



HAL
open science

**Analyse des appels des médecins généralistes au SAMU
centre-15 : une étude rétrospective au Centre de
Réception et de Régulation des Appels de
Mont-de-Marsan (40) du 1er janvier 2018 au 31
décembre 2018**

Camille Dangoumau

► **To cite this version:**

Camille Dangoumau. Analyse des appels des médecins généralistes au SAMU centre-15 : une étude rétrospective au Centre de Réception et de Régulation des Appels de Mont-de-Marsan (40) du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02879354

HAL Id: dumas-02879354

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02879354>

Submitted on 23 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n°67

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par DANGOUMAU Camille

Née le 17/05/1990 à La-Teste-de-Buch (33)

Le 20 Mai 2020

**ANALYSE DES APPELS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
AU SAMU CENTRE-15 :**

**Une étude rétrospective au Centre de Réception et de Régulation des Appels
de Mont-de-Marsan (40) du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018.**

Sous la direction de : Romain BLONDET

Membres du jury :

M. SZTARK François
M. ADAM Christophe
M. CASTERA Philippe
M. COMTE Vincent
M. BLONDET Romain

Président
Rapporteur
Examineur
Examineur
Examineur

REMERCIEMENTS

Au président de jury

A Monsieur le Professeur François SZTARK, pour votre réponse favorable à ma sollicitation et l'honneur que vous me faites en acceptant d'être président de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Au rapporteur

A Monsieur le Docteur Christophe ADAM, pour avoir accepté d'être le rapporteur et membre de ce jury, pour votre disponibilité et votre attention portée sur mon travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Aux juges

A Monsieur le Docteur Philippe CASTERA, pour avoir répondu rapidement et favorablement à ma demande. Soyez assuré de ma sincère gratitude .

A Monsieur le Docteur Vincent COMTE, merci pour ta présence et le soutien que vous m'apportez avec Véronique, je vous en suis très reconnaissante.

Au directeur de thèse

A Monsieur le Docteur Romain BLONDET. Merci pour l'intérêt que tu as apporté à mon projet de thèse, pour m'avoir guidée, pour ton investissement et tes précieux conseils. Malgré ton activité professionnelle intense, tu as su m'accorder de ton temps et je t'en suis extrêmement reconnaissante. Sois assuré de ma sincère gratitude.

A monsieur le Docteur Gilles BLAQUIÈRE, pour ta relecture et tes conseils. Je t'en suis reconnaissante.

A Madame Dominique LAURET assistante médico-administrative du SAMU 40 et à **Monsieur le Docteur Jérôme DIMET**, praticien hospitalier du centre de recherche clinique des Landes pour l'extraction des données et l'aide à la réflexion initiale m'ayant permis d'élaborer cette thèse. Je vous prie de croire en mes sentiments respectueux.

A mes parents, Philippe et Maïté. La chape et les poutres solides de notre maison m'ont donné l'assurance nécessaire pour avancer. J'y ai appris le respect du vivant, de la nature. Vous m'avez enseigné la rigueur puis le lâcher prise en récompense, vivre l'instant présent. Vous m'avez transmis votre amour pour la musique et la fête. Puis vous avez créé cette estantada pour que l'on puisse s'y envoler. Votre amour implicite et votre soutien infailible m'ont permis de devenir qui je suis. Je serai toujours là pour vous comme vous l'avez été pour moi. Je vous aime.

A mes sœurs, Marion et Judith. Marion ou mon double avec 5 minutes d'écart et presque 3 cm de différence. Nous avons grandi ensemble et n'avons plus de secret l'une pour l'autre, notre force. Judith, tu me mets 8 ans en plus et 10 cm en moins. Tu as bien grandi petite Biboune. Votre bonheur contribue au mien et me donne envie d'avancer. Merci d'être là pour moi, je vous aime mes soeurs.

A La Pie, le K, Légo, Guizmo et Ganda, partenaires de chaque instant durant toutes mes études.

A Papi et Mamie Josie, pour votre amour, l'enfance heureuse que vous nous avez donnée et notre complicité. C'est grâce à vous que j'ai pu courir aussi loin.

A Mamy Puchka, pour ton originalité, ta créativité et l'amour que tu nous a donné. C'est grâce à toi que j'ai pu sauter aussi haut.

A Nounoue, Robert et leurs enfants, ma deuxième famille. Vous nous avez choyé de nos 6 mois à nos 18 ans. Vous nous avez appris à rire de tout (et beaucoup !!). Merci pour le bonheur que vous nous avez apporté. Nounoue tu resteras notre nounou pour toujours !

A Romain et Aymeric, prenez soin des Dangoums et surtout de vous, merci pour tous ces moments partagés et pour les prochains à venir.

A Claude, Bernard et Clément. Merci pour l'accueil que vous m'avez fait et votre soutien moral durant ces longues années d'études, notamment le vendredi soir... Désormais je ne squatterai plus la table de la salle à manger !

A tata Zaza et ses enfants pour leur bienveillance. **A Marcel et Geneu** pour leur gentillesse et à **tous les tontons, tantes, cousins et cousines Aymonino et Cabeil, à Detché.**

Aux Euscalitches, les étincelles intergénérationnelles de ma vie. HA PETA !

A la Team Delattre, quand l'excellence réunit 3 âmes. Merci d'être là les gars. Il est où mon muxu ?

A Marinou et Mouchette, pour nos années pré-ado, ado et nos belles années à venir. Et au petit **Jérem !!**

A Charles, Juliette, Manu, Mélissa, Gaëtan, Jéré, Auré, qu'il est bon d'avoir de tels collègues de beuverie !! (vous remercieriez Charlus).

A Roro et Pignouf, mes copines du CM1 et pour toujours.

A Alissou, Simon et Léonie, et au plaisir de se retrouver autour d'un canard marin.

A Fifou, Anaïs, Cécé, Thomas, Vivi, les Mainsmains, Hugo, Marie, Amaia et tous les autres. Quel plaisir de vous avoir rencontré. Je vous souhaite de longues années d'amitié dans le 40, le 64 ou ailleurs !

A mes filles Chavi, Davy et Cilou toujours présentes depuis la P2 et à tous les potes de l'externat avec qui j'ai grandi, à nos fiestas passées et à venir !

Au quartier de Benatte, qui m'a vu faire des marathons dans le jardin cahiers à la main.

A Ophé, Antoine, Max, Erwan et tous mes amis sabrais, merci pour l'adoption et tous ces bons moments passés ensemble.

A celles et ceux que je n'ai pas cité mais que je n'oublie pas, à toutes les rencontres que j'ai pu faire durant ma formation qui ont rendu cette expérience plus humaine et ont contribué au médecin que je suis devenue aujourd'hui.

A l'équipe de la MSP de Mimizan qui m'accueille dans ma nouvelle vie professionnelle ; je vous en suis très reconnaissante.

A Armand, mon amoureux. Tu as supporté mes moments de doute et d'anxiété durant ces longues années d'étude. Merci d'être toujours là et merci d'être toi.

A tous les bons moments que l'on passera ensemble, à nos intermèdes musicaux, à nos voyages à l'international ou à Poursuguères, à nos enfants Tipi et Mule. La vie est devant nous, que l'aventure commence ! Je t'aime Baboun.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	10
I. LES RECOURS URGENTS OU NON PROGRAMMÉS EN MÉDECINE GÉNÉRALE.....	10
<i>A) Compétences du médecin généraliste.....</i>	<i>10</i>
<i>B) Activité représentée par les actes urgents ou non programmés.....</i>	<i>11</i>
<i>C) Horaires de consultation en semaine et le week-end.....</i>	<i>11</i>
<i>D) Profil des patients vus en consultation urgente ou non programmée.....</i>	<i>12</i>
<i>E) Motifs des consultations.....</i>	<i>13</i>
II. LA MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES LANDES.....	14
<i>A) Le département des Landes.....</i>	<i>14</i>
<i>B) Démographie médicale.....</i>	<i>15</i>
<i>C) Activité de la médecine générale dans les Landes.....</i>	<i>16</i>
<i>D) Organisation de l'exercice.....</i>	<i>16</i>
<i>E) Permanence des soins.....</i>	<i>17</i>
III. PRÉSENTATION DU SAMU 40.....	18
<i>A) Les différentes unités du SAMU 40.....</i>	<i>18</i>
<i>B) Le Centre de Réception et de Régulation des Appels des Landes (CRRA 40).....</i>	<i>19</i>
<i>C) Flotte SMUR du SAMU 40.....</i>	<i>21</i>
<i>D) Les autres partenaires de l'aide médicale urgente dans les Landes.....</i>	<i>22</i>
<i>E) Territoire et transport sanitaire.....</i>	<i>22</i>
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	24
I. TYPE D'ÉTUDE ET TRAITEMENT DES DONNÉES.....	24
II. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION.....	24
III. OBJECTIFS ET CRITÈRES DE JUGEMENT.....	25
RÉSULTATS.....	26
I. ANALYSE DESCRIPTIVE DES APPELS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LANDAIS AU SAMU 40.....	27
<i>A) Motifs d'appel des médecins généralistes au SAMU.....</i>	<i>27</i>
1. Demande de transport.....	28
2. Appel à l'aide.....	28
3. Demande de conseil médical.....	29
4. Demande de SMUR.....	30
<i>B) Réponses du SAMU.....</i>	<i>30</i>
1. Décisions d'engagement de moyens et de conseil.....	30
2. Motifs des décisions apportées selon le nycthémère.....	31

II.	<u>CONCORDANCE ENTRE LES DEMANDES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES DÉCISIONS DU SAMU</u>	32
III.	<u>DÉTAILS DES APPELS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SELON LA DÉCISION DU SAMU MOYEN /CONSEIL</u>	33
	A) <i><u>Contexte clinique commun</u></i>	33
	B) <i><u>Symptomatologie présentée par les patients</u></i>	34
	C) <i><u>Répartition dans le temps</u></i>	35
	D) <i><u>Répartition géographique</u></i>	37
	E) <i><u>Destinations des patients transportés</u></i>	39
	DISCUSSION	41
I.	<u>DISCUSSION DE LA MÉTHODE</u>	41
	A) <i><u>Choix et pertinence du sujet de l'étude</u></i>	41
	B) <i><u>Schéma de l'étude</u></i>	41
	C) <i><u>Biais potentiels de l'étude</u></i>	41
	1. <i>Biais de sélection</i>	41
	2. <i>Biais de classement</i>	41
	3. <i>Biais de mesure</i>	42
	4. <i>Biais de confusion</i>	42
	D) <i><u>Limites de l'étude</u></i>	42
II.	<u>DISCUSSION DES RÉSULTATS</u>	42
	A) <i><u>Objectif principal : motifs d'appel des médecins généralistes au SAMU</u></i>	42
	B) <i><u>Objectifs secondaires</u></i>	44
	1. <i>Test de concordance</i>	44
	2. <i>Analyse des décisions moyens/ conseils</i>	44
III.	<u>OUVERTURES ET PERSPECTIVES</u>	46
	A) <i><u>Convention tripartite</u></i>	46
	1. <i>SDIS 40</i>	46
	2. <i>Ambulances privées</i>	47
	B) <i><u>Les transports sanitaires</u></i>	48
	C) <i><u>Lien ville-hôpital/ Ma santé 2022/ Pacte de restructuration des urgences (Buzyn)</u></i>	49
	1. <i>Mesures ambulatoires</i>	49
	2. <i>Mesures Hospitalières</i>	51
	CONCLUSION	52
	BIBLIOGRAPHIE	53
	ANNEXES	58
	RÉSUMÉ	62

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

AASC : Associations Agréées de Sécurité Civile
ALD : Affection Longue Durée
AMU : Aide Médicale Urgente
APL : Accessibilité Potentielle Localisée
ARM : Assistant de Régulation Médicale
ARS : Agence Régionale de Santé
ATSU : Association de Transport Sanitaire d'Urgence
CCA : Certificat de Capacité d'Ambulancier
CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CTA : Centre de Traitement des Alertes
CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels
DR : Dossier de Régulation
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRM : Dossier de Régulation Médicale
HAD : Hospitalisation À Domicile
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
MCS : Médecin Correspondant SAMU
MG : Médecin Généraliste
MMG : Maison médicale de garde
MSP : Maison de Santé Puri-professionnelle/ Pluridisciplinaire
PDS : Permanence des Soins
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAS : Service d'Accès aux Soins
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SSSM : Service de Santé et de Secours Médical
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSE : L'unité Situations Sanitaires Exceptionnelles

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

INTRODUCTION

I. LES RECOURS URGENTS OU NON PROGRAMMÉS EN MÉDECINE GÉNÉRALE.

A) Compétences du médecin généraliste.

Les 6 compétences génériques du médecin généraliste (MG) ont été définies par un groupe de travail réuni sous l'égide du Collège national des généralistes enseignants (CNGE). Elles sont illustrées sous la forme d'une marguerite :

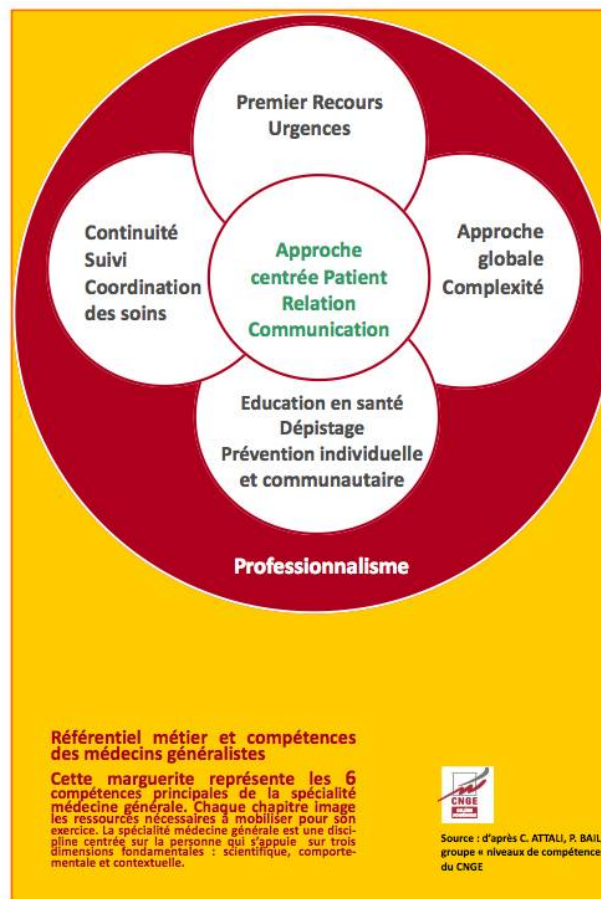


Figure 1 – La « marguerite » des 6 compétences génériques du médecin généraliste.

La gestion des urgences et des soins de premier recours font partie des compétences requises. Le médecin généraliste doit pouvoir répondre de manière adaptée à la demande urgente d'un patient. Il doit être capable de gérer des problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quel que soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale (1).

Selon l'article 9 du code de déontologie médicale (article R.4127-9 de code de la santé publique), « tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires » (2).

B) Activité représentée par les actes urgents ou non programmés.

La moitié des actes fait par les médecins généralistes comporte un problème de santé aigu (soit 140 millions d'actes par an) d'après les données de L'Observatoire de la Médecine Générale (3).

En 2006, 12% des actes réalisés par les généralistes étaient non programmés selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Cette part pourrait être supérieure de 3 points du fait d'une probable sous-déclaration par les médecins de leurs recours urgents (4).

Cela correspondrait à 35 millions d'actes par an, sans tenir compte des demandes résolues ou reprogrammées grâce à un contact téléphonique (5).

Les médecins disent devoir modifier l'organisation de leur journée dans 22 % des cas. Dans presque 5 % des cas, ils déclarent devoir interrompre subitement leur activité ; cette proportion augmente évidemment lors des cas graves (5), (6).

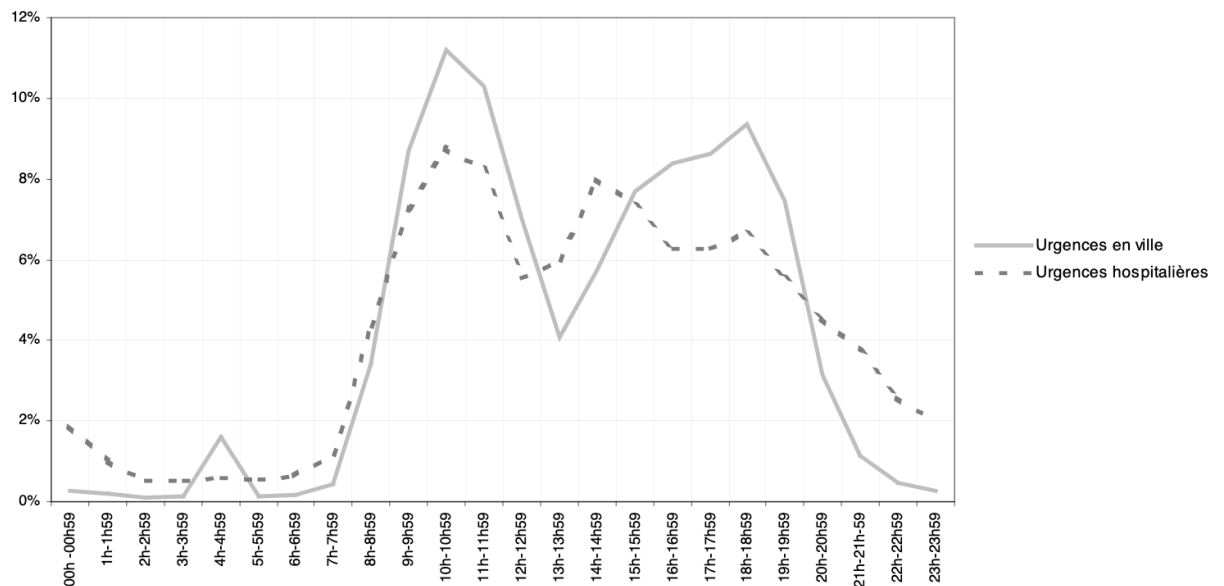
C) Horaires des consultations.

La DREES a étudié un échantillon de 17 254 consultations pendant une semaine d'octobre 2004. 1 304 médecins généralistes exerçant dans un cabinet et 94 médecins

pratiquant au sein d'une association d'urgentistes (SOS Médecins, Urgences médicales de Paris) ont renseigné un questionnaire pour chaque séance urgente ou non programmée (7), (8), (9).

Compte tenu des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, les recours urgents ont essentiellement lieu en journée : seules 18 % des séances urgentes se déroulent en dehors des horaires d'ouverture du cabinet ; 3 % ont lieu pendant des gardes ou des astreintes.

En journée de semaine, on observe deux pics d'activité avec 12% des recours urgents et non programmés entre 10h et 11h et 9 % entre 18h et 19h (*graphique 1*).



Sources : Enquêtes sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (Drees, 2004) et sur les services d'urgences hospitaliers (Drees, 2002)

Graphique 1 : Répartition des recours urgents ou non programmés en médecine générale et dans les services d'urgences hospitaliers, par heure, en semaine (journée type)

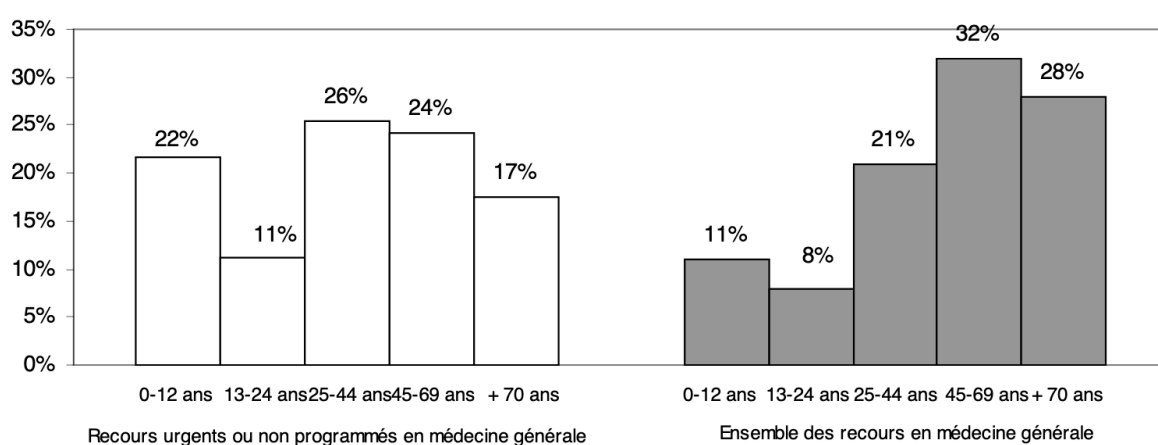
Le week-end, un seul pic d'activité est enregistré de 10h à midi concentrant 16 % des recours urgents non programmés de la journée. Par la suite une diminution progressive est observée pour tomber à moins d' 1 % de recours par heure après minuit.

D) Profil des patients vus en consultations urgentes ou non programmées.

Les enfants de moins de treize ans sont vus deux fois plus souvent en cas de recours urgent ou non programmé que pendant l'ensemble des consultations et visites.

Au contraire, les adultes ayant atteint 45 ans et en particulier les plus de 70 ans consultent moins dans ce contexte (17 % des recours urgents contre 28 % de l'ensemble des recours aux généralistes) (*graphique 2*).

Les plus jeunes et les plus âgés étaient les plus nombreux à recourir aux urgences hospitalières (7).



Sources : Enquêtes sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (Drees, 2004), sur les consultations et les visites des médecins généralistes libéraux (Drees, 2002).

Graphique 2 : Répartition des patients par âge et type de recours en médecine générale

57 % des patients examinés dans le cadre des recours urgents ou non programmés sont des femmes, proportion voisine de ce qui peut être observé sur l'ensemble de l'activité des généralistes (55 %) (6).

E) Motif des consultations.

Les affections aiguës sont à l'origine de 81 % des recours urgents ou non programmés des cas, proportion qui décroît avec l'âge des patients.

À l'inverse, 15 % des recours sont en relation avec une affection chronique et cette proportion croît avec l'âge du patient.

78 % de l'activité urgente des médecins généralistes sont liés à des troubles d'ordre somatique non traumatique, en particulier pour les jeunes patients de moins de 13 ans (90 %).

Les maladies infectieuses (ORL-ophtalmologie-stomatologie) constituent le diagnostic principal dans 22 % suivies par l'hépatogastro-entérologie (11 %), la rhumatologie (10 %), la traumatologie (9%) la cardiologie (8 %), la psychiatrie et la toxicomanie (6 %) et la pneumologie (6 %). Les autres diagnostics minoritaires appartiennent aux champs de la dermatologie, de l'uro-gynécologie, de l'obstétrique ou des problèmes sociaux, (7).

II. LA MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES LANDES.

A) Le département des Landes.

Deuxième département métropolitain après la Gironde de part sa taille, les Landes s'étendent sur 9 243 km². Son littoral s'étire sur 106 km, le long de la Côte d'Argent. La forêt landaise appartient au massif des Landes de Gascogne et est le plus important massif forestier d'Europe. Du fait de son étendue, la densité est une des plus faibles de la région avec 43,8 habitants/ km² (10), (voir Annexe 1).

Le territoire est divisé en 4 pays, 16 communautés de communes, 2 communautés d'agglomération et 327 communes (11).

Au 1^{er} janvier 2017, les Landes accueillait 406 809 habitants, soit 6,9 % de la population d'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes. 32 % des Landais vivaient hors d'une aire urbaine, part supérieure à la moyenne régionale (23 %). La population landaise était en moyenne plus âgée que la population régionale : 43,5 ans contre 42,9 ans (12).

Le département possédait cinq communes de plus de 10 000 habitants au 1^{er} janvier 2012 : Mont-de-Marsan la préfecture, suivie de Dax sous-préfecture, puis Biscarrosse, Saint-Paul-lès-Dax et Tarnos (voir Annexe 1).

A ces effectifs s'ajoutent 2 millions de touristes par an, soit 400 000 par mois de mai à septembre. Ils se répartissent sur le littoral et les 5 stations thermales (Dax, Saint Paul Les Dax, Saubusse, Préchacq et Eugénie les bains) qui accueillent 74 000 touristes par an (13).

Lieu de passage entre le nord et le sud de l'Europe, les Landes sont parcourues par de grands axes routiers et ferroviaires : l'A63 pour relier l'Espagne, l'A65 pour l'accès aux Pyrénées et la ligne TGV Paris-Irun (14).

B) Démographie médicale.

La DREES et l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) ont développé l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). Il permet de mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin.

A partir de cet indicateur, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine a établi un zonage médecin divisé en deux catégories (15) :

- les "zones d'intervention prioritaire" (ZIP) qui représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins.
- les "zones d'action complémentaire" (ZAC) qui nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation se détériore.

54 % de la population de la Nouvelle-Aquitaine vit en zone sous-dense avec 43,2% de ZAC et 10,8% de ZIP.

Le département des Landes compte 18 ZAC et 2 ZIP selon la cartographie de l'ARS (voir Annexe 2).

En 2011, L'ordre des médecins recensait 573 médecins généralistes en activité libérale régulière dans les Landes. La densité était de 117 généralistes pour 100 000 habitants. L'âge moyen était de 52 ans, 37,9 % étaient des femmes (16), (17).

En 2013, une densité de 105 médecins généralistes pour 100 000 habitants était recensée dans le département landais (17).

En 2018, cette densité poursuivait sa descente avec 102 médecins généralistes enregistrés pour 100 000 habitants. 414 omnipraticiens étaient recensés dont 114 ayant 60 ans ou plus. 39,6 % étaient des femmes. (17), (18).

La densité nationale moyenne en France en 2018 était de 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants (19).

C) Activité de la médecine générale dans les Landes.

L'activité moyenne des médecins généralistes landais était de 5 256 consultations par professionnel actif sur l'année 2018 soit 781 consultations de plus qu'en 2009.

Cette activité était supérieure à l'activité moyenne nationale qui comptabilisait 5 104 consultations par médecin généraliste en 2018.

L'année 2018 comptait 75 177 bénéficiaires de consultation de médecine générale de plus qu'en 2010.

On enregistrait 0,7 acte par bénéficiaire en moins qu'en 2010.

L'évolution du nombre d'actes restait cependant positive avec 172 236 actes supplémentaires enregistrés en 2018 par rapport à 2010 (17).

D) Organisation de l'exercice.

En 2018 dans les Landes selon la DREES, 418 médecins généralistes étaient libéraux exclusifs, 119 étaient salariés hospitaliers, 72 étaient salariés dans d'autres structures et 47 exerçaient une activité mixte (20).

14 Maisons de Santé Pluri-professionnelles ou Pluridisciplinaires (MSP) et 3 centres de santé étaient répertoriés (17).

Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) sont des structures de soins de premier recours qui réunissent des professionnels médicaux (au moins deux médecins) et paramédicaux. Elles reposent sur une coordination des soins, formalisée par un projet de santé et se distinguent en cela d'un simple regroupement de professionnels, de type cabinet de groupe. Le projet de santé s'appuie sur un diagnostic des besoins et s'articule autour d'un projet professionnel (organisation du travail en équipe, partage des informations à travers un système d'information commun, management de la structure) et d'un projet d'organisation de la prise en charge des patients (accès aux soins, continuité et permanence des soins, coopération et coordination externe, "nouveaux services" : éducation thérapeutique, télémédecine...) (21).

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, sans hébergement.

Ils dispensent des soins de premier recours et/ou de second recours, et pratiquent à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins. Ces activités sont délivrées au sein du centre ou au domicile des patients. Les centres de santé peuvent assurer une prise en charge pluri-professionnelle, qui associe des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Ils sont alors dits « polyvalents ». Les professionnels qui exercent au sein des centres de santé sont salariés (22).

(voir Annexe 3)

Les autres structures identifiées sont les cabinets individuels ou de groupe.

E) Permanence des soins.

La mission de permanence des soins ambulatoire, définie par la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009 (23), est une mission de service public qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets médicaux et des structures d'exercice coordonné, soit:

- tous les jours de 20 h à 8h (de 20h à minuit concernant le département des Landes) ;
- les samedis à partir de midi;
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h;
- le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

La mission de la permanence des soins repose sur deux dispositifs :

- la régulation médicale;
- l'effectation des soins avec la présence d'au moins un médecin de garde sur chaque territoire de permanence des soins.

Elle est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins, exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins. Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat. Toutefois, le code de déontologie médicale (24) rappelle qu'« il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ». Par ailleurs, en cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires constatée par le conseil

départementale de l'ordre des médecins et après avis des acteurs et instances concernés, le Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) «communique au représentant de l'État dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires» (article L.6314-1 du code de la santé publique) (25), (26).

Dans les Landes, un pool de 22 médecins régulateurs libéraux basés au SAMU assure la régulation médicale des appels sur cette période de garde sur le territoire. L'effectif sur le terrain est assuré durant cette même période grâce à un maillage du territoire en 25 secteurs de garde. Les pharmaciens et les dentistes, aussi organisés en secteurs de garde, participent à cette permanence de soins (27).

III. PRÉSENTATION DU SAMU 40.

A) Les différentes unités du SAMU 40.

« L'Aide Médicale Urgente a pour objet, en relation avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état ».

Le Service d'Aide Médicale Urgente a pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence (Loi N° 86-11 du 6 Janvier 1986 relative à l'Aide Médicale Urgente et aux transports sanitaires) (28).

Il est composé de cinq unités fonctionnelles (27) :

1. Le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA-Centre 15): détaillé ci-dessous.
2. La Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR): « apporte 24 heures sur 24, sur décision du médecin régulateur, en tous lieux sur l'ensemble du territoire, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation » (29).
3. Le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU): contribue à la formation

initiale et continue relative à la prise en charge de l'urgence médicale, en situation quotidienne et d'exception, ainsi qu'à la formation relative à la gestion des crises sanitaires pour les professionnels de santé. Il participe également à la recherche en pédagogie appliquée, à la promotion de l'éducation à la santé et à la prévention des risques sanitaires.

4. La Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) : assure la prise en charge médico-psychologique des victimes de catastrophes ou d'accidents impliquant un grand nombre de victimes ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison de leur nature et des professionnels assurant leur prise en charge.
5. L'unité Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) : assure une réponse adaptée en cas de « survenue d'un évènement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise » (30).

B) Le Centre de Réception et de Régulation des Appels des Landes (CRRA 40).

Par convention, le « Samu-Centre 15 » désigne le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) et tous les acteurs qui lui sont rattachés en un même lieu : régulation de médecine d'urgence, régulation de médecine générale, régulation spécialisée (réseau de périnatalité ...), coordination ambulancière (31).

L'appel reçu au SAMU-Centre 15 est initialement pris en charge par un assistant de régulation médicale (ARM) chargé d'identifier le lieu, l'appelant et la nature de l'appel. L'ARM crée alors le dossier de régulation (DR). Selon le motif de recours, l'appel est transmis au médecin régulateur généraliste (PDS) ou urgentiste et un dossier de régulation médicale (DRM) est créé. L'ARM peut également donner un simple conseil sans transmettre l'appel au médecin régulateur, un dossier de régulation simplifié est alors créé (32).

Les missions du CRRA 40 sont les suivantes (27) :

- Assurer une écoute médicale permanente via les appels au 15 et au 112 sur le département des Landes à l'exception de 15 communes (Bénesse-Maremne, Biarrotte, Biaudos, Capbreton, Labenne, Ondres, Orx, Saint André de Seignanx, Saint Barthélémy, Saint Laurent de Gosse, Sainte Marie de Gosse, Saint Martin de Hinx, Saint Martin de Seignanx, Saubrigues, Tarnos) dont les appels sont traités par le CRRA 64 A basé au centre hospitalier de Bayonne
- 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, 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 en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transport sanitaire
- Veiller à l'admission du patient
- Participer à l'organisation des grands rassemblements
- Participer à l'élaboration des plans de secours départementaux et leur mise en application

Le CRRA des Landes est basé sur Mont de Marsan (40 000). Il est situé sur le site principal du centre hospitalier Layné dans un bâtiment composé d'une salle de régulation principale et d'une salle de crise. La salle de régulation principale comprend 8 postes de régulation tous équipés du logiciel de régulation AppliSAMU (Appligos) et du logiciel téléphonique AppliCTI (Appligos). La salle de crise est équipée de 3 postes identiques à ceux retrouvés dans la salle principale.

En 2018, 247 312 appels ont été reçus au CRRA des Landes contre 244 958 en 2017. Parmi ces appels, 103 961 ont été régulés contre 100 411 en 2017. L'activité globale du SAMU 40 accusait une augmentation de 10% sur 6 ans, 3,5 % sur 1 an dont 3% en lien avec l'augmentation des dossiers de régulation médicale. Cette hausse d'activité s'accompagnait d'une augmentation générale de commande de transport sanitaire. En 2018, 35 879

transporteurs sanitaires hors SMUR ont été engagés contre 34 681 en 2017. Parmi ces 35 879 transporteurs, 27 330 étaient des véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) et 8 549 des ambulances privées (27).

C) Flotte SMUR du SAMU 40.

Pour assurer ses missions d'Aide Médicale Urgente, le SAMU 40, service du centre hospitalier de Mont de Marsan, s'appuie sur les 7 SMUR du territoire qu'il régle ainsi que sur les SMUR des SAMU voisins dans le cadre de la coopération inter SAMU.

- 2 SMUR terrestres gérées H24/365J par le centre hospitalier de Mont de Marsan dont 1 située sur le centre hospitalier et 1 déportée située dans les locaux de la polyclinique de l'Adour
- 1 SMUR gérée H24 /365J par le centre hospitalier de Dax, située sur site
- 1 antenne SMUR déportée, à gestion partagée entre les CH de Dax et de Mont de Marsan, située sur la commune de Labouheyre, dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire
- 2 antennes SMUR saisonnières terrestres: une basée à Biscarrosse Plage et l'autre à Hossegor (mise à disposition du SAMU 64A sur la commune de Capbreton)
- 1 antenne SMUR saisonnière basée à Mimizan dotée d'un médecin SMUR avec mise à disposition d'un vecteur hélicoptère de gendarmerie (27).

Deux types d'intervention sont effectués par les équipes du SMUR :

- des interventions dites « primaires » : ces interventions visent à prendre en charge sans délai les détresses vitales survenant quelque soit le lieu, l'âge et la pathologie. Ces interventions sont toujours prioritaires ;
- des interventions dites « secondaires »: ces interventions consistent généralement au transport de patients déjà hospitalisés, et, nécessitant un transfert vers un plateau technique ou un service spécialisé n'existant pas dans l'établissement d'origine.

Chaque équipe du SMUR qui intervient comporte, de jour comme de nuit, selon la nature de l'intervention un médecin urgentiste ou anesthésiste, un infirmier ou infirmier-anesthésiste et un conducteur titulaire du Certificat de Capacité d'Ambulancier (CCA). Peut se joindre un étudiant hospitalier ou un stagiaire (33).

D) Les autres partenaires de l'aide médicale urgente dans les Landes.

1. Le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) : 60 centres de secours répartis sur le territoire et un Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) des sapeurs-pompiers. Participation importante aux transports sanitaires (VSAV).
2. Les transporteurs sanitaires privés : Association de Transport Sanitaire d'Urgence (ATSU) : organisés en 16 secteurs de garde durant la garde préfectorale (20h00-8h00 en semaine et du samedi 08h00 au lundi 08h00 le WE + jours fériés).
3. Les Maitres-Nageurs Sauveteurs qui assurent la surveillance des plages du littoral.
4. Les Associations Agréées de Sécurité Civile (AASC).
5. Les forces de sécurité : police, gendarmerie, armée.
6. Les Médecins Correspondants du SAMU (MCS) : au nombre de trois, ils assurent les premiers gestes et soins d'urgence avant relais avec le SMUR intervenant.

Il existe une interconnexion téléphonique entre le 112 (numéro d'appel d'urgence européen), le 15, le 17 (police), le 18 (SDIS) et SOS médecins (27).

E) Territoire et transport sanitaire.

Le département des Landes dispose de 16 établissements de santé publics et privés dont deux établissements dotés d'un service d'accueil d'urgences adultes et pédiatrique (les centres hospitaliers de Mont de Marsan et de Dax) et un doté d'un accueil d'urgences polyvalent (Polyclinique de l'Adour à Aire-sur-l'Adour) (27). Du fait d'un habitat dispersé, l'accès aux structures hospitalières est parfois rendu difficile. Pour les habitants du territoire des Landes de Gascogne (Nord du département), le temps de parcours médian des patients

hospitalisés depuis leur commune de résidence est de plus de 60 minutes (12), (13).

Dans ce contexte, les transporteurs sanitaires sont sollicités. On observait un accroissement des sollicitations de VSAV de 2017 à 2018 avec 2331 véhicules supplémentaires engagés. Au contraire, les engagements de transporteurs privés étaient en baisse avec 1133 engagements de moins qu'en 2017.

Sur les 27 330 VSAV engagés en 2018, 1851 (7%) étaient des transports par carence ambulancière.

Les engagements de SMUR étaient en augmentation avec 691 SMUR primaires et 20 SMUR secondaires supplémentaires enregistrés en 2018 (27).

Tableau 1 - Transports sanitaires engagés par le SAMU 40 en 2017 et 2018.

	2018 (N)	%	2017 (N)	%
SMUR primaire	3460	8,7	2769	7,3
SMUR secondaire	446	1,1	426	1,1
VSAV	27 330	68,7	24 999	66
ATSU	8549	21,5	9682	25,6

Mon expérience personnelle a guidé le choix du sujet. J'ai eu l'opportunité de passer plusieurs jours au sein du CRRA des Landes lors de mon stage d'internat aux urgences de Mont-de-Marsan durant le semestre d'hiver 2018-2019.

J'ai observé très peu de réception d'appels de médecins généralistes au SAMU Centre-15 sur mes jours de présence. Les appels reçus concernaient le plus souvent une demande de transport traitée par l'ARM seul.

J'ai constaté que l'organisation de la réponse de transport pouvait s'avérer compliquée voire conflictuelle notamment lors des carences ambulancières assurées par le SDIS.

Mon expérience de remplaçante sur la MSP de Mimizan (40200) a confirmé ce constat avec des difficultés récurrentes rencontrées dans le transport des patients vers les structures hospitalières.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. TYPE D'ÉTUDE ET TRAITEMENT DES DONNÉES.

L'étude menée était une étude observationnelle descriptive, rétrospective et mono-centrique réalisée par recueil de données sur base historique (dossiers de régulation).

Elle s'est déroulée du 1er Janvier 2018 au 31 Décembre 2018 Avril 2019 au sein du Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) du SAMU des Landes à Mont-de-Marsan.

L'application APPLISAMU (Appligos-Opendev©) a été utilisée pour le recueil des données.

L'inclusion des patients a été faite sur le logiciel Excel (Microsoft©), avec anonymisation immédiate de la base de donnée.

L'analyse statistique est faite sur le logiciel R v3.5.2.1 (The R Foundation for Statistical Computing©). Les variables quantitatives sont exprimées par leur moyenne et écart type ou leur médiane et intervalle interquartile en fonction de la normalité de la distribution testée par le test de Shapiro-Wilk. Les variables qualitatives sont exprimées en valeur absolue et pourcentage.

La concordance entre les demandes des MG et les décisions du SAMU est analysée par un test du kappa de Cohen.

Les données sont entièrement anonymisées dès la phase d'extraction. Le travail est situé hors champs de la loi Jardé et respecte la méthodologie de recherche 003, il est également déclaré au DPO du Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan.

II. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION.

Tous les appels des médecins généralistes landais au SAMU 40 du 1/01/2018 au 31/12/2018 depuis leur cabinet, le domicile du patient ou l'EHPAD étaient incluables.

Etaient exclus:

- les appels d'un médecin correspondant SAMU (MCS)
- les appels d'un médecin généraliste missionné par le SAMU
- les appels d'un médecin généraliste sur la voie publique
- les appels d'un médecin spécialiste ou hospitalier
- les appels vers la permanence des soins (PDS)
- les dossiers avec données manquantes

III. OBJECTIFS ET CRITÈRES DE JUGEMENT.

L'objectif principal de cette étude était de réaliser une analyse descriptive de la nature des appels des médecins généralistes landais au SAMU 40.

Le critère de jugement principal était la description des demandes des MG et des décisions du SAMU sur l'année 2018 classés en 5 catégories (Transport/ Conseil médical/ SMUR/ Appel à l'aide/ SAU) et deux groupes (Moyen/ Conseil).

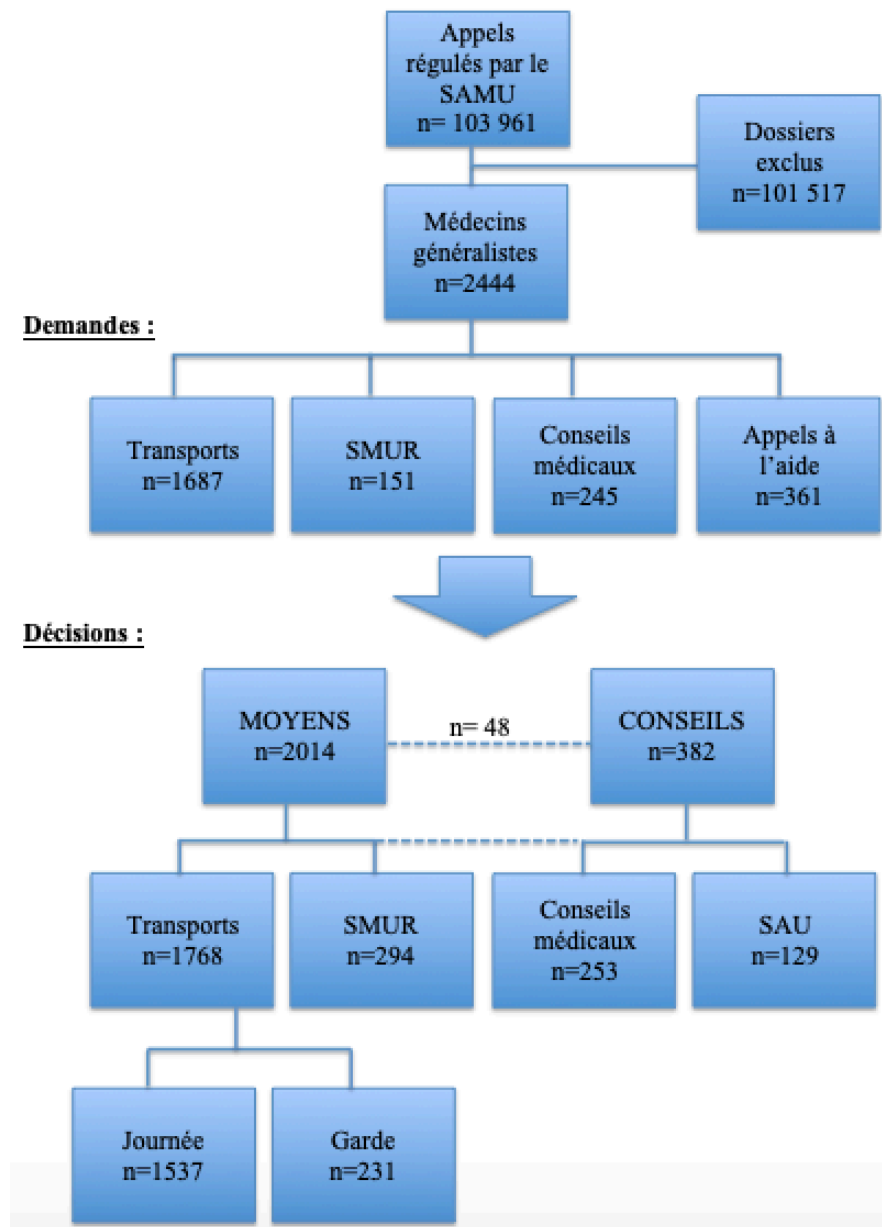
Les objectifs secondaires étaient :

- d'évaluer la concordance entre les demandes des médecins généralistes et les réponses apportées par le SAMU,
- de détailler les appels des médecins généralistes avec décision de Moyen ou Conseil du SAMU.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- la concordance entre la demande des médecins généralistes et la décision du SAMU (Transport/ Conseil médical/ SMUR),
- le contexte clinique et la répartition temporo-spatiale des appels avec décision de Moyen/Conseil du SAMU.

Figure 2 : diagramme des flux



En 2018, le SAMU centre 15 des Landes a régulé 103 961 appels, tout appelant confondu. Seuls 2,5 % (n=2444) de ces appels étaient émis par des médecins généralistes (27). Les demandes des médecins généralistes et les décisions apportées par le SAMU ont été successivement analysées et classées en utilisant le codage préexistant du logiciel APPLISAMU (voir *Annexe 4 grille de données*) selon les motifs (transport/ SMUR/ Conseils médicaux/ Appels à l'aide/ SAU) et les deux groupes « moyens » et « conseils ». Le groupe « moyens et conseils » (n=48) a été symbolisé par une droite en pointillée. La branche « décisions de transport » a été scindée en « journée » ou « garde » selon le moment de la journée où le transport était effectif.

RÉSULTATS

I. ANALYSE DESCRIPTIVE DES APPELS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LANDAIS AU SAMU 40

A) Motifs d'appel des médecins généralistes au SAMU.

Tableau 2- Motifs d'appel des médecins généralistes landais au SAMU 40 en 2018

	N - (%)
Transport sanitaire	1687 (69%)
Appel à l'aide	361 (15%)
Conseil médical	245 (10%)
SMUR primaire	151 (6%)

Les motifs d'appel ont été classés en 4 catégories selon le codage réalisé sur l'application APPLISAMU par les ARM lors de la réception des appels.

« Appel à l'aide » désignait une urgence vitale ressentie par l'appelant.

« Conseil médical » comprenait les items « conseil médical », « renseignement » et « information ».

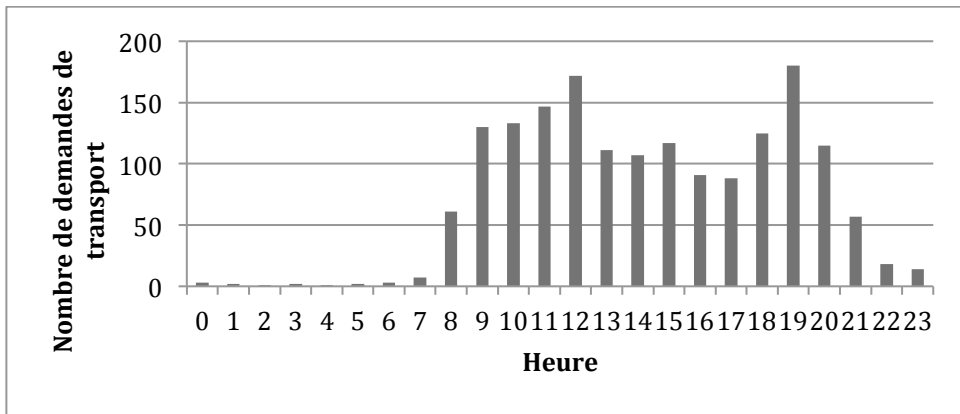
« SMUR primaire » implique que les SMUR secondaires n'étaient pas pris en compte.

« Transport sanitaire » comprenait les véhicules d'ATSU (ambulances, VSL) et les VSAV.

1. *Demande de transport.*

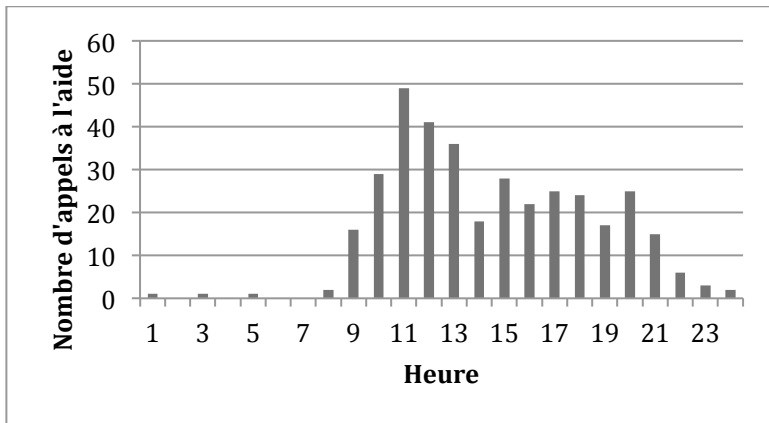
Proche de 7 appels des MG au SAMU sur 10 étaient effectués pour une demande un transport sanitaire (hors SMUR) en 2018 (*tableau 2*).

La majorité des appels étaient effectués sur les heures d'ouverture de cabinet (8h-20h) avec 2 pics d'activité dans la journée enregistrés à 12h et 19h (*graphique 4*).



Graphique 4 – Demandes de transport sanitaire selon l’heure

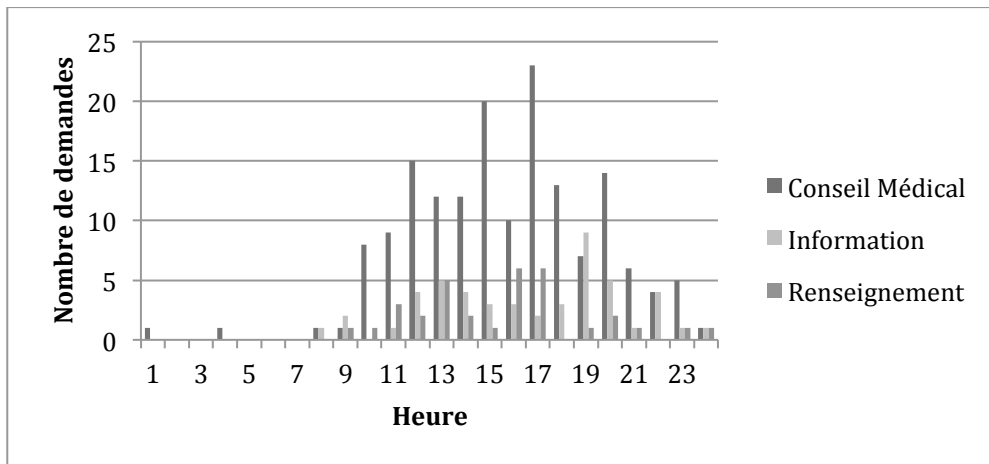
2. *Appel à l’aide.*



Graphique 5 – Appels à l’aide selon l’heure

On observe un un pic d’appels à l’aide à 11h avec 49 appels enregistrés puis une décroissance rapide jusqu’à 14h avec maintien de 22 appels sur l’année reçus jusqu’à 20h (*graphique 5*).

3. Demande de conseil médical.



Graphique 6 – Conseils médicaux, informations et renseignements selon l’heure d’appel

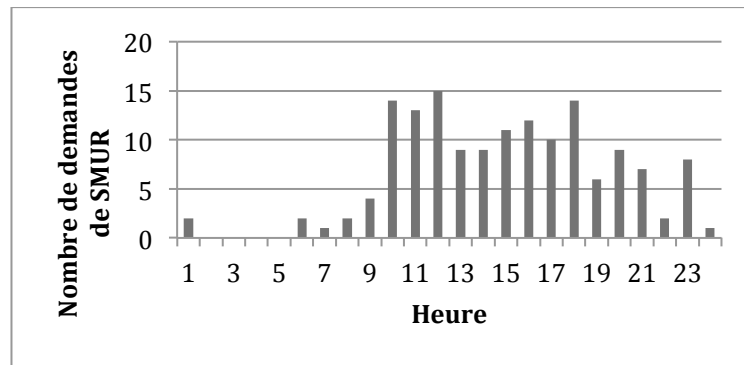
163 appels pour demande de conseil médical « pur » ont été enregistrés en 2018. Ils portaient sur des demandes d’avis concernant la prise en charge de pathologies somatiques. Les pathologies cardio-vasculaire et neurologiques étaient majoritaires.

L’item « information » désignait une information donnée par le médecin généraliste au SAMU concernant la prise en charge d’un patient en ambulatoire à destinée hospitalière ou non (ex : patient se rendant aux urgences via un moyen de transport personnel, patient vu en cabinet susceptible d’appeler le 15 si pas d’amélioration de la situation clinique, indication d’hospitalisation mais refus d’évacuation du patient ...).

En 2018, 49 informations ont été données par les médecins généralistes landais au SAMU 40. La majorité d’entre elles étaient données à 19h.

33 appels pour « renseignements » ont été enregistrés en 2018. 1/3 d’entre eux concernait une demande de mise en relation avec le CAP 24 (urgences psychiatriques), 8 avec des spécialistes hospitaliers, 2 avec le SAU. 9 dossiers concernaient des requêtes administratives (HAD, décès). Les 3 appels restants concernaient une déclaration d’enfant secoué et deux situations de détresses cardio-pulmonaires aboutissant à un transport (*graphique 6*).

4. Demande de SMUR.

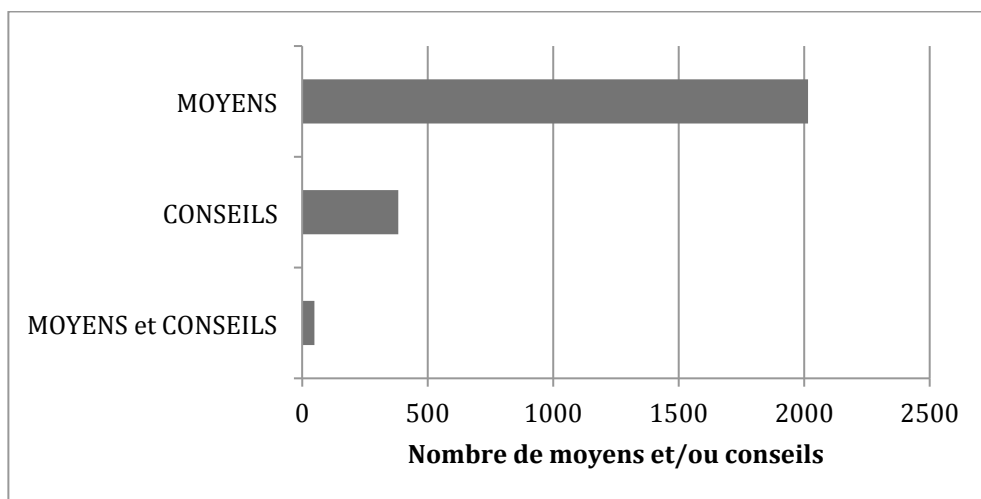


Graphique 7 - Demandes de SMUR selon l'heure

71% des demandes de SMUR primaire sont effectuées 10h à 19h avec 28% des appels répartis de 10h à 12h et un pic de 14 appels à 18h (*graphique 7*).

B) Réponses du SAMU.

1. Décisions d'engagement de moyens et de conseil.



Graphique 8 - Décisions d'engagement de moyens et de conseil

L'item « moyens » comprenait les transports sanitaires (VSAV, ATSU) et le SMUR.

L'item « conseils » comprenait les conseils médicaux et les orientations vers le Service d'Accueil des Urgences (SAU).

82,4 % (n= 2014) des demandes des MG entraînaient un engagement de moyen (sans conseil), 15,6% (n=382) débouchaient sur un conseil seul. Dans 2% (n= 48), un conseil était donné en même temps qu'un moyen était engagé (ex : conseil donné de consulter au SAU, transport par ambulance) (*graphique 8*).

Parmi les 2062 situations où un moyen était engagé, 85,7% (n=1768) concernaient un transport sanitaire (VSAV, ambulance), 14,3% (n=294) un SMUR.

Parmi les 382 conseils prodigués, 66% (n=253) concernaient un conseil médical simple, 34% (n=129) une consigne de consulter au SAU.

2. Motifs des décisions apportées selon le nyctémère.

Les motifs de décisions ont été classés en 4 catégories selon le codage réalisé sur l'application APPLISAMU par les ARM et les médecins urgentistes lors de la réception des appels. Les items « transport », « conseil » et « SMUR » étaient identiques à ceux déjà décrits pour les demandes. La décision « SAU » signifiait qu'une orientation vers un service d'accueil d'urgence avait été préconisée.

Tableau 4 – Motifs des décisions apportées par le SAMU selon le nyctémère

DÉCISIONS	JOUR (n=2133)	%	NUIT (n=311)	%
Transport	1537	72	231	74
SMUR	260	12	34	11
Conseil	230	11	23	7,5
SAU	106	5	23	7,5

JOUR : 8h-20h ; NUIT : 20h-0h.

Les taux d'engagement de transport diurnes et nocturnes étaient sensiblement similaires.

La décision d'engager un transport paraissait donc indépendante du jour ou de la nuit.

Il n'existait pas de réelle différence concernant le taux d'engagement de SMUR selon le nycthémère.

On enregistrerait sensiblement plus de conseil le jour et moins d'orientation vers le SAU la nuit (*tableau 4*).

II. CONCORDANCE ENTRE LES DES DEMANDES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES DÉCISIONS DU SAMU.

Nous avons pris la décision d'enlever les DRM comprenant la demande « Appel à l'aide » et les DRM ayant abouti à la décision « SAU », ces deux items étant peu concordants.

Tableau 5 – Test de concordance demandes MG /décisions SAMU

DEMANDES	DECISIONS			Total
	TRANSPORT	CONSEIL	SMUR	
TRANSPORT	1522	88	47	1657
CONSEIL	52	114	5	171
SMUR	12	6	133	151
Total	1586	208	185	1979

Concordance observée : 0,89

Coefficient Kappa : 0,66

Il existait une concordance de 89% (kappa= 0,66 ; $p < 0,0001$) ce qui relevait d'un accord fort entre les demandes des médecins généralistes et les décisions du SAMU.

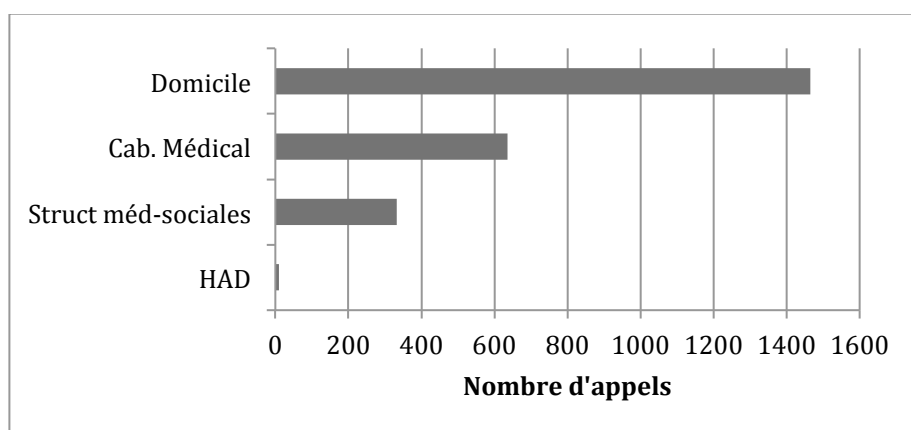
Les engagements de transport par le SAMU (80,1%) étaient légèrement inférieurs aux demandes de transport des MG (83,7%). Au contraire les décisions de conseil (10,5%) et d'engagement SMUR (9,3%) étaient légèrement supérieures aux demandes (respectivement 8,6% et 7,6%) (*Tableau 5*).

III. DÉTAILS DES APPELS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SELON LA DÉCISION DU SAMU MOYEN/CONSEIL.

La décision « moyen » concernait un engagement de transport sanitaire (ATSU, VSAV) ou du SMUR. Tous les moyens engagés étaient comptabilisés, y compris ceux où un conseil avait été prodigué de manière concomitante.

La décision « conseil » comprenait les conseils médicaux prodigués par le SAMU et la consigne de consulter au SAU. Le codage du logiciel de régulation ne permettait de comptabiliser que les conseils seuls ; ceux prodigués en même temps qu'un moyen était engagé n'étaient pas comptabilisés.

A) Contexte clinique commun.



Graphique 9 – Lieux de provenance des appels des MG au SAMU

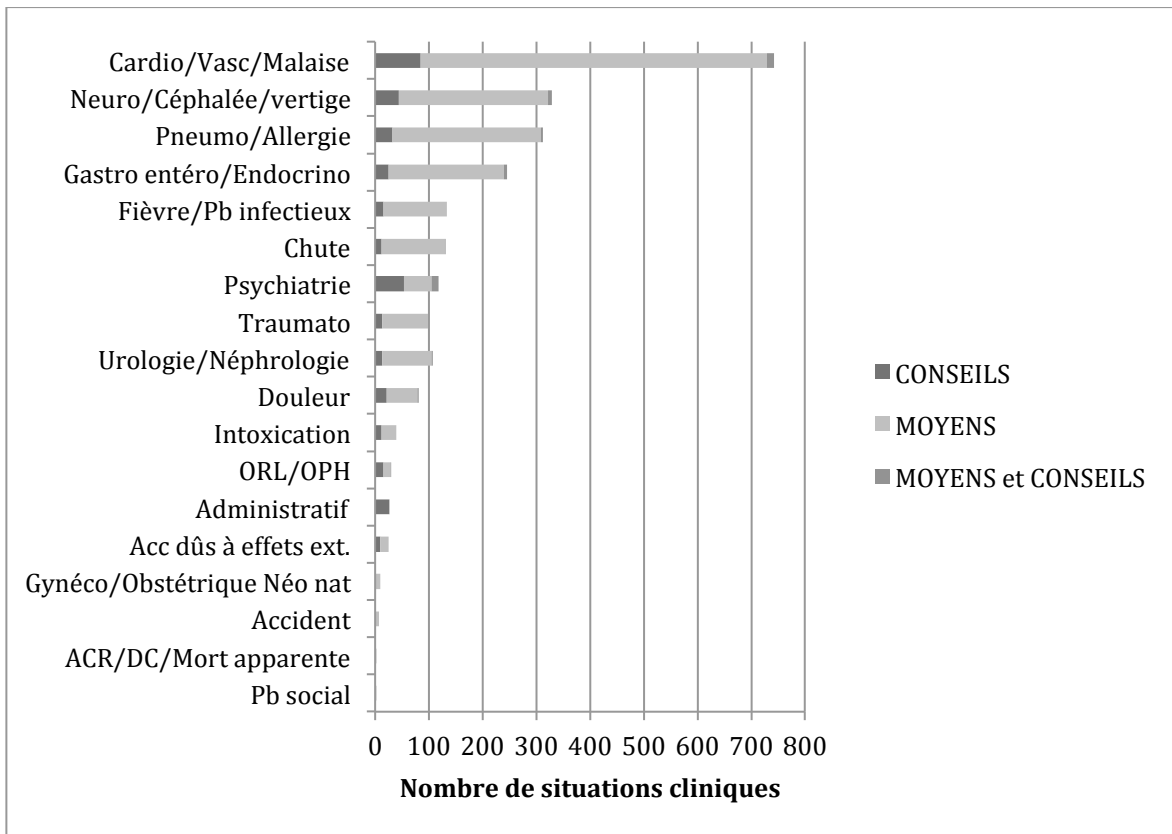
Les appels provenaient dans plus de la moitié des cas (60%) du domicile du patient (*graphique 9*).

Les patients pris en charge avaient un âge médian de 77 ans [59-86].

Le sex-ratio était de 0,9 soit de 91 hommes (n=1151) pour 100 femmes (n=1260) (données manquantes n=33).

B) Symptomatologie présentée par les patients.

Les symptômes présentés intéressaient l'appareil cardio-vasculaire dans 30% des cas (malaises compris), neurologique dans 13,5% des cas (céphalées, vertiges compris) et pneumologique (allergies comprises) dans 12,8% des cas. Succédaient les symptomatologies digestives et endocriniennes dans 10 % des cas suivies par l'hyperthermie, les problèmes infectieux et les chutes dans 5% des cas. Les symptômes psychiatriques, traumatologiques et néphro-urologiques étaient présents dans 4% des cas (*graphique 10*).



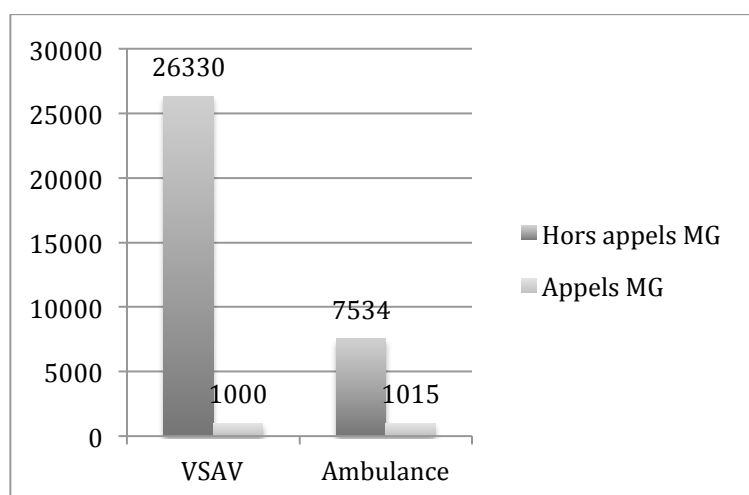
Graphique 10 – Situations cliniques rencontrées selon les décisions.

C) Répartition dans le temps.

Tableau 6– Moyens engagés par mois en 2018

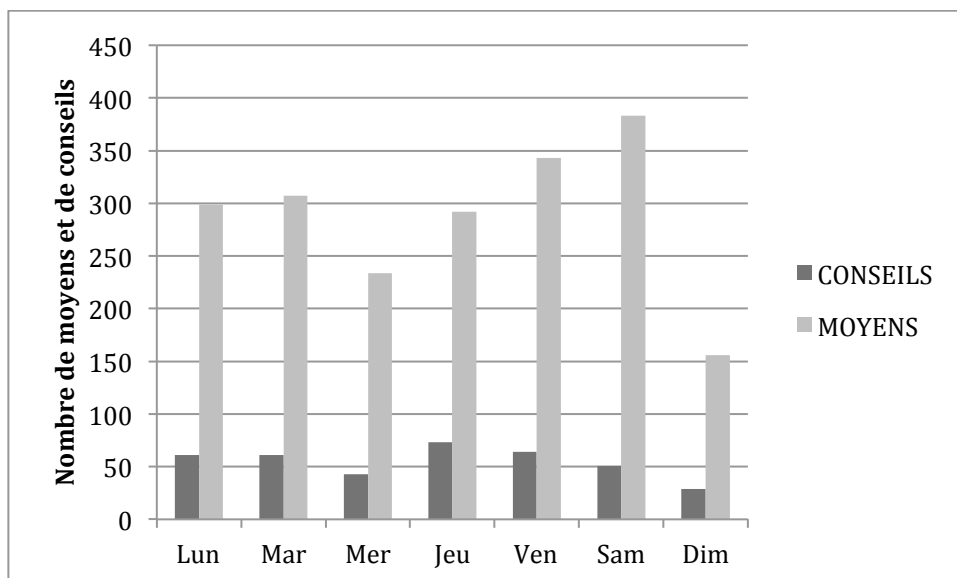
MOIS	N (%)
JANVIER	153 (8%)
FÉVRIER	122 (6%)
MARS	159 (8,3%)
AVRIL	199 (10,4%)
MAI	151 (7,9%)
JUIN	156 (8,2%)
JUILLET	156 (8,2%)
AOUT	168 (8,8%)
SEPTEMBRE	197 (10,3%)
OCTOBRE	191 (10%)
NOVEMBRE	122 (6,4%)
DÉCEMBRE	143 (7,5%)

NB : une décision d'engagement de moyen(s) était comptabilisée pour 1 situation. Plusieurs véhicules (VSAV, ATSU, SMUR) pouvaient être engagés simultanément sur une même situation.



Graphique 11- Engagement de transports sanitaires au SAMU 40 en 2018

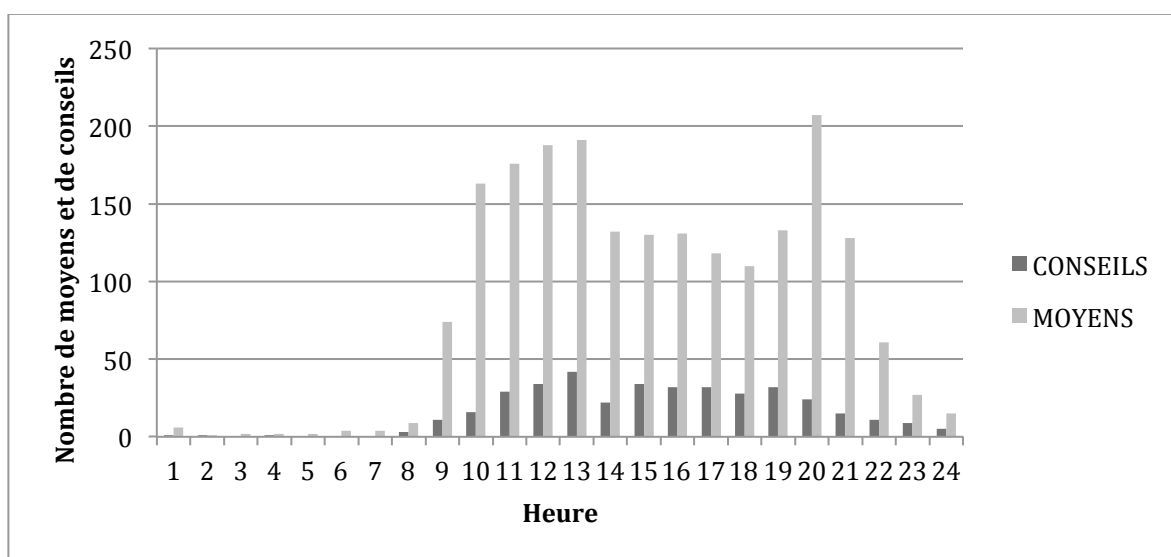
Environ 1 ambulance sur 9 (11,9% des engagements totaux) était engagée par le SAMU en 2018 suite à une demande de transport par un médecin généraliste. 3,7% des VSAV totaux étaient engagés dans ce même contexte (*graphique 11*), (27).



Graphique 12 – Moyens engagés et conseils prodigués selon le jour de la semaine en 2018

30% des moyens hebdomadaires étaient engagés les deux premiers jours de la semaine. On observait une baisse le mercredi pour croître le reste de la semaine et atteindre 37% d’engagement le vendredi et samedi réunis. Le taux de moyens engagés chutait à 7% le dimanche pour doubler le lundi.

Le taux de conseil restait stable tout au long de la semaine avec une légère augmentation enregistrée le jeudi à 30% (n=73) (*graphique 12*).



Graphique 15 – Moyens engagés et conseils prodigués selon l’heure de la journée en 2018

87% des moyens engagés suite à une demande de MG avaient lieu dans la journée sur les heures d'ouverture de cabinet (8h-20h). Seuls 13% des appels avaient lieu pendant les heures de PDS (20h-0h). Les moyens étaient engagés principalement de 10h à 13h et à 20h.

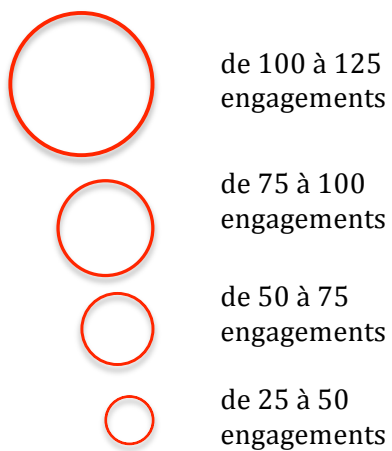
Le taux de conseils était le plus important à 13h où 42 appels (17%) étaient enregistrés pour diminuer de moitié à 14h puis décroître progressivement de 34 à 5 appels de 15h à minuit (*graphique 15*).

D) Répartition géographique.

Les communes dont les appels pour moyens aboutissaient à moins de 25 engagements en 2018 n'étaient pas représentées sur cette carte (*graphique 16*).



Nombre d'engagements SAMU par ville en 2018 :



Graphique 16-Répartition géographique des engagements de moyens.

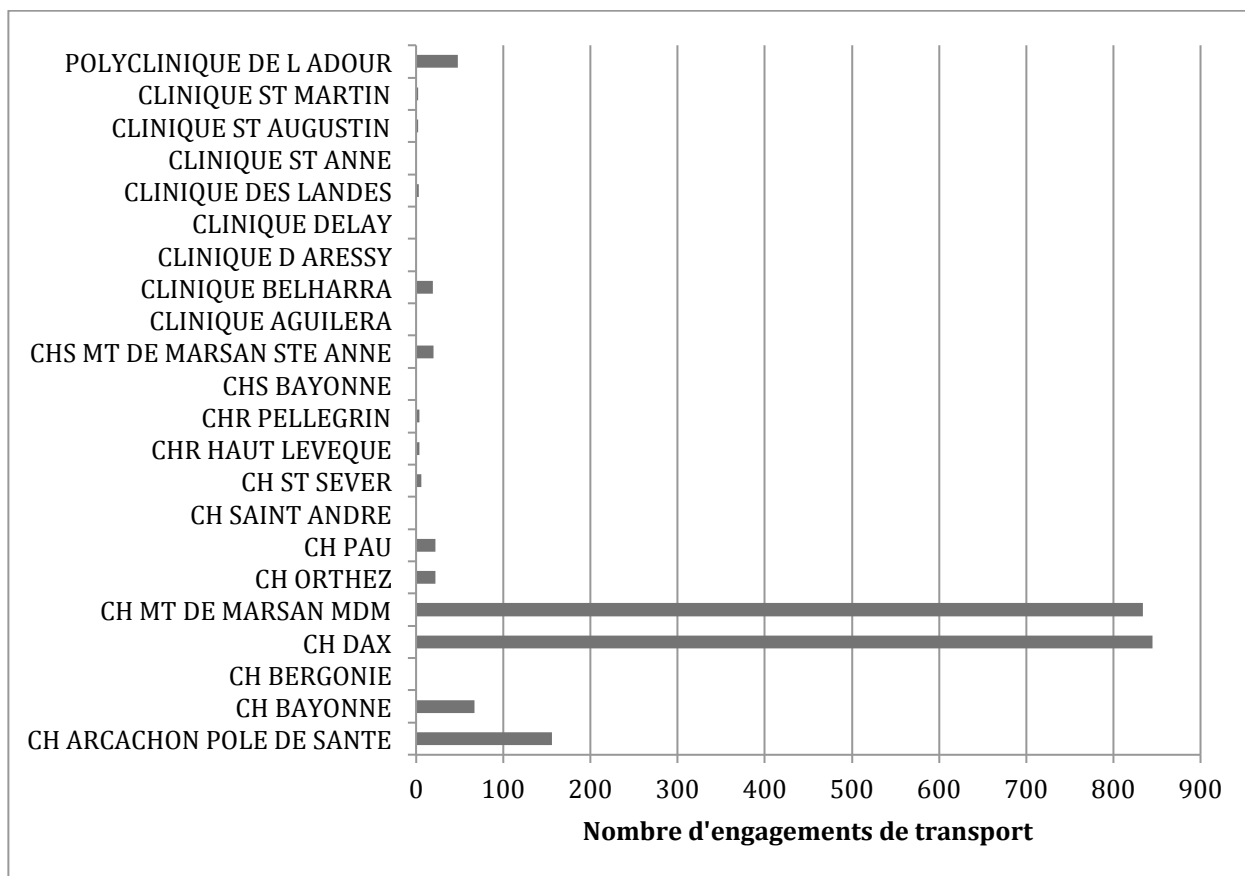
Tableau 6 – Nombre de conseils du SAMU par ville

Ville	N - (%)
Mont-de-Marsan	31 (8)
Dax	19 (5)
Biscarosse	16 (4)
Mimizan	15 (3,9)
Hagetmau	12 (3)
Parentis-en-Born	11 (2,9)
St-Pierre-du-Mont	10 (2,6)

Les autres communes comptabilisaient de 0 à 9 appels pour conseils sur l'année 2018.

E) Destinations des patients transportés.

Les patients étaient acheminés vers une structure de soins sur ordre du SAMU via un VSAV, une ambulance ou le SMUR.



Graphique 17 – Destination des patients transportés par VSAV/ATSU/SMUR.

83,4 % des patients véhiculés étaient reçus dans les centres hospitaliers de Dax (n= 845) et de Mont-de-Marsan (n=834). Le Pôle Santé d’Arcachon et le centre hospitalier de Bayonne accueillait respectivement 7,7% (n=156) et 3,3% (n=67) des patients transportés. La polyclinique de l’Adour prenait en charge 2,4% (n=48) des patients (*graphique 17*).

DISCUSSION

I. DISCUSSION DE LA MÉTHODE.

A) Choix et pertinence du sujet d'étude.

Le choix du sujet a été guidé par mon expérience personnelle au sein du CRRA des Landes.

La littérature sur le lien MG/ SAMU est pauvre. Nous n'avons pas trouvé d'étude analysant les appels des MG au SAMU, principale force de cette étude.

B) Schéma de l'étude.

Le schéma descriptif de cette étude était adapté à l'objectif principal et aux objectifs secondaires.

C) Biais potentiels de l'étude.

1. *Biais de sélection.*

La nature des appelants (MG) était renseignée par l'ARM lors de la constitution des dossiers de régulation. Certains DR ont pu être omis du fait d'un codage manquant ou erroné.

2. *Biais de classement.*

Les demandes des MG et les décisions du SAMU (Transport/ Conseil/SMUR/ Appel à l'aide/ SAU) ont été définies selon les items de codage préexistants du logiciel « AppliSAMU ». Les informations récoltées par les membres du SAMU durant les appels ont été classées en motifs ; il a pu exister des erreurs d'appréciation dans le classement.

Les items « informations » et « renseignements » étaient inclus dans l'item « conseils médicaux » or leur nature n'était pas strictement identique.

3. *Biais de mesure.*

Les demandes « appels à l'aide » et les décisions « SAU » n'étaient pas prises en compte par le test de concordance. Leur nature différente ne permettait pas de les classer qualitativement dans la même catégorie.

4. *Biais de confusion.*

Les périodes de garde comprenant le samedi après-midi (12h-20h) et le dimanche (8h-20h) n'étaient pas différenciées des jours de semaines dans l'analyse des décisions selon le nycthémère.

D) Limites de l'étude.

Les caractéristiques démographiques et géographiques des Landes rendent ce travail non superposable à d'autres départements.

Le caractère mono-centrique de l'étude restreint la population.

Du fait de sa nature rétrospective descriptive ainsi que de ses biais, cette étude est de faible niveau de preuve scientifique.

II. DISCUSSION DES RÉSULTATS.

A) Objectif principal : motifs d'appel des médecins généralistes au SAMU.

En 2018, les médecins généralistes landais avaient une activité moyenne élevée (n= 5 256 consultations/professionnel) supérieure à la moyenne nationale (n=5 104) (17). La moitié de leurs actes comportaient une affection aiguë (3). Malgré cette demande de soins urgents ou non programmés importante, le recours des MG landais au SAMU-Centre 15 restait minoritaire. En 2018, leurs appels au CCRA des Landes représentaient 2,5% des appels totaux.

Le CCRA de la Gironde enregistrait 11,12% appelants médecins ou paramédicaux en 2015 (34).

Dans ce contexte, un transport était demandé dans 69% des cas. Les deux moments critiques de la journée étaient la fin de matinée et la fin d'après-midi.

Les appels à l'aide (15%) étaient maximaux à 11h.

Les demandes de conseils médicaux (10%) étaient principalement effectuées à 12h, 15h, 17h et 20h.

Les demandes de SMUR (6%) étaient principalement effectuées entre 10 et 12h et à 19h.

Les engagements de moyens (ATSU/ VSAV/SMUR) étaient la principale décision du SAMU 40 en 2018 (82,4%, n = 2014). Parmi ces moyens engagés 72,3% (n= 1768) étaient des transports sanitaires.

Selon une étude rétrospective réalisée du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015 au CCRA de Bordeaux, le SAMU 33 engageait un transport dans 52,4% des cas (tout appelant confondu). La décision de transport sanitaire y était donc également majoritaire (34).

Les engagements de transport étaient plus nombreux (n= 1537) sur les heures d'ouverture de cabinet de médecine générale (8h-20h) que sur la période de garde nocturne (20h-0h) (n= 231). Comme décrit ci-dessus, les demandes des MG au SAMU étaient majoritairement formulées de 10h à 19h. A noter que la période d'ouverture de cabinet était trois fois plus longue que la période de garde nocturne.

Cependant l'analyse des décisions du SAMU montrait que la décision d'engagement de moyens semblait indépendante du nyctémère.

Les conseils étaient diminués la nuit, les orientations vers le SAU étaient elles majorées, variations qu'on peut mettre en lien avec la restriction des moyens nocturne (laboratoire, radiologie...).

B) Objectifs secondaires.

1. Test de concordance.

Une enquête qualitative concernant l'image du SAMU chez les médecins généralistes des Yvelines a été réalisée de mars à décembre 2015. Elle mettait en avant le fait que les MG avaient une image positive du SAMU mais que les relations humaines étaient variables du fait de problèmes de communication. Les principales causes de difficultés d'échange étaient le contexte d'urgence, la perte d'habitude de la verbalisation médicale par le MG ainsi qu'un

mode de fonctionnement moins factuel et plus intuitif, à l'inverse du médecin du SAMU qui était très stéréotypé dans sa démarche diagnostique (36).

Le test de concordance réalisée dans cette étude ne laissait pas transparaître de difficultés relationnelles ou de communication puisque 89% ($\kappa= 0,66$; $p< 0,0001$) des décisions du SAMU étaient en accord avec les demandes des MG sur l'année 2018.

Les décisions de conseils et d'engagement SMUR par le SAMU étaient légèrement supérieures aux demandes des MG.

Les décisions d'engagement de transport par le SAMU 40 en 2018 étaient inférieures aux demandes des MG. Dans le même temps on observait une diminution des engagements de transporteurs privés et une augmentation des sollicitations de VSAV par le SAMU dont 7% effectuaient un transport par carence (27).

2. Analyse des décisions moyens/conseils.

Les MG landais avaient recours au SAMU dans des situations d'isolement (60% depuis le domicile du patient) impliquant un manque de moyen matériel et humain face à des patients âgés (âge médian 77 ans [59-86]) présentant principalement des symptômes cardiovasculaires, pulmonaires ou neurologiques.

Selon une étude observationnelle réalisée dans les Bouches du Rhône du 1/05/17 au 31/12/17, le premier motif d'appel des MG au CCRA ayant entraîné un engagement de SMUR étaient une douleur thoracique (64,4%). Suivaient la détresse respiratoire (14,4%) et les troubles du rythme (5%) (35). Les motifs cliniques coïncidaient avec ceux évoqués ci-dessus.

Les plus forts taux d'engagement de moyens ont été enregistrés aux mois d'Avril et Septembre 2018. Cette même année, le tourisme landais affichait une arrière-saison florissante avec +3 points de fréquentation touristique sur le mois de septembre par rapport à 2017. L'avant saison avait été médiocre du fait d'une météo défavorable et peu de longs WE (36). Ces données ne suffisent pas à expliquer ce phénomène saisonnier d'augmentation de transport, d'autres études seraient nécessaires.

L'impact de la demande des MG sur la flotte de transports disponibles reste faible. En 2018, seuls 5,6% des transports sanitaires engagés par le SAMU 40 l'étaient suite à une demande de MG.

Durant la semaine, les taux les plus bas d'engagement de moyens et de conseils étaient relevés le mercredi et le dimanche, données potentiellement en lien avec les jours de fermeture des cabinets médicaux, à confronter avec des études sur l'emploi du temps des médecins généralistes.

Les recours urgents ou non programmés nationaux, les demandes de transport des MG landais et les décisions de transport du SAMU 40 affichaient la même répartition dans le temps avec un pic en fin de matinée et un autre en fin d'après-midi/début de soirée (*cf graphiques 1, 5 et 14*).

Les demandes de conseils médicaux des MG étaient maximales à 17h alors que les « conseils » du SAMU atteignaient leur acmé à 13h. Cette différence peut s'expliquer par l'inclusion de l'orientation vers le SAU dans le groupe « conseil ».

Les villes de Dax et Mont-de-Marsan concentraient le plus d'appels au SAMU avec engagements de moyens avec respectivement 107 et 125 appels en 2018. Il paraît paradoxal que les moyens soient engagés sur les zones les plus proches des centres hospitaliers ; cependant ce sont les deux aires urbaines les plus peuplées des Landes.

Suivaient les communes de Biscarosse et Mimizan avec respectivement 92 et 79 appels avec engagement de moyens en 2018. Biscarosse demeure la 3^{ème} ville la plus peuplée des Landes. Mimizan, moitié moins peuplée est la commune Landaise la plus éloignée d'un centre hospitalier (*voir Annexe 1*), (12), (13).

Ces 4 communes étaient également celles où le plus de conseils avaient été prodigués par le SAMU en 2018.

Les patients transportés par transport sanitaire ou SMUR étaient principalement reçus dans les centres hospitaliers de Mont de Marsan et de Dax, deux seuls établissements dotés d'un service d'accueil d'urgences adultes et pédiatrique (27).

III. OUVERTURES ET PERSPECTIVES.

A) Convention tripartite départementale.

Les conventions tripartites départementales entre les SAMU, le SDIS et les ambulanciers privés prévues par la circulaire du 29 mars 2004 ont été élaborées pour améliorer la réponse de transport dans l'AMU. D'après la circulaire, la convention tripartite a pour objet de formaliser les principes de répartition des compétences énoncés entre ces trois acteurs. Elle est de type organisationnel et a uniquement pour but de préciser, voire d'adapter les règles définies nationalement dans la circulaire. (38).

Cette convention tripartite était signée l'année de parution de la circulaire entre le SDIS des Landes, le SAMU40 et les ambulanciers privés du département. Cette convention a pour objet « d'assurer aux malades et blessés, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins appropriés à leurs états » et d'assurer la permanence de la réponse aux demandes d'intervention (39).

1. *SDIS 40.*

En 2008, le SDIS 40 enregistrait 2000 interventions de plus par an depuis la signature de la convention en 2004. 81% des interventions concernaient le secours à personnes.

Les interventions étaient réparties par les textes nationaux de la circulaire suivant deux notions médicales : toute intervention à variable exogène incombait aux pompiers, celle à variable endogène incombait au SAMU.

Cette répartition n'a pas été retenue dans le département des Landes. Pour plus de clarté et afin de réduire les erreurs d'appréciation, la donnée géographique a été privilégiée. Pour la voie publique ou assimilée, l'intervention du SDIS est automatique, pour les domiciles et lieux privés, l'intervention concerne le SAMU. Le prompt secours au domicile (secourisme lors de détresse vitale) est la seule exception à cette règle. Le stationnaire sapeur pompier peut déclencher d'emblée les moyens du SDIS depuis le CTA 18 (Centre de traitement de l'alerte) des Landes. L'appelant est alors transféré au CRRA 40 dans le cadre de la régulation médicale par le SAMU.

Le CRRA 40 peut donc engager les moyens du SDIS sur les appels 15 reçus, que ce soit pour des interventions sur la voie publique, sur du prompt secours à domicile, ou alors par carence lorsque aucun véhicule (UMH ou ambulances privées) n'est disponible. La prise en charge financière revient aux établissements de santé, siège des services d'aide médicale urgente.

Ce système peut connaître des limites dans l'esprit des sapeurs pompiers car il est toujours difficile de se subordonner à une autre entité dans la prise de décision de l'engagement de ses propres moyens (39).

Le CCRA des Landes et basé sur Mont-de-Marsan (40000), le CTA 40 sur Saint-Avit (40090). L'interconnexion téléphonique SAMU-SDIS dans les Landes est de bonne qualité. Cependant une plateforme de réception des appels commune permettrait aux permanenciers du CCRA 15 et aux opérateurs du CTA 18 de travailler ensemble dans les mêmes locaux et d'améliorer les relations humaines.

2. Ambulances privées.

Dans le cadre de leur participation à l'aide médicale urgente, les ambulanciers privés sont chargés d'assurer, dans des délais estimés par le médecin régulateur comme étant compatibles avec l'état du patient, la prise en charge et les transports des patients vers les établissements de santé conformément à la décision du médecin régulateur et au libre choix du patient. Les ambulanciers peuvent être amenés, à la demande du SAMU, à réaliser un bilan secouriste. Pendant le transport, l'ambulancier titulaire du certificat de capacité d'ambulancier veille à la surveillance du patient et l'exécution des gestes appropriés à l'état du patient.

Afin de réduire au maximum les constats d'indisponibilité, les ambulanciers privés s'organisent pour garantir en permanence une réponse rapide et de qualité aux demandes du SAMU. Cette réponse doit être organisée pendant les heures de garde préfectorale, conformément au décret n° 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire. Elle doit aussi faire l'objet d'organisation spécifique dans la journée (40).

Suite à la défaillance de cette organisation comme c'est le cas dans les Landes, une nouvelle circulaire a été signée le 26 octobre 2007 venant préciser les modalités fonctionnelles et financières de ces transports de personnes réalisés par le SDIS en cas

d'indisponibilité des ambulanciers privés (41).

B) Les transports sanitaires.

Entre 2011 et 2017, les dépenses de transport de malades ont augmenté de 33 % pour le régime général (France métropolitaine), soit de 4,1 % par an en moyenne.

Cette augmentation s'expliquait pour près d'un tiers par des évolutions tarifaires et fiscales ; pour les deux autres tiers, par l'augmentation du nombre des trajets et distances parcourus, soutenue notamment par la dynamique des effectifs de patients en ALD (affection longue durée) (42).

La prévalence des personnes en ALD en 2011 était de 9,2 millions pour atteindre 10,7 millions en 2017 soit 17% des assurés (43).

En 2018, La prise en charge des transports par l'assurance maladie obligatoire atteignait 93 % en raison du nombre élevé d'usagers présentant une ALD pris en charge à 100% (44).

Entre 2011 et 2017, on constatait une hausse de la part des taxis conventionnés dans le total des trajets, une réduction de celle des VSL et des ambulances.

En 2018, les trajets en ambulances représentaient 22,0% du nombre de voyages pour 40,0% de la dépense remboursée. Les VSL, moins médicalisés qu'une ambulance, représentaient 32,0% des trajets pour 19,0% des dépenses remboursées en 2018. Enfin, les taxis (sans aucune médicalisation) représentaient 46,0% des trajets pour 41,0% de la dépense (42).

Les transporteurs sanitaires privés (ambulances et VSL) doivent adhérer à la convention nationale avec l'assurance maladie publiée le 23 mars 2003. La tarification est nationale et repose sur un forfait de prise en charge et un tarif kilométrique majoré la nuit, les fins de semaine et les jours fériés. Les tarifs des taxis conventionnés (non médicalisés) ne relèvent pas de conditions fixées par l'assurance maladie, mais des règles de droit commun applicables aux courses de taxis, dont ils décalquent les composantes et la complexité (tarif horokilométrique ; tarifs propres à la « marche lente » en cas d'embouteillage ; facturation des temps d'attente et des retours à vide).

Depuis 1995, des arrêtés des ARS fixent des quotas de véhicules sanitaires par département en fonction d'indices de besoins populationnels et géographiques. Ces quotas ne couvrent pas les taxis conventionnés, qui constituent désormais la première composante du transport de malades. De plus, ils ne font pas l'objet d'une actualisation régulière (44).

C) Lien ville-hopital : Ma Santé 2022/ Pacte de restructuration des urgences (Buzyn).

Annoncée en septembre 2018 par le président de la république, la stratégie *Ma santé 2022* propose une vision d'ensemble et des réponses globales aux difficultés auxquelles est confronté le système de santé français. Sont soulevées les inégalités dans l'accès aux soins, avec de plus en plus de Français qui connaissent des difficultés à accéder à un médecin dans la journée et sont parfois contraints de se rendre aux urgences déjà engorgées. Ensuite, les aspirations chez les professionnels à mieux coopérer entre eux, à disposer de davantage de temps pour soigner leurs patients et répondre aux demandes de soins non programmés. Un travail d'élaboration de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) est en cours dans une logique d'organisation des soins à partir du médecin traitant (46).

Face à l'épuisement croissant et considérable de la profession, *Le pacte de restructuration des urgences* vient compléter le programme de *Ma Santé 2022* le 9 septembre 2019 (47).

1. Mesures ambulatoires.

- SAS (service d'accès au soin) : service simple et lisible pour accéder, à toute heure et à distance, à un professionnel de santé qui fournira un conseil, une téléconsultation, du télé-soin, une orientation vers une consultation sans rendez-vous ou lorsque cela s'avère nécessaire, un service d'urgence.

Ce service devra être territorial et piloté de concert par les acteurs hospitaliers des SAMU et les professionnels libéraux des CPTS, en lien étroit avec les services de secours (choix d'une organisation-cible effectuée en novembre 2019, mise en place du service à l'été 2020).

- Soins sans rendez-vous en ville à partir des CPTS : développement d'une offre structurée de soins sans rendez-vous en libéral et notamment l'accès à une

consultation dans les 24 heures en réponse alternative aux urgences seules, déploiement progressif de plusieurs milliers de postes d'assistants médicaux permettant de libérer du temps médical pour assurer une plus grande prise en charge des patients (100 CPTS financées fin 2019, 300 fin 2020 et 1 000 en 2022, 3 500 assistants médicaux déployés progressivement à compter de septembre 2019).

- Maison médicale de garde (MMG) : installée à proximité directe de tous les services d'urgence les plus importants (totalisant plus de 50 000 passages par an) ce qui permettra d'accueillir à toute heure les patients réorientés vers le libéral (50 MMG supplémentaires financées fin 2019).
- Donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences : 8% des patients passés par les urgences auraient pu être vus en libéral, à condition de voir un médecin et de bénéficier d'examen complémentaires le jour même. Ceci permettra au SAMU de solliciter un transport sanitaire pour conduire un patient à un rendez-vous en libéral.
- Tiers-payant systématique dans le cadre de la garde des médecins libéraux.
- Accès direct à des examens de biologie dans le cadre de consultations sans rendez-vous en libéral : examens de biologie médicale simples et automatisés sur le lieu de consultation.
- Parcours dédiés aux personnes âgées : organisation des admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou un EHPAD pour éviter les urgences.
- Prise en charge médicale et soignante renforcée en EHPAD : création ou renforcement d'équipes mobiles de gériatrie (fin 2019), astreinte IDE de nuit mutualisée (2020) pour éviter un maximum de recours aux urgences.

2. *Mesures hospitalières.*

- Appel vidéo au SAMU : utilisation d'un portail web permettant aux médecins régulateurs de déclencher à distance la caméra du téléphone portable des appelants, avec leur accord (équipement début 2020).
- Graduation des services d'urgences : adaptation aux fluctuations d'activité avec possibilité d'antennes d'urgences ouvertes sur une partie des 24H.
- Structures mobiles para-médicalisées : prise en charge et transport des patients (distinct des transports médicalisés urgents).
- Protocoles IDE et IDE de pratique avancée aux urgences : protocole de coopération offrant aux infirmiers la possibilité de demander eux-mêmes des examens d'imagerie. (protocoles en cours de validation : orientation des patients en ville, demande de biologies, réalisation des sutures simples)(entrée en formation de la 1ère promotion d'infirmiers en pratique avancée aux urgences en septembre 2020.).

D'autres mesures intra-hospitalières n'ont pas été détaillées ici.

CONCLUSION

Notre étude a permis de soulever la problématique du transport des patients dans les Landes, premier motif d'appel des médecins généralistes au SAMU en 2018.

Dans un contexte de manque de médecins généralistes et d'augmentation de la demande de soins non programmés, la prise en charge des patients se déplace vers les urgences hospitalières déjà surchargées.

Du fait d'un territoire vaste et de l'éloignement des structures de soins, les transports sanitaires demeurent le principal vecteur entre les domaines ambulatoire et hospitalier. Confrontés à des difficultés logistiques la journée comme en garde, les médecins généralistes contactent le CRRA 40 qui, malgré la signature de la convention tripartite se heurte à une offre de transport insuffisante.

La diminution de la participation des ambulances privées au profit des taxis conventionnés non-médicalisés vient accentuer le phénomène, ces deux acteurs ne pouvant remplir les mêmes missions. Les VSAV sont alors réquisitionnés pour pallier aux carences ambulancières.

Le SAMU Centre 15, dont la mission est de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence voit ses relations avec les médecins généralistes réduites à l'organisation de transport.

Cependant, la communication et l'interaction entre ces deux protagonistes restent bonnes comme en témoigne la concordance entre les demandes formulées et les décisions apportées. Ces relations peuvent présager d'un bon fonctionnement du pacte de restructuration des urgences qui, en développant le milieu ambulatoire allègera les prises charges hospitalières et donc les demandes de transport.

BIBLIOGRAPHIE

1. Département médecine générale Paris 7 Diderot. Les 6 compétences génériques | Département Médecine Générale - Université Paris 7 Diderot [Internet]. [cité le 15 Janv 2020]. Disponible sur: <https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/les-6-competences>
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 9 - Assistance à personne en danger [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2019 [cité le 15 Janv 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-9-assistance-danger>
3. Ministère des Solidarités et de la Santé. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale [Internet]. [cité le 18 Déc 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/genese-des-recours-urgents-ou-non-programmes-a-la-medecine-generale>
4. Gouyon M., Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats. DRESS. 2006 ; 471 : 1-8.
5. Société Française de Médecine Générale - Actualités : Soins non programmés : il y a urgence [Internet]. [cité le 18 Déc 2019]. Disponible sur: http://www.sfm.org/actualites/editorial/soins_non_programmes_il_y_a_urgence.html
6. Gouyon M., Labarthe G. (2006) : « Les urgences en médecine générale, premiers résultats », *Études et résultats* n° 471.
7. Gouyon M. Les urgences en médecine générale. DRESS. 2006 ; 1-51.
8. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. DRESS. 2004; 315 :12.
9. Gouyon M. Un essai de typologie des recours urgents à la médecine générale. *Dossiers Solidarité-Santé*. 2006 ; 1.
10. Insee. Les Landes à grands traits [Internet]. Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine - 11. [cité le 13 Janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908409>
11. Observatoire du tourisme et du thermalisme. Le tourisme dans les Landes, chiffres clés 2018 [Internet] ; 2019. [cité le 22 janv 2020]. Disponible sur: https://www.dropbox.com/s/g8oy34mat9zoyad/Chiffres_cles_edition2019_Version_finale.pdf?dl=0
12. Insee. Dossier complet – Département des Landes (40) [Internet]. [cité le 2019 Oct 15]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-40>

13. Conseil Départemental des Landes de l'Ordre des Médecins. Particularités géographiques et démographiques des Landes [Internet]. [cité le 22 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-medecin-landes.fr/menu-principal/espace-jeunes-medecins/particularites-geographiques-et-demographiques-des-landes>
14. Conseil régional Nouvelle Aquitaine. Les lignes routières dans les Landes [Internet]. [cité le 22 janv 2020]. Disponible sur: <https://transports.nouvelle-aquitaine.fr/fr/lignes-routieres/Les-lignes-routieres-dans-les-landes>
15. ARS Nouvelle Aquitaine. Incitation à l'installation des médecins dans les zones sous-denses : l'ARS Nouvelle-Aquitaine arrête le nouveau zonage médecin [Internet]. [cité le 16 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/incitation-linstallation-des-medecins-dans-les-zones-sous-denses-lars-nouvelle-aquitaine-arrete-le>
16. Conseil Départemental des Landes de l'Ordre des Médecins. Population médicale et organisation des soins [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-medecin-landes.fr/menu-principal/espace-jeunes-medecins/population-medicale-et-organisation-des-soins>
17. ARS Nouvelle Aquitaine. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité le 1 févr 2020]. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=dep.40&selgeo2=fra.99>
18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'exercice dans les Landes [Internet]. [cité le 1 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/conseil-national-lordre-medecins>
19. Hospimédia. Chiffres clés : Médecin généraliste. Profil Médecin [Internet] ; 2019. [cité le 1 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/>
20. DREES . Effectif des médecins par région d'activité 1, secteur d'activité 1, spécialité, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité le 1 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3805>
21. ARS Nouvelle Aquitaine. Structures d'exercice coordonné (Maisons ou centres de santé) [Internet]. [cité le 1 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/structures-dexercice-coordonne-maisons-ou-centres-de-sante>
22. Ministère des affaires sociales et de la santé. ARS Nouvelle-Aquitaine. Plan régional d'accès aux soins en Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [cité le 1 févr 2020]. Disponible

sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-03/PAAS_Annexe_DD40.pdf

23. *Dicom G. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires). Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet] ; 2020. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>*
24. *Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 77 - Permanence de soins – obligations [Internet] ; 2019 [cité le 24 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-7>*
25. *Code de la santé publique - Article L6314-1. Légifrance. 2019 [cité le 24 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031928671&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>*
26. *ARS Nouvelle-Aquitaine. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire. [cité le 1 févr 2020]. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-05/PDSA_CDC_Maj_06_05_2019.pdf*
27. *BLAQUIÈRE G. responsable CESU 40. Rapport d'activité 2018 SAMU 40*
28. *Légifrance. Code de la santé publique - Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires [Internet] ; 2019 [cité le 24 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000512206>*
29. *Circulaire ministérielle du 29 mars 2004 relative au rôle des Samu, des SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours) et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente*
30. *Circulaire ministérielle du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles*
31. *Société française de médecine d'urgences. SAMU Centres 15, référentiel et guide d'évaluation [Internet]. [cité le 15 Oct 2019]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/802/sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf*

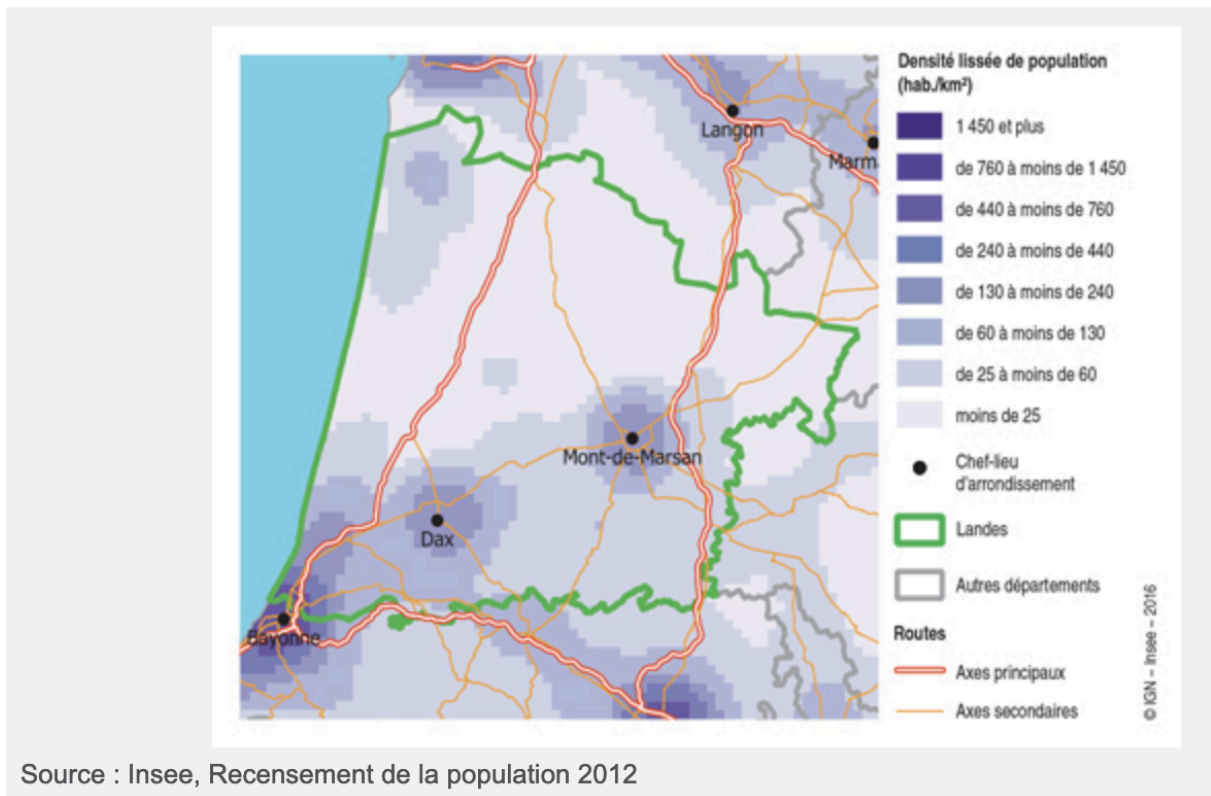
32. HAS. *Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale* [Internet]. [cité le 25 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale
33. SAMU 06. SMUR [Internet]. [cité le 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.samu06.org/smur/>
34. 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. Thèse d'exercice, Bordeaux : Université de Bordeaux; 2016.*
35. Olivier S. *Recours au SMUR en cabinet de médecine générale dans les Bouches-du-Rhône : étude observationnelle sur huit mois consécutifs. Thèse d'exercice, Marseille : Université de Bordeaux ; 2018.*
36. Rougevin-Baville P. *L'image du SAMU chez les médecins généralistes des Yvelines: Etude qualitative. Thèse d'exercice. Versailles: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.*
37. CDT40. *Note de conjoncture 2018, septembre et bilan de la saison 2018. Comité Départemental du Tourisme des Landes. 2018 ; 1-2.*
38. Assemblée nationale. *FICHE QUESTION* [Internet]. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-10048QE.htm>
39. SDIS 40. *SDIS D LAND'.2008 ; 7 : 1-32.*
40. Mattei JF, Sarkozy N. *Bulletin Officiel n°2004-16* [Internet]. [cité le 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-16/a0161215.htm>
41. Benevise JF, Delaporte S, Becq-Giraudon M. *Évaluation de l'application du référentiel de secours à la personne et de l'aide médicale urgente, rapport définitif. 2014 ; 2013-182R/ 14063-13128-01 : 1-838*
42. Jabri K. *Les dépenses de santé en 2018* [Internet] ; 2019. DREES. [cité le 26 févr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/10-16.pdf>
43. Assurance maladie. *Prévalence ALD* [Internet]. [cité le 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-au-31-decembre-2011.php>
44. Cour des comptes. *Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire* [Internet] ;

2019. [cité le 26 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-10/RALFSS-2019-06-transports-programmes-secteurs-sanitaire-medicosocial.pdf>

45. Comité quadripartite. Organisation du secours à la personne et de l'aide médicale urgente [Internet]. [cité le 25 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/organisation_secours_personne_quadri\(1\).pdf](https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/organisation_secours_personne_quadri(1).pdf)
46. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. [cité le 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
47. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte de refondation des urgences 9 septembre 2019 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 : Carte lissée de la densité de population des Landes en 2012 - Insee

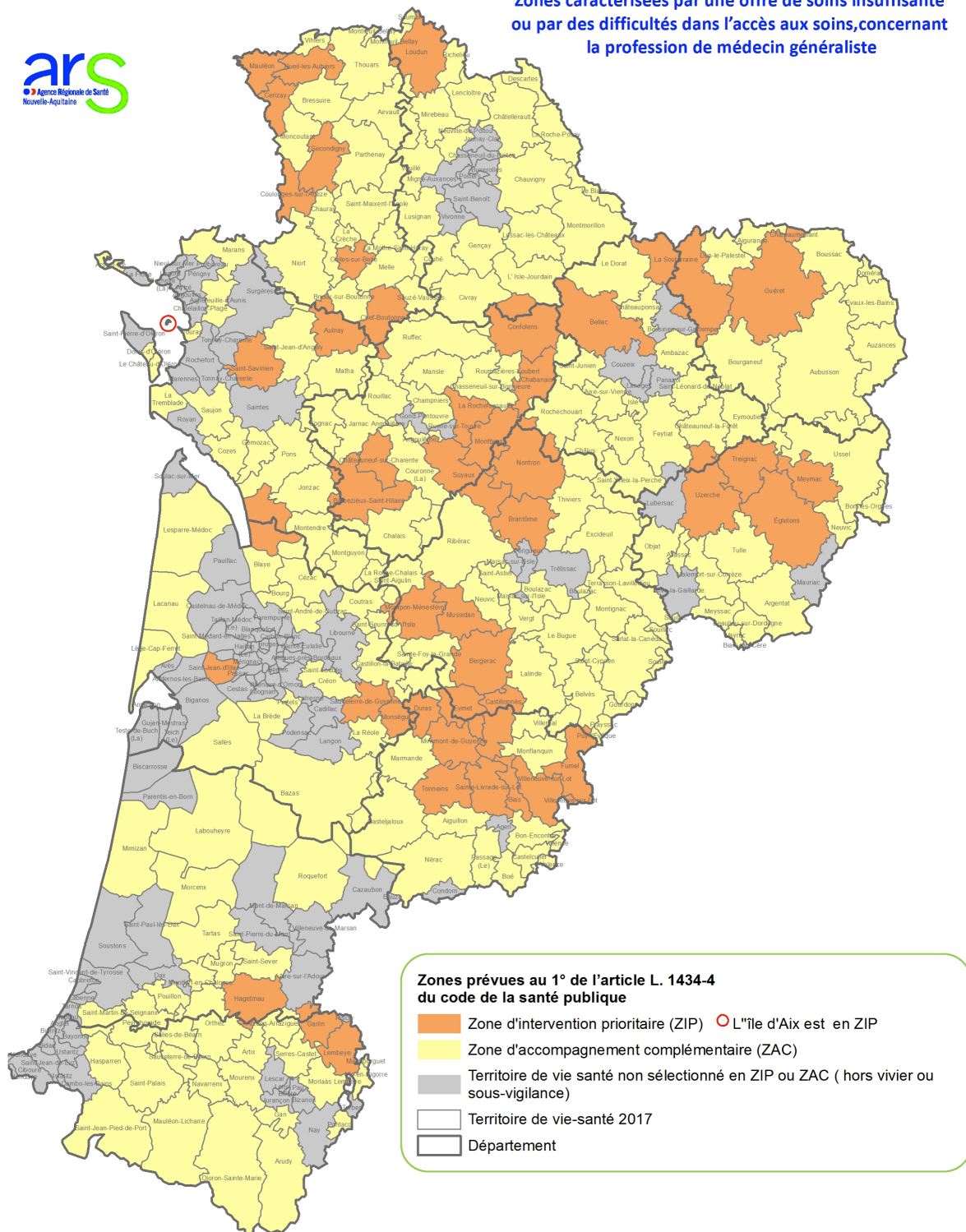


Source : Insee, Recensement de la population 2012

ANNEXE 2 : Cartographie ARS 2018 Nouvelle-Aquitaine - zonage médecins.



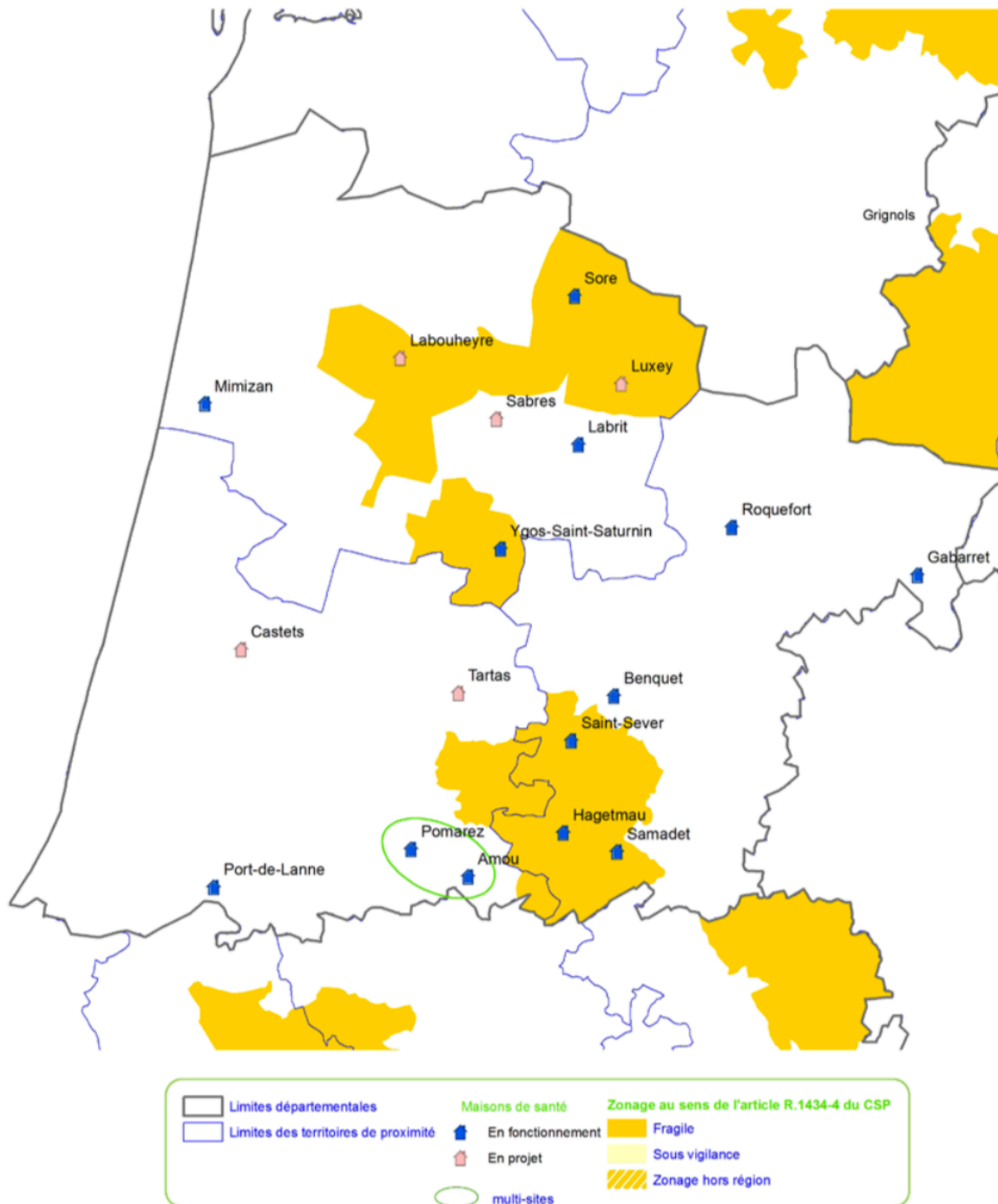
Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin généraliste



Sources : application de l'Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique
 Réalisation ARS NA - DPSP, pôle statistiques, études et évaluation -28/05/2018

ANNEXE 3 :

Carte des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en fonctionnement et en projet dans les Landes



Sources : zonages des SROS ambulatoires d'Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes publiés avant le 01/01/2016 ; MSP : DOSA/DD Sept 2017
Exploitation et réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine / DPSP / Pôle études, statistiques et évaluation - 22/09/2017

ANNEXE 4 : Grille de saisie des données.

Fichier Edition Régulation Documentation Paramétrage Aide

Poste: ORION Utilisateur: BLONDET

Appel le 00/00/00 à 00:00

Appelant Motif, événement Lieu Moyen alerte

Pris par BLONDET Romain régulé par * Téléphone + Précisions événement Demande

Zone (+Majusc pour par defa) Etat de l'appel rég en cours

00 Nom PFLAU ANN LOC

Affaire le 00/00/00 à 00:00 Carto.

01 Commune

02 n° 03 Voie

05 esc 04 etg 06 App 07 Téléphone

08 Immeuble 09-10 Codes

11 Lieu dit, lieu répertorié

Carroyage : 20 Obs

Liste des patients

Identité du patient Dossier médical Devenir Facturation

12 Nom 13 Prénom 14 Sexe Age

17 Méd. traitant 18 Tél médecin

19 Obs sur le patient

CODAGE et DIAGNOSTIC Dictionnaire -> Obs.

Motif

Diag. Principal Sup patient Pas enregistrer Créer patient

Bilan Obs. cont.

Info. P.J. Dispatch

Informations générales

- * SAMU PARM
- PROTCOLE MIN
- POSTES MNS
- VEILLE OUTLOOK
- SAISIE DES EQUIPAGES
- LABO PRLVT COVID
- INFECTIOLOGUE 2916
- O2 MHC et COVID
- SMUR MDM DECLENCHEME
- Mail Evenement particuli
- FILIERE NEURO PSA
- NEURO / SMUR PEDIA
- COTPA

SIN	Commune	Lieu	Obs	Heure	Type	Pris par	Moyen	Mission	Des/Etat

Se connecter Voir l'activité Envoyer la fiche

Envoyer vers... Horaire Décisions ~~Ne pas enregistrer~~ Enregistrer Fin Saisie Nouv. Affaire

ASS 9.20e du 21/10/2019

RÉSUMÉ

Introduction : Les actes urgents ou non programmés occupent une place importante dans l'activité des médecins généralistes en France. Cette demande se heurte à une démographie médicale insuffisante. Le département des Landes affichait une densité de 160 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2017. Deuxième plus grand département métropolitain, sa faible densité et son habitat dispersé rend l'accès aux structures hospitalières parfois difficile. Dans ce contexte, les médecins généralistes landais peuvent rencontrer des difficultés médicales et logistiques pendant leur exercice motivant un appel au SAMU.

Matériel et Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive, observationnelle, rétrospective, mono-centrique réalisée au Centre de Réception et de Régulation des Appels de Mont-de-Marsan du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018. Étaient inclus tous les appels des médecins généralistes landais au SAMU 40 du 1/01/2018 au 31/12/2018 depuis leur cabinet, le domicile du patient ou l'EHPAD. L'objectif principal était d'analyser les appels des médecins généralistes landais au SAMU 40 en 2018. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la concordance entre les demandes des médecins généralistes et les décisions apportées par le SAMU et de détailler les décisions d'engagement de moyens et de conseils.

Résultats : 2444 dossiers de régulations ont été analysés. 15,6% (n=382) des demandes des médecins généralistes débouchaient sur un conseil, 82,4 % (n= 2014) entraînaient un engagement de moyen. 72,3% (n= 1768) étaient des transports sanitaires. La décision d'engagement de moyens semblait indépendante du nycthémère. Il existait une concordance de 89% (kappa= 0,66 ; p<0,0001) entre les demandes des médecins généralistes et les décisions du SAMU ce qui relevait d'un accord fort. Les villes de Dax et Mont-de-Marsan concentraient le plus d'appels au SAMU avec engagements de moyens et étaient les deux principales destinations des patients.

Conclusion : Le premier motif d'appel des médecins généralistes au SAMU en 2018 concerne le transport sanitaire des patients. La diminution de la participation des ambulances privées au profit des taxis conventionnés non-médicalisés aggrave une situation déjà précaire dans les Landes. La qualité de l'interaction médecins généralistes/SAMU peut présager d'un bon fonctionnement du pacte de restructuration des urgences qui, en développant le milieu ambulatoire allègera les prises charges hospitalières et donc les demandes de transport.

ABSTRACT

ANALYSIS OF GENERAL PRACTITIONER CALLS TO THE SAMU CENTRE-15: A retrospective study at the Call Reception and Regulation Center of Mont-de-Marsan (40) from January 1, 2018 to December 31, 2018.

Context : Urgent or unscheduled procedures are an important part of the activities of general practitioners in France. This demand is met by insufficient medical demography. The Landes department had a density of 160 general practitioners per 100,000 inhabitants in 2017. Second largest metropolitan department, its low density and scattered habitat makes access to hospital structures sometimes difficult. In this context, Dutch general practitioners may encounter medical and logistical difficulties during their exercise, which may lead to an appeal to the SAMU.

Method : This was a descriptive, observational, retrospective, mono-centric study conducted at the Centre de Réception et de Régulation des Appels de Mont-de-Marsan from January 1, 2018 to December 31, 2018. All calls from Dutch general practitioners to SAMU 40 from 1/01/2018 to 31/12/2018 from their practice, the patient's home or the EHPAD were included. The main objective was to analyse calls from Landes general practitioners to the SAMU 40 in 2018. The secondary objectives were to assess the consistency between the requests of general practitioners and the decisions made by the UAS and to detail the decisions on the engagement of means and advice.

Results : 2444 regulatory files were analyzed. 15.6% (n=382) of GP requests resulted in counsel, 82.4% (n=2014) resulted in a moderate commitment. 72.3% (n= 1768) were sanitary transports. The decision to engage means seemed independent of the nycthemere. There was a 89% agreement ($\kappa = 0.66$; $p < 0,0001$) between GP requests and UAS decisions, which was a strong agreement. The cities of Dax and Mont-de-Marsan had the highest concentration of UAS calls with means commitments and were the two main destinations for patients.

Conclusion : The first reason for calling GP's to the UAS in 2018 is for patient health transportation. The reduction in the participation of private ambulances in favour of unmarried conventional taxis aggravates an already precarious situation in the Landes. The quality of the GP/UAS interaction may predict the smooth functioning of the emergency restructuring pact which, by developing the ambulatory environment, will reduce hospital costs and hence transport demands.

Discipline : thèse de médecine générale

Mots clés : SAMU, médecine générale, transport sanitaire

UFR des Sciences médicales- Universités de Bordeaux