG restent encore à définir, telles que le budget alloué, la mise en place d'un planning ainsi que les horaires d'ouverture. Toujours selon la thèse de Morgane Le Ho sur le parcours de soins des patients reçus aux urgences de Brive, le nombre d'entrées était plus faible à partir de minuit en semaine et le week-end (53). Une ouverture jusqu'à 00h en semaine et les week-ends semble donc pertinente pour réduire le recours aux urgences pour les demandes de SNP.

Aujourd'hui, les médecins généralistes nouvellement diplômés et les internes semblent

d'avantage séduits par une activité salariée ou mixte, plutôt que par une fonction libérale exclusive (66). Une proposition d'emploi salarié pourrait être un argument efficace pour attirer de jeunes médecins dans cette nouvelle structure.

Bien qu'il n'y ait pas, à notre connaissance, d'études proposant la création d'une MMG de garde sur un autre secteur que celui de Brive, l'implantation d'une telle structure sur la commune de Tulle semble pertinente pour assurer une égalité d'accès aux soins à la population du département.

IV.3.3.2. Sur les entrées au SAU de Brive la Gaillarde

Concernant l'étude des entrées au services des urgences de Brive la Gaillarde sur les deux périodes d'intérêt, notre travail a montré une différence significative avec une augmentation de 8,19 entrées par jour pour 100 000 habitants pour la période de janvier 2023. Néanmoins, le nombre absolu d'entrées supplémentaires sur la période est très modéré. A nouveau, il pourrait être pertinent d'étendre l'étude à une période plus longue afin d'étudier plus précisément ce phénomène.

Notre étude s'est intéressée également au triage des ces mêmes entrées sur l'échelle FRENCH par l'infirmier(e) d'accueil (Figures 26 et 27).

Sur les deux périodes, la seule catégorie de patients majoritairement adressés par le Centre 15 est celle des patients considérés en urgence vitale (tri 1). Pour toutes les autres catégories (2, 3A, 3B, 4 et 5), la majorité des patients viennent de leur propre initiative, ou adressés par un médecin ambulatoire. Ce constat est retrouvé dans d'autres études (10) (67).

Si l'on s'intéresse plus précisément aux entrées pouvant relever de la médecine ambulatoire, soit les entrées triées 5, notre travail n'a pas montré de différence significative entre les proportions de patients adressés par le SAMU triés 5 à l'accueil du SAU entre les deux périodes d'intérêt. A nouveau, il est possible que notre temps d'étude ait été trop court pour faire émerger une différence.

Du fait du vieillissement de la population, notamment en région corrézienne, une partie de la hausse des passages aux services d'urgences semble inévitable. Néanmoins, les entrées triés 5 sur l'échelle FRENCH ou équivalent peuvent être qualifiées avec certitude « d'évitables » et sont au cœur de la mise en place du SAS. L'une des hypothèses à cette absence de différence suite à la mise en place du SAS, peut encore une fois résulter du manque de médecins d'aval.

Dans notre étude, 90% (2022) et 88% (2023) des consultations estampillées 5 n'étaient pas adressées par le 15. Nous ne savons pas quelle proportion de ces patients étaient adressés par un médecin ambulatoire, bien qu'on puisse supposer qu'ils sont minoritaires.

Les patients en demande de SNP venant donc très majoritairement de leur propre chef, pourrait donc se poser la question d'une régulation systématique de toutes les entrées par le Centre 15. Dans une étude sur l'évolution du nombre d'entrées aux urgences du CH de Montauban sur adressage du CRRRA uniquement, l'observatoire régional des urgences d'Occitanie qualifiait cette mesure d'efficace, avec une baisse de 23% du nombre de passage entre 2021 et 2022. Cette diminution concernait notamment les patients de moins de 75 ans et ne nécessitant pas d'examen complémentaires, la petite traumatologie, les douleurs abdominales, les motifs ORL et les fièvres simples. Cette mesure n'a en revanche pas impacté le nombre d'entrées pour pathologies graves (infections pulmonaires, événements cardio-vasculaires, fractures), ni le nombre d'hospitalisations (68).

Néanmoins, plusieurs départements rapportent des difficultés liées à ce système, notamment le manque de médecin régulateurs avec des temps de décroché de plus en plus importants et

l'épuisement progressif du personnel des CRRA devant l'afflux massif d'appel.

Afin d'éviter cette mesure qui peut paraître extrême, l'éducation de la population aux parcours de soin semble primordiale. De nombreux patients ont encore recours aux services d'urgences par manque de connaissance des alternatives possibles en cas d'absence de leur médecin traitant, mais aussi des situations sanitaires nécessitant une consultation.

IV.4. Perspectives

Le Service d'accès aux Soins a pour vocation d'aider les usagers à mieux comprendre leurs parcours de soins, les orienter vers l'interlocuteur adapté et ainsi éviter que la consultation aux urgences ne devienne « le premier recours », faute de solutions ambulatoires.

Plusieurs propositions ont été évoquées précédemment afin de renforcer l'impact du SAS, telles que le développement des CPTS, la création d'une MMG pour le territoire corrézien ou encore le déploiement d'une association de médecins pouvant effectuer des visites telles que SOS Médecin.

D'autres pistes de réflexion pourraient être envisagées.

Le rôle de conseil et d'aiguillage du SAS est prépondérant, il est important que ce constat puisse se maintenir grâce à des effectifs en médecins régulateurs et ARM/OSNP constants. Durant l'été 2022, une mission flash pilotée par l'association SAMU-Urgences de France proposait d'augmenter l'enveloppe nationale allouée au SAS afin d'assurer le recrutement de deux ARM par médecin régulateur libéral en journée ainsi que l'octroi du statut de collaborateur occasionnel du service publique pour les MR SAS, ceci afin d'encourager leur recrutement (69).

Ces mesures pourraient être à encourager afin d'assurer un confort de travail pour les agents du SAS et maintenir un délai de réponse optimal pour les usagers.

Un service constant et efficace assuré par le SAS pourrait permettre une diffusion à grande échelle de ce nouvel outil auprès des patients, dans un souci d'éducation à la santé.

Des campagnes d'information ont déjà été mises en place dans les départements où le SAS entrait en fonctionnement, mais ont pu néanmoins échapper à une partie de la population comme les personnes âgées ou les usagers n'ayant pas accès aux réseaux sociaux.

Une diffusion par les médecins libéraux eux-mêmes auprès de leur patientèle souvent demandeuse de SNP (familles avec enfants en bas âge notamment) ainsi que par les travailleurs sociaux souvent en contact avec des populations en difficulté, permettrait une diffusion plus efficace du recours possible au SAS.

Afin de renforcer la polyvalence du SAS, il pourrait être enrichi par la mise en place de filières plus spécialisées pour certaines populations nécessitant des soins importants.

La création d'une filière gériatrique et psychiatrique semble particulièrement pertinente. L'intégration, par exemple, d'un OSNP spécialisé dans le contact avec les patients en détresse psychologique ainsi que d'un professionnel de santé ayant une visibilité sur l'offre de soin en psychiatrie du territoire, pourrait s'avérer utile.

Une articulation avec les services d'hébergement gériatrique avec la possibilité pour les médecins ambulatoires, aidés par le SAS, d'organiser une admission directe, pourrait être envisagée.

Il est également essentiel de pouvoir assurer un accueil en ville aux patients ayant contacté le SAS. Pourrait se poser la question d'une obligation de participation au SAS pour les médecins libéraux afin de supporter la médecine hospitalière. Néanmoins, les mesures coercitives sont

mal accueillies par les professionnels de santé, représentant déjà un corps de métier psychosocialement à risque. La mise en place d'un agenda de « gardes journalières » où chaque médecin libéral mettrait en disponibilité des créneaux réservés aux SNP durant sa journée de garde, pourrait sembler moins contraignante. Ces créneaux ne seraient pas réservés uniquement aux patients suivis par le médecin.

Une cotation spécifique plafonnée a d'ores et déjà été mise en place afin d'inciter les médecins effecteurs à contribuer. Afin d'assurer une équité et éviter les consommations de soins inutiles, il pourrait être envisageable de mettre un place un nombre limite de ces « consultations spéciales » par usager et par an.

De plus certaines demandes de SNP nécessitent des examens complémentaires, mais pas forcément une hospitalisation. Ces examens peuvent être complexes à obtenir rapidement en ville et peuvent être à l'origine d'un appel au 15 ou d'une consultation spontanée aux SAU.

Au Royaume Uni, le *National Health Service* a fait le choix d'investir dans la création de centres de santé facilement accessibles en transport en commun et possédant leur propre plateau technique (laboratoire, unité mobile de radiologie) (70). Ces *walk-in centers* sont accessibles après appel d'un numéro de régulation, à l'instar du service d'accès aux soins.

Certaines grandes agglomérations sont déjà dotées de ce genre de centres médicaux, et permettant un remboursement des actes par la CNAM. Il pourrait être intéressant de développer une telle structure dans le département corrézien, a fortiori dans la région briviste qui concentre la plus forte densité de population du territoire. Une articulation avec le SAS pourrait être possible afin d'y réguler l'accès et éviter un afflux massif de patients.

Conclusion

La problématique de l'encombrement des services d'urgences dure maintenant depuis des années, et a été récemment exacerbée par la crise du Covid. L'afflux de patients croissant vers les centres hospitaliers peut entraîner des conséquences dramatiques. L'étude Eneis 3 visant à suivre l'évolution du nombre d'événements indésirables graves liés aux soins entre 2009 et 2019 ne permettait pas de quantifier le nombre de décès imputables à l'état des services d'urgences en France, mais soulignait néanmoins l'existence et l'augmentation de ces événements.

De nombreux facteurs peuvent expliquer cette hausse régulière et constante de la fréquentation des urgences. Des facteurs environnementaux tels que le vieillissement de la population et donc de la demande de soins complexes, mais également des facteurs sociétaux faisant régulièrement la une des médias : manque de lits dans les services d'hospitalisation, manque de personnel, désertification médicale, épuisement des soignants ...

Le Service d'Accès aux Soins se veut être un moyen innovant créé pour permettre la réduction du recours aux SAU pour les consultations pouvant être traitées par un médecin généraliste ou un soignant en ville, voire par une simple écoute et conseil.

Notre travail a permis de montrer l'efficacité de ce nouvel outil dans la gestion des demandes de SNP régulées par le Centre 15 de Corrèze, diminuant le recours aux urgences de 17% sur la période étudiée.

Il semble également remplir son rôle de soutien de la médecine d'urgence hospitalière, en réduisant la pression sur le médecin régulateur du SAMU qui peut à nouveau se consacrer pleinement à son travail de gestion des urgences « vraies ».

Le rôle de conseil et d'aiguillage du médecin SAS est prépondérant.

En revanche, l'adressage des patients à la médecine de ville est toujours limité, malgré l'embauche d'un ARM dédié et à la création d'une plateforme informatisée de gestion des rendez-vous disponibles. L'augmentation de la capacité d'accueil de la médecine ambulatoire semble donc nécessaire. La création d'une ou plusieurs maisons médicales dédiées uniquement à la réception des demandes de SNP, sur le territoire corrézien, pourrait être une solution à étudier.

Notre étude n'a pas mis en évidence de différence significative sur le taux de recours aux urgences du CH de Brive pour les demandes de soins non programmés entre les deux périodes.

Une étude de plus longue durée sur la gestion des appels au médecin du SAS, ainsi que sur l'évolution du nombre de consultations dans les différents centres hospitaliers du département pour les motifs ne relevant pas des urgences suite à la mise en place du SAS serait pertinente pour compléter ce travail et mesurer l'efficacité de ce nouvel outil dans la durée.

Il serait également intéressant d'étudier les freins et leviers des médecins généralistes libéraux à leur participation au SAS, en tant que médecins régulateurs et effecteurs, afin de maintenir et augmenter l'implication de la médecine ambulatoire dans la gestion des SNP.

Le SAS semble donc être une mesure pertinente de soutien de la médecine hospitalière, mais il reste primordial de sensibiliser la population à une utilisation plus raisonnée des urgences, autant du côté des patients que du personnel médical et paramédical.

La question du déclin du nombre de médecins généralistes et spécialistes, constituant une faiblesse pour le SAS, reste également à traiter urgemment.

Références bibliographiques

1. Direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé [Internet]. 2022 [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/les-etablissements>
2. A. Bayle-Iniguez. Le Quotidien du Médecin. 2018 [cité 4 avr 2024]. 21 millions de passages aux urgences, hausse quasi permanente depuis 20 ans. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/21-millions-de-passages-aux-urgences-hausse-quasi-permanente-depuis-20-ans>
3. Les consultations aux urgences pour des motifs relevant de la médecine ambulatoire. Enquête auprès de médecins généralistes et urgentistes. [Internet]. [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgence_s2013/donnees/communications/resume/resume_56.htm
4. Ministère de la Santé et de la Prévention. Tout savoir sur le SAS [Internet]. 2022 [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas>
5. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville [Internet]. 2017 [cité 15 janv 2024]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2017_PDF/2017_frequenc_e_SNP_urml_note.pdf
6. Rendez-vous non honorés et demandes de soins non programmés : Etat des lieux et solutions [Internet]. 2015 [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16197.pdf>
7. Gouyon L. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. 2006;
8. DRESS. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les SNP [Internet]. 2020 [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
9. Le Robert. Urgence - Définitions, synonymes, prononciation, exemples [Internet]. [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/urgence>
10. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(1):63-74.
11. Chanteloup G. Les appels d'urgence au centre 15 en 1997. 1997;
12. A. Moulin. Rapport du Sénat n°59 fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi relatif à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires [Internet]. 1985 [cité 28 janv 2024]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/1985-1986/i1985_1986_0059.pdf

13. Société française de Médecine d'Urgence. SAMU Centres 15: Référentiel et Guided'évaluation [Internet]. 2015 [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/802/sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf
14. SAMU Urgences de France. Enquête sur la situation des urgences [Internet]. 2022 [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/infos-du-ca-de-sudf/enquete-sudf-en-juillet-2022-/art_id/1064
15. Hospice Civil de Lyon. Fiche métier : l'assistant de régulation médicale [Internet]. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/sites/default/files/fiche-metier-arm.pdf>
16. Haute Autorité de Santé. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou télétranscription) dans le cadre de la régulation médicale [Internet]. 2009 [cité 3 févr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-05/teleprescription_-_recommandations.pdf
17. Journal Officiel de la République Française. Convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévue à l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale.
18. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale [Internet]. 2011 [cité 3 févr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf
19. T. Mesnier, P. Carli. Pacte de refondation des urgences [Internet]. 2019 [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
20. Code de la Santé Publique. Article L6311-3 [Internet]. 2023 [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043423341
21. Ministère de la Santé et de la Prévention. SAS : Retour d'expérience des 20 premiers SAS lancés [Internet]. 2024 [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/retex_sas_janvier_2024.pdf
22. Agence Régionale de la Santé La Réunion. Ségur de la santé : expérimentation du service d'accès aux soins (SAS) à La Réunion [Internet]. 2021 [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.lareunion.ars.sante.fr/segur-de-la-sante-experimentation-du-service-dacces-aux-soins-sas-la-reunion>
23. Ministère de la Santé et de la Prévention. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 6 févr 2024]. La rémunération des professionnels engagés dans le SAS. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/la-remuneration-des-professionnels-engages-dans-le-sas>
24. Société française de Médecine d'Urgence. Recommandations destinés aux sites pilotes SAS [Internet]. 2021 [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/Instruction_projets_pilotes_expe%CC%81rimentateurs_SAS_Anx1.pdf
25. Agence du Numérique en Santé. Agence du Numérique en Santé. [cité 6 févr 2024]. Service d'accès aux soins (SAS). Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/sas>
26. Agence du Numérique en Santé. La plateforme numérique SAS : fiche produit [Internet]. [cité 8 févr 2024]. Disponible sur:

https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/urgences_fiche-produit_sas.pdf

27. Union Régional des Professionels de Santé des médecins libéraux du Grand Est. Réunion d'information sur le Service d'Accès aux Soins du Haut-Rhin [Internet]. 2023 [cité 11 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.urpsmlgrandest.fr/actualites.html?fop=show&aid=765>
28. Agence Régionale de la Santé Haut-de-France. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) [Internet]. 2023 [cité 15 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1>
29. Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 28 avril 2023 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie [Internet]. 2023 [cité 11 févr 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/RA_publication_JO_20230430.pdf
30. Journal Officiel de la République Française. Décision du 15 octobre 2013 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie - Légifrance [Internet]. 2013 [cité 11 févr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000028280265
31. E. Villeneuve, P.Nauche, P.Dupuy, S. Boue, M. Arrestier, C. Moesh, et al. Compte rendu du comité de pilotage du SAS 19. 2022.
32. INSEE. Dossier complet – Département de la Corrèze (19) [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-19#chiffre-cle-1>
33. Préfecture de la Corrèze. Démographie : Population et densité en Corrèze INSEE 2019 [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.correze.gouv.fr/Publications/Cartes-et-donnees/Des-cartes-thematiques/Socio-demographie/DEMOGRAPHIE-Population-et-densite-INSEE-2019>
34. Agence régionale de la santé. Accès aux soins 2022 - Nouvelle cartographie « zonage médecine libérale » par département de l'ARS Nouvelle-Aquitaine du 29/04/2022 [Internet]. 2022 [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/communiques-de-presse-acces-aux-soins-2022-nouvelle-cartographie-zonage-medecine-liberale-par>
35. atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
36. Conseil départemental de la Corrèze. Conseil Départemental de la Corrèze. [cité 3 oct 2023]. Plan Ambition Santé. Disponible sur: <https://www.correze.fr/nos-missions/correze-sante/plan-ambition-sante>
37. Agence Régionale de la Santé Nouvelle Aquitaine. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires [Internet]. 2023 [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/66428/download?inline>
38. Centre Hospitalier de Haute-Corrèze. Pôles et services [Internet]. [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: <https://ch-ussel.fr/patients-et-visiteurs/poles-et-services.html>
39. Centre Hospitalier de Tulle. Hôpital de Tulle. 2022 [cité 14 févr 2024]. Les chiffres clé. Disponible sur: <https://www.ch-tulle.fr/fr/hopital/chiffres-cle>

40. Centre Hospitalier de Brive la Gaillarde. Activités et chiffres clés [Internet]. <https://ch-brive.fr/>. [cité 14 févr 2024]. Disponible sur: <https://ch-brive.fr/le-centre-hospitalier/competences-et-organisation/activites-chiffres-cles/>
41. INSEE. Populations légales 2021 [Internet]. 2023 [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7728826>
42. Rothman KJ, Rothman KJ. Epidemiology: An Introduction. Second Edition, Second Edition. Oxford, New York: Oxford University Press; 2012. 280 p.
43. Préfecture de la Corrèze. La Corrèze administrative - La Corrèze - Publications - Les services de l'État en Corrèze [Internet]. [cité 3 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.correze.gouv.fr/Publications/La-Correze/La-Correze-administrative>
44. actu-phare-92.pdf [Internet]. [cité 15 janv 2024]. Disponible sur: <https://snphare.fr/assets/media/actu-phare-92.pdf>
45. Higginson J. Caractéristiques des appels au SAMU-Centre 15 selon l'âge: une étude rétrospective au Centre de Réception et Régulation des appels de Bordeaux du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015. 2016;
46. Direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale [Internet]. 2003 [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er212.pdf>
47. Association Nationale des Puéricultrices Diplômé(e)s et des Etudiants. Livre blanc de l'ANPDE pour l'évolution de la spécialité [Internet]. 2018 [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: <https://static1.squarespace.com/static/5a9d173475f9eef8f485ccf8/t/5bb47053652dead51cf02d17/1538551928565/livre+blanc+ANPDE.pdf>
48. INSEE. En Corrèze, un habitant sur deux vit dans l'aire de Brive-la-Gaillarde – Les départements de Nouvelle-Aquitaine à grands traits [Internet]. [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5764381?sommaire=5763532>
49. J-P. Ferley, O. Da Silva. Creation d'une maison médicale de garde à Brive la Gaillarde [Internet]. 2019 [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/12/71.MMG_Brive.pdf
50. Huet MC. La permanence des soins ambulatoires: étude descriptive et analytique des appels sur un an, au centre de réception et de régulation des appels du SAMU 35. 2017;
51. Direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Urgences : sept patients sur dix attendant moins d'une heure avant le début des soins [Internet]. 2015 [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er929.pdf>
52. MG France. Patients sans Médecin traitant, mythe ou réalité ? - MG France [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualite/profession/2142-patients-sans-medecin-traitantmythe-ou-realite>
53. Le Ho Morgane. Etat des lieux des recours et devenir des patients pris en charge aux urgences : étude prospective au centre hospitalier de Brive-la-Gaillarde, thèse d'exercice, Limoges, Université de Limoges. Disponible sur <https://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-121073>. 2022.

54. Chanteloup G. Les appels d'urgence au centre 15 en 1997. mars 2000;
55. Telion C, Marx JS, Dautreppe C, Carli P. Retour d'expérience sur la régulation au Samu de Paris pendant la crise de Covid-19. *Ann Fr Med Urgence*. sept 2020;10(4-5):202-11.
56. SAMU Urgences de France. Résultats de l'enquête sur la situation des urgences [Internet]. 2022 [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/infos-du-ca-de-sudf/enquete-sudf-en-juillet-2022-/art_id/1064
57. B. Rojouan. Sénat. 2023 [cité 26 févr 2024]. Délais d'attente excessifs d'accès au numéro des urgences « 15 » en France. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2023/qSEQ230707610.html>
58. Viguier T. Retour d'expérience des usagers du SAMU 47 suite à la mise en place de l'entrée régulée en période nocturne au sein des urgences. 2023;
59. Baubeau C. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. 2003;
60. Sorcinelli J. Etat des lieux des consultations spontanées au Service d'Accueil des Urgences en 2017 : devenir des patients et évaluation des recours [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2018 [cité 27 févr 2024]. p. Non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931805>
61. INSEE. La Corrèze à grands traits [Internet]. 2016 [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908422>
62. J. Borowczyk, J. Corneloup. Rapport d'information des travaux de la mission d'information sur les transports sanitaires [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b5044_rapport-information.pdf
63. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. janv 2022;
64. SAMU Urgences de France. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir [Internet]. [cité 23 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
65. Observatoire régional de la Santé Nouvelle Aquitaine. Creation d'une Maison Médicale de Garde à Brive-la-Gaillarde [Internet]. 2019 [cité 23 mars 2024]. Disponible sur: https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/12/71.MMG_Brive.pdf
66. Direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et souvent plus salariée [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>
67. Direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er889.pdf>
68. Observatoire Régional des Urgences Occitanie. Et si la régulation systématique des entrées aux urgences, ça marchait! – ORU Occitanie [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://oruoccitanie.fr/et-si-la-regulation-systematique-des-entrees-aux-urgences-ca-marchait/>

69. F. Braun. Missions flash sur les urgences et soins non programmés [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf
70. Mason A, Smith PC. Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs. *Revue française des affaires sociales*. 2006;(2-3):265-84.

Annexes

Annexe 1. Modèle d'ordonnance télétransmise dans le cadre de la régulation médicale ..	87
Annexe 2. Plaquette informative nationale du SAS	88
Annexe 3. Classements des motifs d'appels par ordre décroissant en 2022 et 2023	89
Annexe 4. Répartition des appels entre les opérateurs en fonction des motifs pour la période 2023.....	90
Annexe 5. Echelle FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital Triage	91

Annexe 1. Modèle d'ordonnance télétransmise dans le cadre de la régulation médicale

Courrier médical confidentiel, en cas d'erreur d'orientation merci d'appeler
le n° suivant.....(centre régulateur)

Ordonnance d'une prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale

EXPÉDITEUR

Adresse du centre de régulation

N° de téléphone :
N° de fax :

Dr nom et prénom/spécialité
N° identifiant ADELI RPPS
N° inscription au tableau de l'Ordre

Agissant dans le cadre de la régulation médicale

N° du dossier de régulation :

DESTINATAIRE

Pharmacie nom officine

Nom et prénom du pharmacien qui réceptionne et valide :
N° d'ordre du pharmacien :
Adresse : adresse officine
Téléphone : n°
Télécopie : n°

Date et heure de la prescription et durée de validité :

Nom/prénom du patient :

Adresse : n° et rue code postal ville

âge/sexu du patient :

Poids du patient (indispensable si le patient a < 15 ans) :

Médicaments prescrits pour heures
(préciser la durée de la prescription qui ne peut dépasser 72 heures)

Médicament (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement

Médicament (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement

Médicament (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement

Recontacter le médecin régulateur rapidement en cas d'aggravation des symptômes.

Contactez votre médecin traitant si besoin.

Ne pas oublier d'apporter cette ordonnance lors de votre prochaine consultation avec votre médecin traitant.

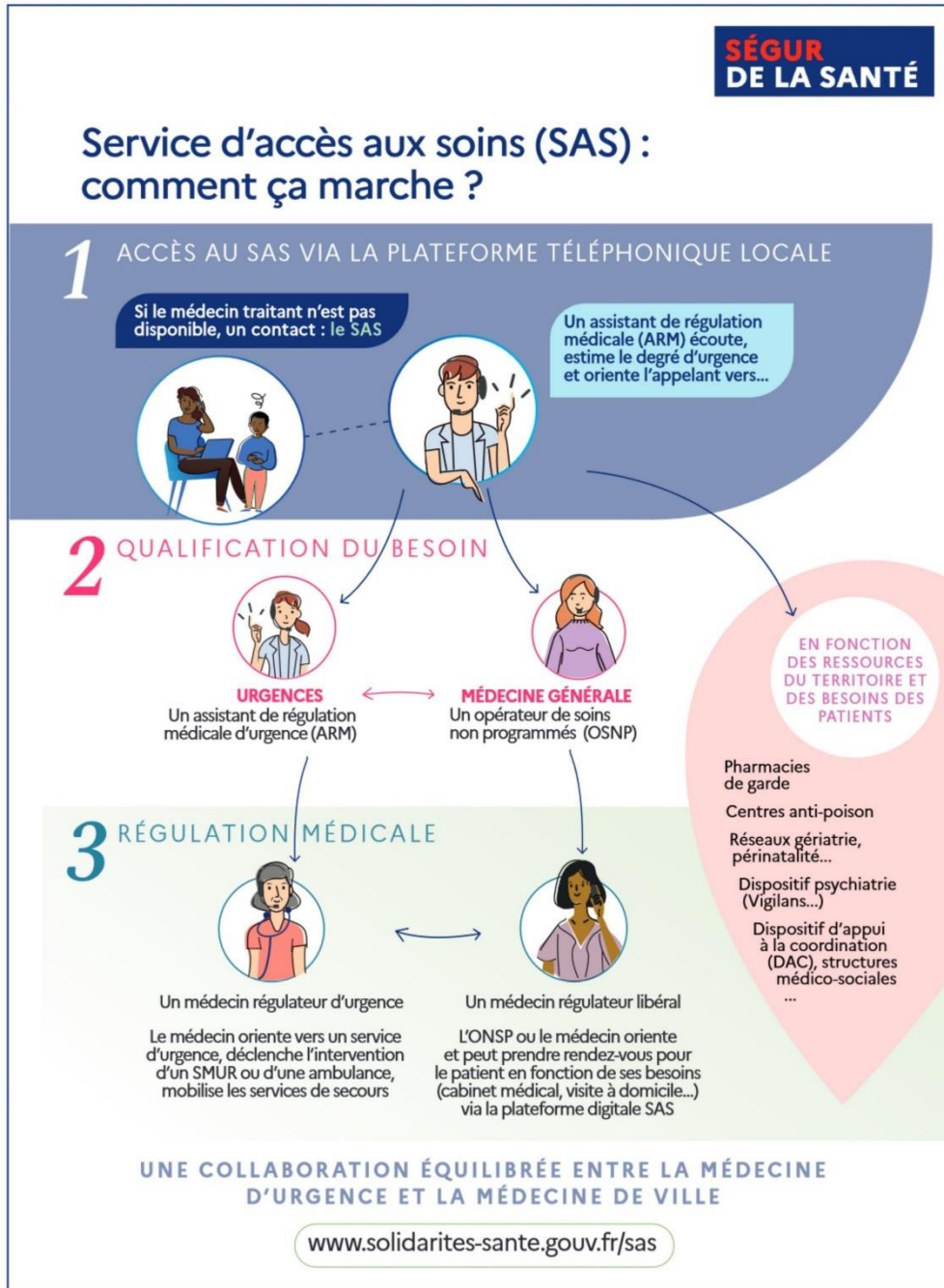
Signature du médecin régulateur prescripteur

Signature du pharmacien
qui a réceptionné et validé

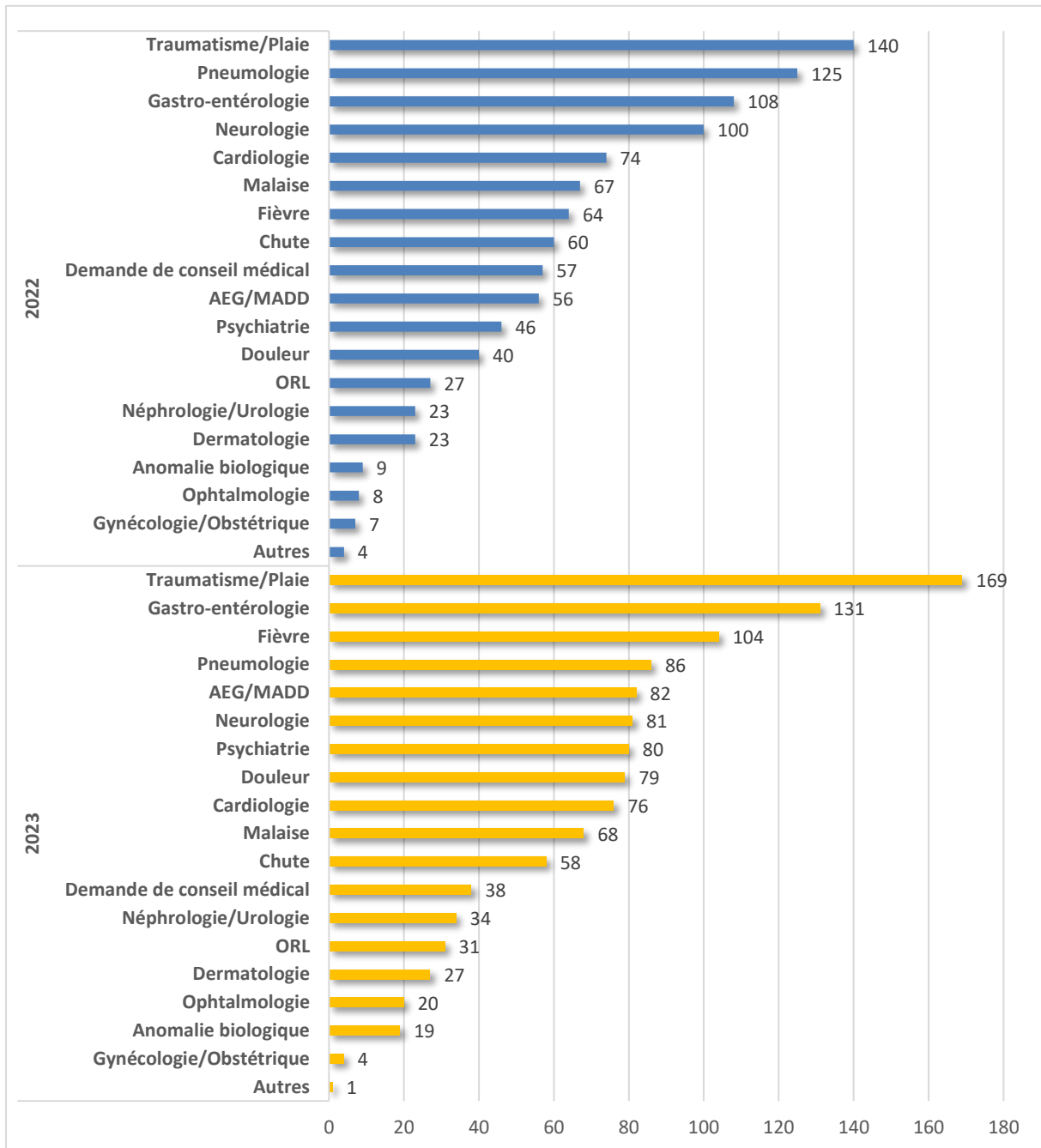
Tampon de l'officine :

Pour accusé de réception, cette ordonnance est à renvoyer validée par le tampon de l'officine au centre de régulation n° fax

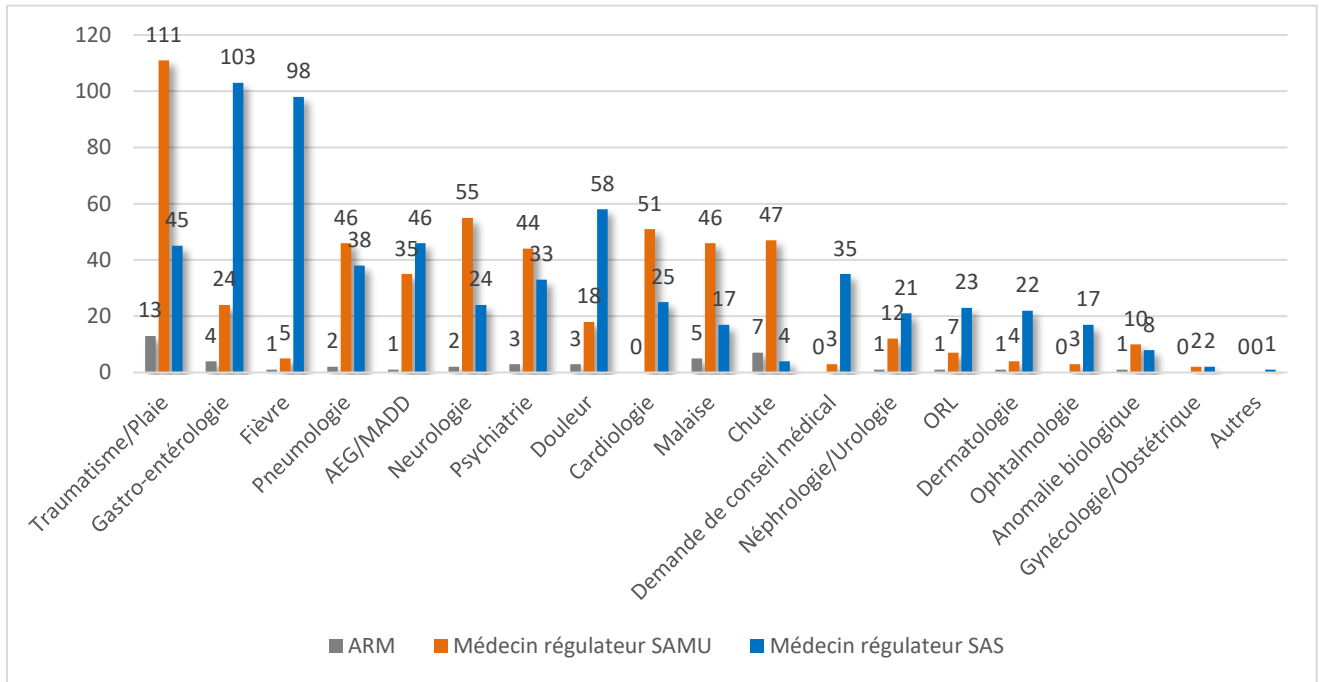
Annexe 2. Plaquette informative nationale du SAS



Annexe 3. Classements des motifs d'appels par ordre décroissant en 2022 et 2023



Annexe 4. Répartition des appels entre les opérateurs en fonction des motifs pour la période 2023



Annexe 5. Echelle FRENch Emergency Nurses Classification in-Hospital Triage

FRENch Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) lourde(s) ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité lourde	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

** patient adressé par médecin le jour même aux urgences

Source : SFMU

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Mise en place du Service d'Accès aux Soins : évolution du nombre d'appels et premières évaluations au Centre 15 de Corrèze

Introduction : Le Service d'Accès aux Soins (SAS) est un nouveau dispositif français prévu par le Pacte de Refondation des Urgences de 2019, et présenté comme un nouvel outil de gestion des demandes de « soins non programmés » lorsqu'un usager contacte le Centre 15 de son département. L'objectif de ce travail était de comparer l'évolution du nombre d'appels au Centre 15 de Corrèze, et leurs devenir, avant et après la mise en place du SAS. **Méthode :** Nous avons réalisé une étude prospective, comparative, et monocentrique sur les appels au centre 15 du 19, sur quinze jours, des mois de janvier 2022 et janvier 2023, de 9h à 20h, hors week-ends. **Résultats :** Il existe une augmentation significative du nombre d'appels pour la période de janvier 2023. Suite à la mise en place du SAS, le nombre d'appels pris en charge par le médecin de SAMU a été divisé de moitié. Sur les deux périodes, la consultation aux urgences reste la décision la plus souvent prise, mais la mise en place du médecin SAS a permis une réduction de 17% du nombre de recours aux urgences pour les demandes de SNP. Le conseil médical est le rôle central du médecin SAS. La place de la médecine ambulatoire est renforcée suite à la mise en place du SAS mais reste limitée. Nous n'avons pas montré de différence significative entre les proportions de patients envoyés par le Centre 15 et triés 5 sur l'échelle de tri FRENCH à leur arrivée aux urgences du CH de Brive la Gaillarde. **Conclusion :** Le Service d'accès aux Soins semble être un outil efficace pour répondre aux demandes de SNP, néanmoins, un renforcement de l'offre de soins ambulatoires en Corrèze et la sensibilisation de la population à la prise d'un avis médical (SAS ou médecin traitant) avant une consultation aux urgences restent nécessaires.

Mots-clés : soins non programmés, Service d'Accès aux Soins, centre 15

Implementation of the Healthcare Access Service : evolution of the number of calls and initial assessments at the Correze Emergency Medical Service.

Introduction : The Healthcare Access Service (HAS) is a French new initiative outlined in 2019, presented as a new tool for managing requests for "unplanned care" when a user contacts the Emergency Medical Service (EMS). The aim of this study was to compare the evolution of the number of calls to the Correze EMS, as well as their outcomes, before and after the implementation of the Healthcare Access Service. **Method :** We conducted a prospective, comparative, and single-center study on calls to the Correze EMS over a fifteen-day period in January 2022 and January 2023, outside the hours of outpatient emergency care. **Results :** There is a significant increase in the number of calls for the January 2023 period. Following the implementation of the HAS, the number of calls handled by the SAMU physician has been halved. On both periods, visiting the emergency department remains the most frequently made decision, but the introduction of the HAS physician leads to a 17% reduction in emergency department visits for unplanned care requests. Medical advice is the central role of the HAS physician. The role of outpatient care is strengthened following the implementation of the HAS but remains limited. We did not find a significant difference in the proportions of patients referred by the EMS and sorted 5 on the FRENCH triage scale upon arrival at the emergency department of the Brive la Gaillarde Hospital. **Conclusion:** The Healthcare Access Service is an effective tool for unplanned care requests. However, more outpatient care services in Correze and raising awareness among the population about seeking medical advice (HAS or GP) before visiting the emergency department are needed.

Keywords : unscheduled care, Healthcare Access Service, Emergency Medical Service

