



HAL
open science

L'évolution du service d'aide médicale urgente vers le service d'accès aux soins : une réponse à la problématique d'accessibilité aux soins en France

Thomas Barraqué

► To cite this version:

Thomas Barraqué. L'évolution du service d'aide médicale urgente vers le service d'accès aux soins : une réponse à la problématique d'accessibilité aux soins en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04262219

HAL Id: dumas-04262219

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04262219v1>

Submitted on 27 Oct 2023

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

L'évolution du service d'aide médicale urgente vers le service d'accès aux soins : une réponse à la problématique d'accessibilité aux soins en France.

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 26 Octobre 2023

Par Monsieur Thomas BARRAQUÉ

Né le 5 septembre 1995 à Pau (64)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MEDECINE D'URGENCE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre

Président

Madame le Professeur DAUMAS Aurélie

Directeur

Monsieur le Docteur PUGET André

Assesseur

Madame le Docteur COTTE Marianne

Assesseur

Monsieur le Docteur BAR Christian

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre Surnombre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETTELE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric

COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle Surnombre
DEVILLIER Raynier
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane disponibilité
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GONZALEZ Jean- Michel
GAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HRAIECH Sami
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas disponibilité
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre disponibilité
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 DEVILLIER Raynier (PU PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 LOOSVELD Marie (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

REMERCIEMENTS

- Aux membres du jury :

Monsieur le **Professeur Pierre Michelet**,

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de présider ce jury, soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le **Docteur Marianne Cotte**,

Je te remercie d'avoir accepté sans aucune hésitation de m'accompagner dès le début de ce projet de thèse. Un grand merci pour ta disponibilité, ta bienveillance et ta gentillesse. C'est une fierté de te compter parmi les membres de ce jury.

A Monsieur le **Docteur André Puget**,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans le jury de cette thèse et ainsi d'y apporter votre réelle expertise sur le sujet. Vous avez su me transmettre une passion certaine pour l'aide médicale urgente sous tous ses aspects et je vous en suis reconnaissant. Votre vision de la médecine d'urgence est une source d'inspiration.

A Monsieur le **Docteur Christian Bar**,

Je te suis sincèrement reconnaissant d'avoir accepté de siéger dans ce jury et de juger ce travail. Je te remercie pour l'accueil chaleureux et pour l'accompagnement sans faille, dans ton service, au cours de ce premier semestre d'internat. Ta posture de chef de service, d'urgentiste et de médecin sénior a été et reste à l'heure actuelle, pour moi, une véritable référence. J'ai beaucoup appris à tes côtés tant sur le plan humain que médical et j'espère que tu trouveras, en ces quelques mots, le gage de toute ma gratitude.

A Madame le **Professeur Aurélie Daumas**,

Je te renouvelle mes plus sincères remerciements pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail. Je sais que ce sujet n'a pas été des plus confortables pour toi et je t'en suis d'autant plus reconnaissant. Merci de m'avoir appuyé au moment de concevoir ce projet, d'avoir su me rassurer dans les moments de doutes et me réorienter dans les moments d'égarements. Merci pour ta gentillesse, ta disponibilité et ton humilité. Je reconnais avoir toujours été impressionné par ta polyvalence et par ta capacité à mener à bien tant de projets avec autant d'envie et d'appétence. Je profite de cette occasion pour te remercier de m'avoir offert toutes ces opportunités, depuis mon inscription en master jusqu'à l'animation conjointe de séances de simulation. J'espère de tout cœur avoir l'occasion de continuer à mener certains projets à tes côtés. Sois assurée de ma reconnaissance et de mon plus grand respect.

- Au **Docteur Mohamed Boucekine**,

Je te suis infiniment reconnaissant d'avoir été d'une aide si précieuse pour ce travail. Si cette enquête est pertinente et cohérente c'est en grande partie grâce à ta maîtrise des statistiques. J'ai été ravi de faire ta connaissance et enchanté de travailler avec toi. Je te remercie pour ta disponibilité et pour ta patience pendant ces longues heures de travail. Inutile de te remercier pour ton efficacité, ce travail est aussi le tien.

- A mes proches,

Maman, rien de ce que je ne pourrais jamais dire ou écrire n'exprimera avec suffisamment de justesse toute l'admiration que je porte. Je ne te remercierai jamais assez d'avoir été, toute ma vie, un modèle et un pilier, cette structure qu'on appelle une 'famille'. Je n'ai de cesse de penser au chemin que tu as parcouru, à ta résilience, à ta réussite. S'il n'y a qu'une seule personne à qui dédier cette thèse, c'est toi, avec tout mon amour.

Aline, pour les moments partagés depuis tant d'années. C'est une chance d'avoir grandi à tes côtés, tu es celle sur qui j'ai toujours pu compter. Tu es la sœur que je n'ai pas eu, merci pour tout, tout ce temps.

Nicolas, toi qui a été le témoin de toutes les étapes de mon parcours depuis notre plus jeune âge. Pour tous nos souvenirs et ceux à venir. Tu es le frère que je n'ai pas eu. Merci d'être resté toi-même.

Benoit Rey, je suis heureux et fier de te compter parmi mes plus proches amis. J'admire ta soif de connaissance, ta simplicité et ta générosité. Ta force tranquille et ta curiosité sans limites sont une source d'inspiration.

Bassel, tu as été la rencontre emblématique de ces études médicales, je suis reconnaissant d'avoir cheminé avec toi pendant ces longues années. Tu es, à l'image de notre longue traversée des Alpes, un ami formidable.

Benoit Gatto, notre Noël carabin n'a été que le point de départ de cette belle amitié. J'admire tes qualités humaines, ta détermination et plus que quiconque ton parcours de vie. J'espère que l'occasion nous sera donnée de travailler un jour ensemble aux urgences.

Douja, merci d'avoir été une amie si fidèle, si présente et si bienveillante. Tu as égayé mes années bordelaises.

Marie Fouyat, toi qui es si stimulante, si intéressante. J'espère que l'avenir nous donnera plus de temps à partager. Merci d'être la personne que tu es.

Baptiste, toi qui a gardé un œil sur moi depuis la veille de cette colonie de vacances à Capbreton et qui m'a « tout appris » la veille de ma première garde d'externat. Je te témoigne tout mon respect pour ton activisme, tes engagements et ton énergie quotidienne. Merci pour tout.

Noémie, tu as été, pour moi, le visage de la gentillesse et de la générosité. Merci pour cette ouverture d'esprit que tu m'as transmise.

Asael, des studios du CROUS aux chambres de l'internat, merci pour ton humour, ta modestie, ton originalité. C'est un plaisir de te côtoyer depuis toutes ces années.

- A mes découvertes marseillaises,

Clémence, pour ta joie, ta bonne humeur, ton excentricité. Tu as été une rencontre extraordinaire. Merci pour toutes ces bouffées d'airs qui ont été d'un grand secours tout au long de cet internat.

Marie, pour ton sourire si chaleureux, ta gentillesse, ta simplicité. Tu es, sans aucune hésitation, la meilleure co-interne que j'ai eu. Merci pour ta présence et pour ton soutien.

Huseyin, merci pour cette touche de folie que tu as amené à ces années. Merci d'être si vrai, si drôle, si pertinent dans ta vision de l'existence. Merci d'ouvrir le champ des possibles.

- A toi, Fantine, je ne te remercierai jamais assez de ton indéfectible soutien.

Tu es une compagne merveilleuse. Tu es généreuse, délicate, attentionnée et sache que je mesure chaque jour la chance que j'ai, de t'avoir à mes côtés. Merci pour tous ces moments de bonheur, pour ces aventures et ces découvertes, pour cette vie à deux. Tu fais de moi une meilleure personne.

A vous tous, merci d'avoir contribué à faire de moi l'homme que je suis aujourd'hui, merci d'avoir été et d'être toujours là. J'espère sincèrement pouvoir être digne de votre amour et de votre amitié. Je vous aime.

- A mes maîtres de stages et aux collègues que j'ai rencontré depuis le début de mes études de médecine.

Merci à toute l'équipe des urgences du CH de Brignoles pour votre accueil, votre simplicité et votre générosité. Une pensée particulière pour mes co-internes Isis, Martin et Justine qui ont su rendre ce semestre confiné bien plus agréable. Une autre pour le Dr Hentschel qui a été un véritable pilier sur lequel se reposer. Merci à tous les médecins qui se sont efforcés, malgré des conditions difficiles, de nous apprendre les spécificités de l'exercice. Vous avez eu un rôle déterminant dans mon choix de devenir médecin urgentiste.

Merci au personnel du SAMU 13 pour votre accueil. Une pensée particulière à mon référent-mentor qu'a été le Dr Benharira pendant ce semestre, tu m'as beaucoup appris, j'admire ton calme et ton intelligence. Merci aux médecins qui se sont impliqués dans notre formation.

Merci à l'équipe du Pr Velly pour ce stage en réanimation. Merci pour votre encadrement, pour cette ambiance si particulière, pour votre gentillesse et surtout pour la formation dont nous avons bénéficié grâce à vous.

Merci à l'équipe de réanimation pédiatrique et néonatale et à l'équipe des urgences pédiatriques du CHU de St Pierre pour votre accueil. Vous m'avez permis de démystifier cette spécialité mystérieuse qu'est la pédiatrie.

J'adresse des remerciements particuliers à l'équipe du centre de simulation SIMMAR pour l'opportunité que vous m'avez offerte de me former à l'enseignement par simulation. Merci au Dr Pierre Rostini pour votre accueil et à ma formatrice Magali Delfino pour ton accompagnement. Ca a été un réel plaisir d'échanger et de travailler avec vous.

<p>L'EVOLUTION DE L'AIDE MEDICALE URGENTE VERS LE SERVICE D'ACCES AUX SOINS : UNE REPOSE A LA PROBLEMATIQUE D'ACCESSIBILITE AUX SOINS EN FRANCE.</p>

I. Avant-propos :	2
Eléments de contextualisation :	2
Définitions	4
Problématique et plan :	7
II. Introduction :	8
Partie 1 : Evolution du système de santé Français et structuration des soins d'urgence :	8
1. Evolution du système hospitalier et de l'offre de soins en France depuis 1945 (17–19)	8
2. Structuration de la médecine d'urgence (21–24).....	11
Partie 2 : Problématiques et enjeux de l'accessibilité aux soins non programmés en France : ..	16
1. Les usagers des urgences.....	16
2. L'adéquation du recours aux services d'urgences	20
3. Mise en perspective de l'offre et de la demande en soins non programmés	23
III. Le service d'accès aux soins : rationnel et perspectives :	28
1. Présentation du service d'accès aux soins	28
2. Généralisation du SAS : où en sommes-nous ?	37
IV. Opérateurs de soins non programmés : Enquête nationale sur un nouvel acteur de santé.	44
Rationnel de l'étude :	44
Matériel et méthode :	46
Résultats :	49
Discussion :	62
V. Conclusion générale :	65
Bibliographie	67
Lexique	74
Annexe : Questionnaire d'enquête à destination des OSNP	75

I. AVANT PROPOS :

ELEMENTS DE CONTEXTUALISATION :

La médiatisation des acteurs de l'urgence à l'occasion de la pandémie de coronavirus a remis en lumière la difficulté quotidienne de ces services à répondre aux sollicitations auxquelles ils sont soumis. L'engorgement des services d'urgences (SAU) est un phénomène qui persiste dans le temps. Il est à l'origine d'une altération de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnels impliqués (1). Le dysfonctionnement des SAU s'intègre dans un contexte que l'on peut qualifier de « crise globale » du système de soins. La position des urgences est véritablement à l'interface du système de soins primaires, en majorité ambulatoire et du système hospitalier de recours, spécialisé. A la suite de la pandémie, une vague de départ du personnel hospitalier associée à un rebond d'activité ont plongé plus de 130 SAU dans des situations dégradées : tous les centres ont été concernés, y compris les centres hospitaliers universitaires. L'association professionnelle Samu-Urgences de France (SudF) réalisait une enquête en Juillet 2022 qui mettait en lumière les difficultés rencontrées dans tous les domaines de l'urgence (2):

- Sur 331 SAU interrogés (soit environ la moitié des SAU Français) 88 avaient mis en place des restrictions d'accès (27%) et 42 ont eu recours à des fermetures la nuit, faute de personnel médical (13%).
- Sur 97 SAMU-centre 15 (soit la quasi-totalité des centres 15) 83% ont déclaré que les ressources humaines étaient inadéquates en regard de l'activité et donc génératrices d'insécurité.
- Sur 268 SMUR (soit 60% des SMUR) 75 ont fermé partiellement (28%) et 18 ont fermé complètement (7%).

Le docteur François Braun, ex-président de SUdF devenu ministre de la santé au cours de ce même été, a rédigé un rapport « sur les urgences et les soins non programmés ». Ce rapport s'est inscrit dans la suite du rapport pour « assurer le premier accès aux soins » (2018) et du « pacte de refondation des urgences » (2019) qui proposaient de réviser l'organisation du 'parcours patient' dans sa globalité avec un objectif de clarifier l'offre de soins et de la rendre à la fois plus lisible mais surtout plus facilement accessible. C'est en ce sens que le service d'accès aux soins (SAS) a d'abord été défini en 2019 puis expérimenté depuis 2021 et enfin généralisé en 2023. Ces rapports seront développés en détail ci-après et le SAS fera l'objet d'une partie spécifique de ce travail. SUdF a réalisé une nouvelle enquête un an après que les mesures Braun aient été mises en œuvres. A l'été 2023, c'est 57% des SAU répondants qui ont

déclaré avoir fermé au moins une ligne médicale et 43% avoir eu recours à une régulation médicale en amont du service. Pour les SMUR, c'est 70% des répondants qui ont déclaré avoir été amenés à fermer au moins une ligne d'intervention. En conclusion du rapport d'enquête, le syndicat met en avant la nécessaire réflexion à mener sur l'accessibilité des services d'urgences afin de « préserver le fonctionnement des SAU à haute technicité et expertise, en évitant les mésusages, mais également pour des raisons économiques évidentes en mettant en place une régulation médicale d'accès s'appuyant sur le déploiement des SAS » (3).

En dehors de toute situation de crise, un SAU est par essence soumis à de fortes variations d'activités. Brent R. Asplin et son équipe ont publié en 2003 un travail portant sur les facteurs à l'origine de la surcharge d'un SAU (4). Les facteurs peuvent être situés en amont du service, en son sein ou en aval. **La figure 1** résume de manière non exhaustive les différents facteurs pouvant influencer sur les SAU et les encadrés orange identifient les facteurs spécifiques concernant l'amont des urgences. Dans ce travail nous traiterons la problématique de l'engorgement des SAU en nous concentrant sur l'amont de ces services à travers le prisme de l'accès et de la gestion des soins non prévus, qu'ils soient urgents ou non programmés (SNP).

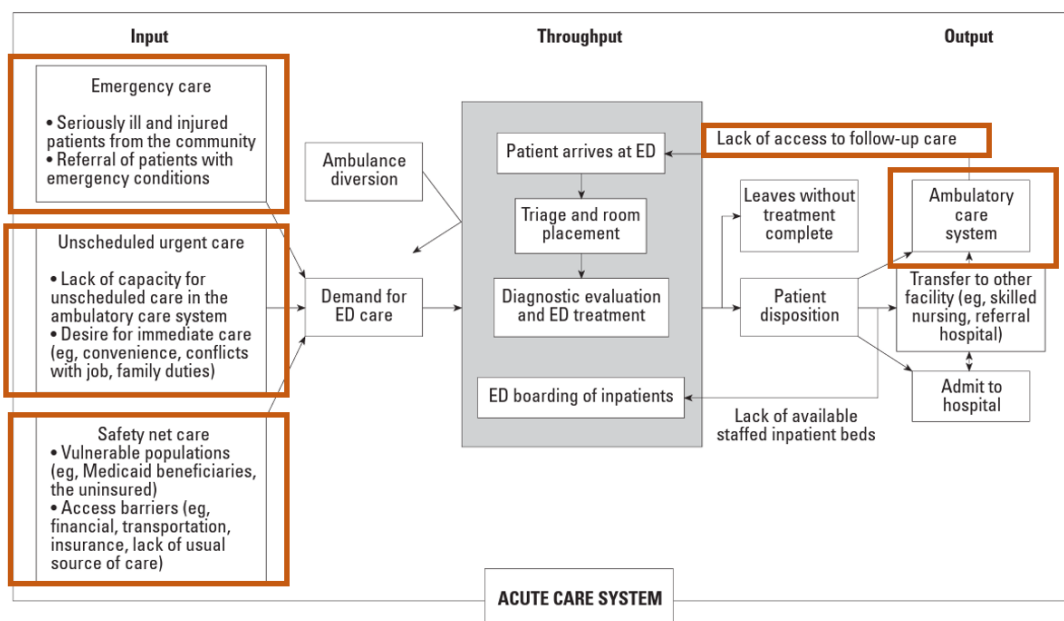


Figure 1 : Modèle de flux aux urgences d'après Asplin & al (4).

Depuis plusieurs décennies, la question du partage de l'offre de SNP entre les différents acteurs de santé se pose et a été l'objet d'un grand nombre de publications, qu'elles soient scientifiques, sociologiques ou politiques. Le Dr Grall publiait un rapport sur la territorialisation des urgences en 2015 (5) au cours duquel il soulignait qu'une adaptation stratégique était nécessaire pour

« faire la part entre soins non programmés et urgences réelles » en rappelant que « l'afflux dans les services d'urgences n'a cessé de croître pour une majorité de motifs ne le justifiant pas, le nombre d'urgences vraies restant stable et minoritaire ». Plusieurs équipes se sont penchées sur la question de l'adéquation du recours aux SAU (6,7) et il semblerait que l'absence de consensus sur la définition de ce qu'est une véritable urgence en santé soit le principal facteur limitant les conclusions des différentes études réalisées dans ce champ de recherche (8,9). Nous proposons de faire le point sur plusieurs définitions dans le paragraphe suivant.

DEFINITIONS :

1. Urgence et urgence en santé :

Le concept d'urgence a une dimension intrinsèque de temporalité : « ce qui est urgent ne souffre d'aucun retard » mais aussi une dimension préjudiciable qui lui est propre : « situation qui peut entraîner un préjudice irréparable s'il n'y est porté remède à bref délai ».¹

- **L'académie Française de médecine** propose de définir l'urgence « dans le domaine médical », comme « la situation d'un patient à soigner sans délais ». Cette définition oppose le point de vue de deux acteurs antagonistes où chacun apprécie différemment une situation donnée: celui qui appelle à l'aide et celui qui est sollicité. Le demandeur ressent la situation comme étant une urgence et sollicite un professionnel. Le médecin a pour fonction d'évaluer la situation et de décider dans quel délai, si l'urgence est avérée, celle-ci doit être prise en charge en fonction des risques estimés et des moyens disponibles (10).
- **Philippe Leveau, dans son article « la médecine d'urgence dans le monde »** fait le point sur les différentes définitions de l'urgence et propose la définition suivante : « N'importe quelle condition perçue par le profane ou par un professionnel de santé, qui nécessite une évaluation ou un traitement médical immédiat »(11).
- **La langue anglaise et le national health service** différencient « emergency care » qui implique un danger de mort imminente ou un accident et qui requiert immédiatement un recours médical et « urgent care » recouvrant le domaine des blessures et des maladies sans risque vital immédiat (12).

¹ Définition du dictionnaire Larousse

2. Soins non programmés :

- D'après l'**association des médecins généralistes des pays de la Loire**, la notion de SNP correspond aux demandes de consultations, quel qu'en soit le motif, pour le jour-même ou le lendemain, adressées aux médecins généralistes pendant les horaires d'ouverture de leurs cabinets. Ces demandes ne sont pas forcément des urgences médicales mais peuvent être ressenties comme telles par les patients (urgences ressenties) avec une demande de réponse immédiate. Lorsque les capacités de réponse du médecin ou de ses confrères exerçant dans le même cabinet ne sont pas suffisantes, une réorientation du patient sera proposée préférentiellement vers l'offre de soins de premier recours. Si celle-ci est elle-même insuffisante sur un territoire, une réorientation vers les urgences ou le centre 15 sera parfois la seule alternative (13).
- Le **docteur Susanne Langer et son équipe**, dans une revue sur le sujet, présentaient les SNP comme des soins de santé non routiniers, dispensés en face à face, tels que les soins dispensés par les SAU, les soins dispensés en dehors des heures ouvrables ou les centres de consultations sans rendez-vous (14).
- Dans le **pacte de refondation des urgences**, les SNP étaient définis comme étant des situations diverses qui auraient pu être traitées en dehors du contexte de l'urgence ou qui n'impliquaient pas le recours aux services d'urgences hospitaliers et qui, souvent, pourraient trouver une réponse adaptée auprès d'autres professionnels, notamment en secteur ambulatoire (15).

3. La médecine d'urgence :

- Le **collège américain des médecins urgentistes** décrit la médecine d'urgence comme étant la spécialité consacrée à la prise en charge des malades inopinés et des blessés, au carrefour des autres spécialités, impliquant l'évaluation initiale, le diagnostic, le traitement et la coordination des soins pour un malade. Elle englobe un versant communautaire avec la planification, la supervision et la direction de la réponse médicale en cas de catastrophe (16).

- **La société européenne de médecine d'urgence (EuSEM)** parle de la médecine d'urgence comme d'une spécialité primaire qui s'appuie sur les connaissances et les compétences nécessaires à la prévention, à la prise en charge des aspects urgents des maladies et des blessures, affectant des patients de tout âge avec un spectre complet de troubles physiques et comportementaux indifférenciés. Ceci inclut l'organisation d'une réponse médicale appropriée pour les patients qui recherchent des soins médicaux urgents. La pratique de la médecine d'urgence englobe le triage, l'évaluation initiale, la réanimation, la télémédecine et la prise en charge des patients en situation d'urgence indifférenciée, à l'hôpital ou en dehors et jusqu'à leur transfert vers un autre service ou un retour à domicile (17).

Encadré 1 : Synthèse des définitions autour de l'urgence en santé * :

- ✓ **Médecine d'urgence** : spécialité de la médecine consacrée à la prise en charge globale, individuelle et collective, de malades inopinés. Ces malades présentent une affection susceptible d'avoir des conséquences péjoratives sur leur pronostic vital ou fonctionnel à court terme. La dimension collective est représentée par l'organisation de la réponse sanitaire en cas de situation exceptionnelles.
- ✓ **Urgence** : situation aigüe et qui nécessite une prise en charge rapide pour ne pas entraîner de conséquences ultérieures sur l'état de santé au sens large : menace du pronostic vital ou fonctionnel. L'urgence peut être ressentie par le profane mais est authentifiée par le spécialiste².
- ✓ **Soins non programmés** : situation imprévue qui ne relève pas de la définition d'urgence ou, qui après avis médical, ne s'avère pas être une urgence mais nécessite tout de même une prise en charge dans un délai raisonnable (24 à 48 heures).

* : *définitions non consensuelles à retenir pour la suite de ce travail.*

² Cette définition se rapproche de la définition « toute situation où l'absence de prise en charge rapide pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiques durables » donnée à l'occasion des 1^{ères} assises de l'urgence à Paris le 13 Septembre 2012 (disponible sur le site : www.samu-urgences-de-france.fr).

PROBLEMATIQUE ET PLAN :

Après les éléments de contextualisation, nous proposons d'explorer *comment la mise en place du service d'accès aux soins pourrait permettre de structurer efficacement l'offre de soins urgents et/ou non programmés en amont de l'hôpital et des services d'urgences hospitaliers.*

La première partie de ce travail a pour objectif de rappeler brièvement l'évolution du système de santé français en parallèle de la structuration de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins ambulatoires. Par la suite, de discuter plus précisément de la problématique de l'accès aux soins urgents et non programmés en mettant en perspective les besoins de la population avec l'offre de soins et en particulier le recours aux SAU.

La seconde partie de ce travail présente le rationnel de la mise en place du SAS, son fonctionnement, les perspectives offertes et ses limites actuelles. Nous détaillerons les acteurs et les professionnels de santé impliqués dans le SAS avec une attention particulière pour les opérateurs de soins non programmés (OSNP) qui font l'objet de la **troisième partie** où nous présenterons les résultats d'une enquête réalisée au niveau national dans le cadre de ce travail de thèse.

II. INTRODUCTION :

PARTIE 1 : EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS ET STRUCTURATION DES SOINS D'URGENCE :

1. Evolution du système hospitalier et de l'offre de soins en France depuis 1945 (18–20)

S'il fallait donner un acte de naissance à l'hôpital tel que nous le connaissons aujourd'hui il se situerait probablement dans les années 1940. C'est le 21 Décembre 1941, à l'occasion de la « charte hospitalière » que les anciens hospices ont fait place à la base d'une organisation hospitalière moderne. L'accueil des urgences était déjà évoqué avec la nécessité pour chaque établissement d'être doté d'un poste de secours comprenant du matériel pour les soins urgents. Quelques années plus tard, les ordonnances d'octobre 1945 ont créé le système de sécurité sociale français (21). La question de la gestion des malades et de l'organisation d'un système à la fois cohérent et performant s'est posée au fil des siècles et nous retrouverons, dans l'évolution récente du système hospitalier, une première phase de retrait de l'état jusqu'aux années 70 avant que celui-ci ne reprenne peu à peu le monopole de la planification et de l'organisation de l'offre de soins (Figure 2).

- Dans cette première phase, la création des centres hospitaliers universitaires et du statut de praticien hospitalier en 1958, par les ordonnances Debré, ont mis l'Hôpital au centre du système de santé. Les hôpitaux étaient alors des établissements publics jouissant d'une certaine liberté pour leur organisation et leur gestion. L'état s'est positionné en observateur jusqu'au début des années 70 et la loi Boulin, qui a été à l'origine d'un découpage du territoire en secteurs de santé (21 régions et 256 secteurs), et a permis de poser les bases d'une coordination de l'offre de soins adaptée aux besoins de la population. Les établissements ont été classés en fonction des infrastructures et des équipements dont ils disposaient. Les besoins en lits d'hospitalisation ont été adaptés à la densité de population par secteur et il a été établi que chaque secteur devait être couvert par un « service d'urgence ».
- La création des Schémas d'Organisation Régionaux Sanitaire (SORS) en 1991, par la loi Evin, mettait en place le principe de planification hospitalière par l'état. Cette planification, indicative et projective, permettait l'allocation de budgets pour contrôler les dépenses et réguler l'offre de soins en répartissant les moyens entre les différents centres. Avec cette

nouvelle logique d'objectifs, les établissements étaient tenus de passer des « contrats pluriannuels » avec l'état, l'échelon régional tendait à devenir plus adapté et le nombre de secteurs sanitaires a diminué. Les ordonnances Juppé, en 1996, ont confirmé cette volonté de réorganisation territoriale et de pilotage avec la création de deux agences à l'échelle régionale : l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et l'agence régionale des hospitalisations (ARH). Ce sont ces agences qui ont été chargées de négocier avec les établissements de santé et avec les médecins libéraux. La création de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), dans le même temps, a poursuivi une logique de pilotage budgétaire du secteur de la santé. L'objectif de ce pilotage a été d'assurer à la population un égal accès aux ressources disponibles, lesquelles étaient allouées selon un projet de santé à rayonnement local ou régional.

- La réforme de l'assurance maladie, en 2004, replace le médecin traitant au centre d'un dispositif où il se doit d'être l'interlocuteur privilégié d'un patient pour l'orientation dans le système de santé. Cette réforme a été le point de départ de la réorientation du système vers le patient et d'un concept que l'on qualifiera plus tard de « parcours de soins ».
- Le plan Hôpital 2007 a supprimé la carte sanitaire au profit des territoires de santé. Ce changement d'échelle a permis une redéfinition des territoires plus pragmatique et l'élaboration de réseaux et de filières de coopération inter hospitalières. La loi Hôpital Patients Santé Territoires (2009) s'inscrivait dans la continuité de la loi Kouchner (2002) et affichait une volonté claire de rapprochement du dispositif de santé au plus près du patient. Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont nées de la fusion des ARH et des URCAM pour le pilotage et la régulation de l'offre de soins en région, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire. Enfin, les lois les plus récentes que sont la loi de modernisation du système de santé (2016) et la loi visant à améliorer le système par la confiance et la simplification (2021) sont restées dans cette logique d'articulation entre la ville et l'hôpital pour permettre de décloisonner l'offre de soins et fluidifier le parcours de soins du patient. Deux dispositifs que nous développerons ultérieurement, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les services d'accès aux soins (SAS), ont été mis en place, gérés par les professionnels de terrain tout en bénéficiant d'un appui ministériel via les ARS.

ÉVOLUTIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS :

1941

Charte hospitalière : Base d'une organisation hospitalière ouverte à tous : transformation des hospices en hôpitaux.

1970

Loi Boulin : création des secteurs sanitaires et prémices d'un pilotage régional. Définition d'un établissement d'hospitalisation. Classement des structures en fonction des plateaux techniques.

1996 :

Ordonnances Juppé : Création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM). Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

2003 - 2005 :

Plan hôpital 2007 : Introduction des territoires de santé et suppression des secteurs sanitaires. Tarification à l'activité (T2A).

2016 :

Loi de modernisation du système de santé : transition numérique, évolution vers les groupements hospitaliers de territoire. Favoriser l'accès aux soins.

Depuis 2021 :

Loi d'amélioration du système de santé par la confiance et la simplification : création du service d'accès aux soins. Transformation des métiers de la santé. Simplification de la gouvernance.

1958

Ordonnances Debré : création des CH(R)U et du statut de praticien hospitalier. Réforme des études médicales. Les hôpitaux deviennent des "établissements publics".

1991 :

Loi Evin : création de Schémas d'organisation sanitaire régionaux (SOSR) : début de la planification. Définition juridique des établissements de santé.

2002 :

Loi Kouchner : droits des usagers, introduction du concept de "démocratie en santé".

2004 :

Loi de sécurité sociale : Définition du parcours de soins coordonné.

2009 :

Loi HPST "Loi Bachelot" : Création des Agences Régionales de Santé (ARS) par fusion des ARH et URCAM. Réforme de la gouvernance hospitalière. Création des communautés territoriales hospitalières.

2019 :

Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé : création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et du projet territorial de santé.

Figure 2 : Chronologie de l'évolution du système de santé Français.

2. Structuration de la médecine d'urgence (22–25)

C'est à la fin du 18^e siècle que Larrey et Percy ont mis au point le concept d'ambulance de secours, pour l'évacuation et la prise en charge des blessés de guerre. Ce concept a été repris par Morton aux Etats-Unis dans les années 1860 avant d'être généralisé dans le civil aux grandes villes américaines. Henri Natchell, médecin français ayant travaillé à New York a publié en 1880 un mémoire sur « l'organisation à Paris d'ambulances analogues à celles des grandes villes américaines ». C'est le début du système de secours préhospitalier. Dans les années 1920, Charles Cot, médecin militaire, initia la structuration d'un modèle de secours d'urgence avec un poste mobile basé sur l'idée que « si la situation est grave c'est l'hôpital qui doit aller au blessé et non le contraire ».

Ce concept, longtemps laissé de côté, a été remis au goût du jour par Marcel Arnaud, chirurgien marseillais, qui assista, en 1954, à un grave accident routier à Aix-en-Provence. Cet événement l'a poussé à réfléchir sur la question des gestes de sauvetage et aura été à l'origine de son célèbre adage « on relève un blessé, on évacue un moribond, on hospitalise un mourant ». La première antenne mobile d'urgence (ancêtre du service mobile d'urgence réanimation – SMUR) a été mise en place et testée par l'un de ses étudiants, Paul Bourret, à Salon de Provence dès 1957. Les secours mobiles se sont multipliés dans les années 60 suite à la publication de plusieurs circulaires et du fait d'une forte mortalité routière : plus de 10 000 décès et 180 000 blessés en 1961 et jusqu'à 16 600 décès pour 370 000 blessés en 1972 (avec 50% qui décédaient avant l'arrivée à l'hôpital).

L'affaire « Colin », en 1964, où un médecin libéral a été incarcéré pour non-assistance à personne en danger a enflammé le débat autour de la responsabilité de la médecine libérale dans la prise en charge des urgences (26). La confédération des syndicats de médecins libéraux a alors organisé en 1965 un colloque sur la thématique de l'assistance aux personnes en péril. Il en est ressorti qu'un « système d'aide médicale urgente devrait s'étendre au malade isolé, en détresse, dont le médecin habituel est indisponible ou pour celui qui n'a pas de médecin habituel » (27). L'acte de naissance des SMUR en France a été le décret du 2 décembre 1965, stipulant que les 234 établissements hospitaliers aptes à recevoir des urgences devaient se doter de « moyens de secours et soins d'urgence mobiles ». Déjà en 1966, René Coirier proposait la création d'un système national d'aide médicale urgente. Pour lui il ne faisait pas de doute, qu'un jour, la médecine libérale et la médecine hospitalière s'associeraient pour gérer efficacement l'ensemble des urgences. Entre l'obligation déontologique de garde pour un médecin dans son

secteur et le service des urgences mobiles qui tendait à se mettre en place, certaines organisations se sont développées pour la prise en charge des soins urgents, quotidiens, que l'on qualifiera plus tard de soins non programmés. L'organisation la plus connue, est née en 1966 à Paris, sous le nom de SOS-docteurs-nuits qui deviendra plus tard SOS-médecin et qui était dotée d'un parc automobile, de moyens de radiotéléphonie et de matériel médical. Le terme de service d'aide médicale urgente est apparu en 1968 au décours d'une expérimentation Toulousaine et se définissait comme suit : « ensemble de moyens sanitaires variés mis instantanément en œuvre par un secrétariat alerté par l'intermédiaire d'un numéro facile à retenir et en mesure d'ajuster ces moyens à la nature de l'aide sollicitée ». Les SAMU deviendront les organes de coordination des ressources dans le domaine des secours et en particulier des SMUR.

C'est dans les années 70 que la régulation médicale a réellement pris son essor. En juillet 1972, une circulaire a défini les infrastructures nécessaires dans un SAMU, dont la présence d'un secrétariat pour la coordination des moyens, sous la supervision d'un médecin qui régulaient les appels et décidait des moyens à mettre en œuvre. La nécessité d'une régulation médicale des appels tout-venant a été illustrée par l'exemple de la ville de Rouen, où les interventions SMUR sont passées de 205 à 3900 entre 1968 et 1972. Le principe d'envoi de moyens médicalisés « réflexe » en cas d'appel au 18 a été à l'origine d'un mésusage important : plus de 65% des appels ne nécessitaient pas la présence d'un médecin. Le premier poste de médecin régulateur a été créé à Toulouse en 1975.

Cette même année, une circulaire a été publiée concernant l'organisation de l'hôpital et l'accueil des malades, en particulier l'accueil des urgences. Elle conceptualisait un service ouvert en permanence, avec un unique chef de service et une équipe dédiée dans la prise en charge des 24 premières heures d'hospitalisation. Les SAMU se sont dotés d'un syndicat national en 1975 qui deviendra plus tard SUdF et de plusieurs associations départementales. Ces représentants sont devenus les interlocuteurs privilégiés pour les échanges avec l'état et l'organisation au niveau territorial de l'urgence. Dès 1976, le député Antoine Gau présentait au parlement des propositions de lois qui faisaient de l'aide médicale urgente un service public qui avait vocation de rendre équitable l'accès aux soins urgents pour la population.

La volonté d'instaurer un numéro d'appel national, le 15, s'est concrétisée une fois l'indicatif téléphonique disponible en octobre 1978. Les premières expérimentations de centres 15 ont vu le jour en 1980 à Rouen (SAMU 76) et à Blois (SAMU 41). La loi du 6 Janvier 1986

a défini le centre de régulation et de réception des appels (CRRA) au sein des centres 15, texte fondateur du SAMU tel que nous le connaissons aujourd'hui c'est-à-dire basé sur une écoute et une régulation médicale permanente. L'objectif de ces CRRA est de tendre vers la juste adéquation des moyens mis en jeu pour répondre aux besoins de la population.

Dans le cadre de la mise en place de ces centres d'appels, et dans le contexte global de ce travail de thèse il convient de parler de la professionnalisation des assistants de régulation médicale (ARM). Ceux-ci étaient, depuis les années 70, en poste dans les premiers SAMU en tant que standardistes. Les premières formations ont été proposées en 1976 à Paris avant d'évoluer vers une formation spécifique au métier de permanencier assistant dans les années 80 puis d'ARM dans les années 2000. Le métier s'est professionnalisé et, l'ARM initialement classé comme étant un agent administratif du secteur public est dorénavant reconnu comme étant un véritable professionnel de santé (28). La profession tend à se complexifier et se diversifier avec la possibilité d'évolution, notamment en tant qu'ARM formateur ou ARM superviseur.

Dans les années 90, les SAMU-centres 15 se sont développés pour couvrir l'ensemble du territoire français. Les urgences hospitalières se sont organisées à la suite du rapport STEG, toujours cité 30 ans plus tard, qui donnait des recommandations pour l'accueil et la prise en charge des patients dans les SAU. Il mettait l'accent sur la nécessité d'améliorer la formation et la professionnalisation des médecins de l'urgence. Il invitait déjà, à l'époque, à réfléchir sur une meilleure cohérence dans l'articulation du système ambulatoire et du système hospitalier et exprimait l'idée que, peu à peu, les urgences hospitalières remplaceraient le médecin de famille. Une formule, plus que d'actualité à l'été 2023, était déjà présente dans ce rapport : « au réflexe hôpital il faut substituer le réflexe centre 15 » (29). Des circulaires (1991 – 1995 et 1997) ont posé les jalons d'une structure effective : création de postes de praticiens hospitaliers aux urgences, cahier des charges pour les structures d'urgences et gradation des services. C'était le début de la séniorisation des urgences par des médecins spécialisés, titulaires d'une formation spécifique (d'abord une capacité puis un DESC avant de devenir un DES). La création de filières de soins comme les filières coronaires, neurovasculaires ou traumatologiques ont amélioré l'accessibilité à des services surspécialisés mais ont aussi et surtout eu une grande influence sur l'orientation des patients dans le cadre de l'urgence. Le réseau nord-alpin des urgences (RENAU) a été l'un des premiers réseaux Français à organiser ces différentes filières sur son territoire dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Jusqu'en 2003, les médecins libéraux étaient soumis par le code de déontologie médicale (art. 77) à une obligation individuelle de gardes nocturnes. Cette obligation sous tendait qu'un médecin devait rester joignable par sa patientèle, nuit et jour en cas de besoin, dans le secteur où il était installé. Les réformes ont abouti à une nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), cette fois collective et basée sur le volontariat. Dans les articles R6315-1 à R6315-6-1 du code de santé publique il était stipulé que chaque demande de soins, en période de PDSA, devait être régulée par un médecin généraliste. Cette régulation pouvait être déportée ou exercée dans les centres 15, comme c'était déjà le cas dans certains départements depuis les années 70 (30,31).

En 2006, un nouveau décret a réorganisé le système de l'urgence : suppression de la gradation des services ; définition des SAMU, des SMUR, des SAU et des médecins correspondants SAMU. Ces services ouverts 24h/24, devaient être en mesure d'accueillir tout public et être dotés de lits d'hospitalisation de courte durée. La création de sociétés savantes indépendantes à l'image de la société française de médecine d'urgence (SFMU) ou d'assemblées comme le conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) chargées de faire le lien entre la DGOS et les différents acteurs de l'urgence ont été la base d'un véritable essor de la spécialité. Le DES de médecine d'urgence a été ouvert en 2017 et les premiers urgentistes titulaires ont été diplômés en 2021. Le Pr Pierre Carli, dans un article paru en août 2022, parlait de la médecine d'urgence comme d'un besoin de santé publique et d'un impératif politique. Les crises qui se sont succédées ont permis une évolution par étape de la spécialité qui se trouve à l'interface, depuis toujours, entre la ville et l'hôpital – le politique, le législateur et le citoyen (25).

En 2014, le conseil national de l'ordre des médecins constatait 10 ans après l'arrêt de l'obligation de garde et la mise en place de la PDSA que celle-ci s'arrêtait à minuit pour près de 70% du territoire et, faute de solution, que les malades se dirigeaient vers les SAU. Malgré l'organisation des médecins libéraux pour répondre aux SNP en dehors des horaires de PDSA près de 80% des SNP étaient adressés aux SAU (32). Le Dr Marc Giroud, cofondateur et ex président de SUdF expliquait combien « le combat pour trouver la juste place de l'urgentiste a été rude ... (tant) il a été au centre d'un introuvable équilibre entre un hôpital spécialisé peu enclin à faire une place aux pathologies non encore étiquetées et des médecins généralistes affirmant haut et fort leur autonomie mais néanmoins prompt à orienter leurs patients vers les urgences au moindre risque ou pendant leur congés, la nuit ou les week-ends » (33).

STRUCTURATION DES URGENCES

- 1949 : Circulaire sur l'organisation des secours d'urgence préhospitaliers: secteurs ambulanciers.
- 1956 : Création des premiers transports interhospitaliers médicalisés à Paris
- 1957 : Première antenne de réanimation mobile à Salon de Provence

ANNÉES 60

Emergence de la réanimation extrahospitalière dans le civil.

- 1960 : circulaire sur l'expérimentation des antennes mobiles d'urgence
- 1964 : Affaire Colin et colloque de l'intersyndicale des médecins libéraux
- 1965 : Décret du 2 décembre sur l'organisation des SMUR et de l'accueil des urgences hospitalières

ANNÉES 70

Emergence du concept de service des urgences et de l'aide médicale urgente.

- 1974 : collaboration entre la médecine libérale et les hopitaux pour la régulation des demandes d'aide médicale
- 1975 :
 - Circulaire (29 Janvier) pour organiser l'accueil des urgences.
 - Création du syndicat national de l'AMU.
- 1976 : Circulaire relative à la création des SAMU.
- 1978 : Mise en disponibilité de l'indicatif téléphonique 15 pour devenir le numéro d'appel d'urgence national

Fin des années 70 : 61 SAMU et 150 SMUR

ANNÉES 80-90

Déploiement des CRRA-Centres 15 dans les SAMU et structuration des services d'urgences hospitaliers.

- 6 Janvier 1986 : Loi sur l'aide médicale urgente définissant les missions et l'organisation des SAMU et des centres d'appels d'urgence.
- 1989 : Rapport STEG sur les urgences hospitalières.

Fin des années 80 : 96 SAMU et 274 SMUR

- Circulaires (91 - 95 - 97) sur la présence médicale effective 24/24h dans les services d'urgences. Structuration des services et de la discipline.

ANNÉES 2000 - ..

Professionnalisation de la médecine d'urgence, développement de filières multidisciplinaires.

- 2006 : Réorganisation des services d'urgences en 3 entités : SAMU - SMUR - SU.
- Création des premiers réseaux de soins.
- Création d'organes scientifiques et représentatifs (SFMU, CNUH).
- Création du DESC puis du DES de médecine d'urgence.
- Développement de la médecine de catastrophe.

- 2019 : Création du service d'accès aux soins.

Figure 3 : Chronologie de la structuration des services d'urgences en France.

PARTIE 2 : PROBLEMATIQUES ET ENJEUX DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS NON PROGRAMMES EN FRANCE :

L'accès aux soins est le fondement même de notre système de santé. Il se doit de reposer sur l'universalité et s'affranchir tant que possible des contraintes financières, géographiques, individuelles. Dans le cas des urgences, nous avons développé dans la partie précédente la mise en place progressive d'un système national d'aide médicale urgente, joignable via le 15, en tout point du territoire, par qui qu'on le sollicite. Pour ce qui est des SNP, chaque individu est tenu (mais non contraint) d'avoir un médecin traitant, référent de son parcours de soins depuis la réforme de l'assurance maladie en 2004. L'engorgement du système de soins primaires, l'absence de lisibilité claire de l'offre de soins, la désertification médicale et l'indisponibilité du médecin référent sont des exemples de facteurs pouvant influencer sur le recours aux urgences hospitalières. Nous proposons dans cette partie de décrire d'abord les caractéristiques des usagers de ces services avant de réfléchir sur les motifs de recours et leur adéquation. Nous parlerons ensuite de la gestion des SNP en médecine de ville avant d'exposer les solutions proposées ces dernières années quant à l'articulation entre la médecine de ville et le système hospitalier pour la réponse aux demandes de SNP.

1. Les usagers des urgences

Le nombre de passage aux urgences augmente d'environ 3% par an en France et s'est établi en **2019 à plus de 22 millions** contre 14 millions en 2004 ; cette croissance est cinq fois plus élevée que la croissance de la population résidant en France. Les rapports publics de la cour des comptes de 2014 (34) et de 2019 sur les urgences hospitalières (35) pointent du doigt **l'inflation du taux de passages non suivis d'une hospitalisation**. La tendance à l'augmentation des sollicitations est une problématique rencontrée dans tous les pays et plusieurs facteurs sont incriminés : la diminution de la densité médicale, le vieillissement de la population, la mutation de la société vers une plus grande consommation de biens, ... (11,36). La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) réalise tous les 10 ans une étude transversale, un jour donné, sur la fréquentation et le fonctionnement de tous les SAU. La dernière étude remonte à 2013 et a été particulièrement commentée au cours des années suivantes (37).

D'après ces données, plus **d'un français sur six consulte chaque année dans un service d'urgence**. Il semblerait pourtant que ces patients soient bien intégrés dans le système

de soins ambulatoire car 88% ont consulté un médecin de ville dans l'année. C'est la question de la disponibilité de ces médecins qui se pose : **plus de la moitié des patients interrogés par l'enquête de la DREES (56%) rapportaient avoir eu des difficultés à obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin généraliste et seulement 17% ont vu un médecin en ville dans la semaine qui précédait le passage aux urgences.** Le risque de renoncement aux soins n'est pas négligeable (15% des interrogés) et le report sur les urgences est parfois la seule solution envisageable (20%) (38). Pour autant, trois passages sur quatre aux urgences ont lieu à des heures en dehors de la PDSA : entre 8heures et 20heures, en semaine.

L'étude de la DREES montre que plus de la moitié des patients (**62%**) **consultent de leur propre initiative**, sans prendre l'avis d'un médecin au préalable, ni passer par l'appel au centre 15. Ces chiffres sont discutés et nuancés par le Dr S. Morel dans sa thèse de sociologie³, au cours d'une enquête réalisée dans 2 services d'urgence adulte (l'un privé et l'autre public) auprès d'environ 500 patients. Elle retrouvait un taux de consultation sans avis préalable avoisinant les 10%. Une telle différence peut être expliquée par le fait que l'enquête de la DREES était bien plus inclusive (tous les services d'urgences de France y compris les urgences pédiatriques), et il faut comprendre que parmi les 62% de patients qui viennent d'emblée aux urgences une grande part peut être attribuée aux recours traumatologiques et pédiatriques (39). Une étude normande mettait en évidence que les patients **auto-référés étaient plutôt jeunes, avec un niveau d'éducation correct et une forte consommation de biens de santé** (40). L'étude SAUGARD, réalisée dans le cadre du travail de thèse du Dr Chellen à Nîmes, se penche sur la question des raisons qui poussent les patients à se présenter spontanément aux urgences pour des motifs somatiques pouvant relever de la médecine générale. La question de la traumatologie, avec pour justification la demande d'examen complémentaire radiologique a volontairement été mise de côté pour ce travail. Les résultats principaux de cette étude retrouvaient comme **principale raison de consultation la volonté de réaliser des examens complémentaires (immédiatement). L'inquiétude du patient sur son état de santé arrivait en seconde position.** Près d'un patient sur trois (34%) exprimait des difficultés à accéder à une offre de soins en ville au moment où il s'était décidé à consulter et près de quatre patients sur dix (40.9%) avaient décidé de consulter aux urgences à la suite d'une consultation de ville sans amélioration de leur état de santé (41).

³ Chapitre 6 : « De l'omnibus au jet privé » : des soins d'urgences à plusieurs « vitesses » sociales !

Nous avons évoqué **la question du consumérisme**, les chiffres de la DREES vont en ce sens pour un certain nombre des patients qui motivaient leur venue par la possibilité de faire des examens complémentaires dans la foulée (23%) ou ceux qui souhaitaient avoir accès à un spécialiste (12%) (42). La notion de temporalité semble aussi avoir une certaine importance pour certains patients qui ressentaient un besoin de voir leur problème rapidement réglé (27%). Les usagers fréquents des urgences (> 3 consultations par an) ont été l'objet de plusieurs études et certaines caractéristiques peuvent être mises en avant (43–47):

- La précarité socioéconomique ;
 - La présence de maladies chroniques ;
 - Des troubles liés à l'usage de substances (toxicologie) ;
 - Les âges extrêmes (personnes âgées et enfants en bas âge).
- Cas particulier de la **précarité** :

La notion de vulnérabilité est une notion complexe qui associe les concepts de fragilité, d'instabilité, de risque et d'évolutivité. Les populations vulnérables ont un taux de mortalité précoce et une prévalence de maladies graves très largement supérieur au reste de la population. Pour ces patients, les urgences se substituent aux consultations ambulatoires (généralistes et spécialistes). Il semblerait exister un lien entre l'absence d'accès aux soins et aux parcours classiques et le taux de recours au SAU. Ces patients se présentent pour une simple consultation avec un besoin de soins (infirmier par exemple) ou dans le cadre d'un retard de prise en charge pour la décompensation aiguë d'une pathologie chronique (non ou mal suivie) (48).

- Cas particulier de la **pédiatrie** :

La pédiatrie tient une place toute particulière dans cette discussion du fait de l'existence de SAU pédiatriques (SAUP), dédiés à cette discipline. La plupart des hôpitaux de périphérie n'en sont cependant pas dotés. Dans l'étude de la DREES, les enfants de **moins de 15 ans représentent environ un passage sur quatre (27%) et les nourrissons de moins de 6 mois un passage sur vingt (6%)**. La traumatologie est le 1^{er} motif de recours (49%) et les enfants se présentent plus souvent entre 17 et 21 heures, horaires où la disponibilité des médecins de ville est moins importante et qui coïncide avec la sortie des crèches-écoles (49). Les enfants n'étant pas maître de la décision de consulter, il convient d'explorer quels

sont les motifs des parents. Devant la constatation d'une hausse permanente de la fréquentation des SAUP pour des cas « non urgents » le Dr Perret et son équipe ont réalisé une enquête qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs et de questionnaires aux parents afin de comprendre l'expérience et les besoins des familles usagères des SAUP. Il ressort de ce travail qu'un nombre important de réadmission pourrait être évité en améliorant la qualité de l'information aux parents à la première consultation. En dehors de l'indisponibilité du pédiatre en ville, l'accent est mis sur l'angoisse et le vécu émotionnel des parents face à la maladie de leur enfant (50). L'étude qualitative du Dr Canévet à La Roche-sur-Yon a été réalisée auprès de parents ayant consulté aux SAUP pour des enfants qui n'ont eu besoin que d'une simple consultation afin d'identifier une certaine typologie de recours. C'est le niveau d'inquiétude parentale et le caractère inhabituel des symptômes qui ont poussé les parents à consulter. Des facteurs déjà identifiés précédemment ont été retrouvés tels que la recherche privilégiée d'une expertise médicale de pointe mais aussi la diminution chez les parents de la confiance en leur propre compétence parentale (51).

- Cas particulier de la **gériatrie** :

Au 1^{er} janvier 2020, en France, 21% de la population avait plus de 65 ans. Pour la DREES, en 2013 et un jour donné, les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient **12% des passages** (dont la moitié était représentée par des patients de plus de 85ans). Malgré ce chiffre relativement faible, **plus de la moitié de ces passages sera suivie d'une hospitalisation (56%)**. Le temps d'attente est particulièrement long pour cette population (> 8heures d'attente dans 23% des cas contre seulement 10% chez les moins de 75ans) et la question de la mortalité associée au temps d'attente sur un brancard se pose. Ces patients, souvent bien intégrés dans le système de soins, ont pour la plupart entrepris des démarches dans les 24heures qui précèdent l'hospitalisation auprès de leur médecin traitant (80% des cas). Il est intéressant de noter que parmi les patients non hospitalisés au décours, dans le groupe des lésions sans gravités, 97% provenaient du domicile et aurait probablement pu bénéficier de la visite d'un médecin. **En effet, la grande majorité des passages de patients âgés (80%) a lieu en journée entre 8 et 20heures** (52–54).

2. L'adéquation du recours aux services d'urgences

James Gill expliquait en 1994 que la question de l'adéquation d'un passage aux urgences diffère profondément en fonction de l'interrogé : les médecins considèrent qu'ils devraient recevoir des pathologies graves dont la prise en charge est urgente alors que les patients considèrent les urgences comme une ressource de soins primaires plus commode que le système classique (horaires extensives, facilité d'acheminement). Il précisait aussi que les études antérieures étaient non conclusives pour définir ce qui était du ressort des urgences ou pas en raison d'une forte variabilité selon les séries (9). **Le politique et l'administratif cherchent à utiliser au mieux les ressources disponibles, à moindre coût.** A titre d'exemple, la cour des comptes en 2019 estimait que les dépenses liées aux passages dans les SAU représentaient plus de 13 milliards d'euros (17% du budget de l'assurance maladie pour l'hôpital) et qu'une partie de ces dépenses n'étaient pas justifiées (35).

Sur le plan **médical**, l'enjeu est l'orientation correcte des SNP vers les médecins généralistes et des soins urgents vers les médecins urgentistes. Ces deux spécialités dorénavant individualisées sont des disciplines polyvalentes, accueillant le « tout-venant » et une grande variété de motifs de recours. La frontière entre ce qui relève de l'une ou de l'autre est mal définie. La formation spécifique en médecine d'urgence est aujourd'hui centrée sur la prise en charge des pathologies graves, avec un risque vital ou fonctionnel avéré. La formation spécifique en médecine générale est tournée vers le patient dans sa globalité, le suivi au long terme, la prévention et la prise en charge des pathologies les plus fréquentes. Le Dr Grall dans son rapport (5) proposait une vision intéressante de cette problématique en expliquant que **les modes de raisonnement des médecins urgentistes sont inadaptés à la prise en charge des SNP.** Il mettait en avant que la formation à l'urgence poussait le médecin urgentiste à réaliser des examens complémentaires à la recherche des pathologies les plus graves par rapport au médecin généraliste pour les mêmes motifs de recours. Une autre problématique qu'il mettait en avant était celle de l'attrait de l'activité aux urgences, qui ne correspond pas à l'activité que l'urgentiste a choisi ni pour laquelle il a été formé. Ce problème d'attrait auquel s'ajoute la surcharge chronique des services pourrait être à l'origine d'un désintérêt pour la spécialité et d'une fuite des personnels, problématique qui est déjà plus que d'actualité.

Dans ce même rapport, le Dr Grall rappelle que la **proportion des urgences graves en France est d'environ 10% et reste stable dans le temps** (5). Une étude Suédoise qui observait un jour donné, tous les passages aux urgences adultes du pays (sur le même principe que celle de la

DREES) retrouvait **4% d'urgences immédiates, 18% de situations très urgentes** et 47% de situations urgentes (55). Aux Etats-Unis, en 2018, c'est seulement 14% des passages aux urgences qui étaient suivis par une hospitalisation⁴.

En 2013 selon la DREES, **43% des passages relèveraient de la médecine de ville, dont 29% auraient pu être pris en charge sans aucun plateau technique** (37). Cette méthodologie d'étude transversale observationnelle est cependant largement critiquable dans le domaine des recours aux soins qui est soumis à de fortes variabilités selon les périodes. L'observatoire régional des urgences (ORU) d'Occitanie présente des chiffres qui recouvrent toute l'année 2022 et tous les services de la région. Les chiffres concernant les catégories d'utilisateurs présentés à la partie précédente sont globalement superposables. Le point d'attention concerne les cotations de la gravité des passages⁵ : **il y avait 14% de patients dont l'état a été jugé stable et qui n'ont pas eu d'examen complémentaires (CCMU 1) et seulement 2% des passages concernaient des patients avec un pronostic vital engagé (CCMU 4 et 5). Enfin, près de 80% des passages se soldaient par un retour à domicile** (56). Si nous considérons qu'un recours inapproprié est un passage qui aurait pu être pris en charge en médecine de ville, Naouri et son équipe ont retrouvé **un taux de recours inapproprié entre 13,5 et 27,4%** selon la méthode utilisée, ce qui concorde avec les chiffres de l'ORU. Cet article souligne la notion de détresse ressentie dans un contexte de précarité qui peut conduire aux urgences faute d'autres solutions mais discute de la mise en place dans plusieurs pays de consultations en soins primaires à horaires élargies qui n'ont pas montré leur efficacité sur la surcharge des SAU (57). L'étude intitulée « ED patients : How nonurgent are they ? » a fait une revue de littérature sur le sujet et conclut que **la proportion de visites « non urgentes » varie entre 5 et 90% selon les méthodes utilisées**. La problématique reste l'éventualité de refuser un patient ou de le réorienter, avant avis médical voir paramédical, en ayant sous-évalué une pathologie potentiellement évolutive. La discussion de cette revue met l'accent sur la difficulté, une nouvelle fois, à bien définir les choses. L'auteur propose de réfléchir à la prévalence des situations qui mettent en jeu le pronostic vital (qu'il estime de l'ordre de 15%) et conclut que « réduire l'activité des urgences aux seules urgences vitales serait inefficace et pourrait conduire à la fermeture de ces services » (58).

⁴ D'après l'Agence pour la santé, la recherche et la qualité – Most frequent principal diagnoses in US Hospital, 2018 - <https://hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb277-Top-Reasons-Hospital-Stays-2018.pdf>

⁵ Classification Clinique des Malades des Urgences (allant du moins au plus grave de 1 à 5)

Une grande partie des SAU actuels ont mis en place une filière dite « courte » ou encore « ambulatoire », dédiée à la prise en charge rapide de patients non urgents. Cette filière a su montrer son efficacité pour l'amélioration du délais d'accès à un médecin pour un cas grave ou pour le nombre total de patient pris en charge dans un service (59). **Cette volonté de gestion de tous les patients qui se présentent est la preuve de l'ambivalence de la médecine d'urgence actuelle.** La question est celle du temps médical dédié à une filière non urgente, par un médecin urgentiste (dans un contexte de pénurie) au détriment d'un poste qui ne pourrait potentiellement pas être assuré par un autre professionnel (SAMU-SMUR-SAUV). Cette filière « courte » pourrait se recentrer vers ce qui est du ressort de l'urgence, comme la traumatologie non vitale, où le médecin urgentiste a une véritable expertise. Le professeur en sociologie Bernard Valade disait dans son article sur l'urgence médicale que « la mise en place d'une médecine préhospitalière a permis de mettre en continuité le monde hospitalier et le médecin de famille par une troisième voie, celle de l'urgence. Depuis 'aller aux urgences' est devenu une démarche répandue, provoquant la banalisation d'un recours et le glissement de la temporalité de l'immédiateté vers une attente consentie » (60).

A) Etats des lieux en médecine générale :

La médecine ambulatoire se trouve en première ligne dans la réponse aux SNP. Outre une crise démographique majeure, la profession lutte pour une revalorisation de la tarification des actes, pour une plus grande liberté de moyens et surtout pour une décharge administrative afin de « dégager du temps médical ». Fin 2022, plus de 6 millions de français n'avaient pas de médecin traitant et, parmi eux, plus de 700 000 étaient en affection longue durée (61). Malgré tout, **la médecine libérale prend en charge la grande majorité des demandes de SNP**. En 2004 on estimait à 35 millions le nombre de SNP pris en charge en médecine de ville ce qui représente environ 12% du total des consultations de médecine générale (62). L'observatoire régional de santé des Pays de la Loire propose une revue de littérature sur le sujet qui retrouve des résultats « très disparates » en fonction des régions. **La conclusion de ce travail souligne l'absence de données objectives disponibles en 2018 sur ces recours et sur les modalités d'organisation face aux demandes de SNP** (63). Quelques données récentes peuvent tout de même être mises en avant :

- Dans une étude transversale descriptive menée auprès de 102 médecins girondins, les auteurs constataient qu'en première intention **les médecins généralistes avaient des créneaux dédiés (66% des médecins interrogés), acceptaient des patients sur leur temps de pause (11%) ou en fin de plage de consultation (10%)**. En deuxième intention ils privilégiaient les temps de pause (30%) et la fin de journée (16%). L'orientation vers les SAU se faisait dans 10% des cas en 2nde intention (64).
- La DREES estime **que plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisaient quotidiennement** pour prendre en charge des SNP pour le jour même ou le lendemain par le biais de plages de consultations sans rendez-vous par exemple (45%). Au moins la moitié des cabinets, souvent composés de plusieurs praticiens, proposait une réponse à la demande de SNP en permanence (65).
- L'URPS médecins libéraux d'Île de France rapporte qu'en 2020, **les médecins libéraux répondent aux SNP avec en moyenne 3 à 6 actes par jour**. Les motifs de consultations sont principalement infectieux (89%) et sont concentrés entre 8 et 10 heures le matin (55%).

Plus de la moitié des médecins interrogés indiquaient allonger la plage de consultation en période épidémique (66).

- Le député Thomas Mesnier, en 2018, présentait un rapport sur l'organisation des SNP dans les territoires. Ce travail était consacré aux SNP en dehors des horaires de permanence de soins : entre 8 et 20 heures et le samedi matin. Il constatait que la demande de soins ambulatoire ne trouvait pas toujours de réponse : 55% des personnes éprouvaient des difficultés à obtenir un rendez-vous médical et 14% des patients déclaraient avoir essuyé un refus sous prétexte que le praticien qu'ils avaient contacté refusait les nouveaux patients (67). Dans la suite de ce rapport, le Dr Mesnier fait le point sur les différentes options qui existe à l'heure actuelle et sur les perspectives qu'elles offrent.

B) Solutions de recours et perspectives de développement :

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été introduites depuis 2008 et fonctionnent sur le modèle d'un regroupement de professionnels de santé de premier recours ayant une volonté de mettre en place un exercice coordonné au sein d'une même structure. Elles ne sont pas tenues de proposer une activité en rapport avec des SNP mais sont incitées financièrement à le faire dans le cadre d'accords conventionnels avec la sécurité sociale. Le rapport Mesnier cite des exemples de MSP qui se sont organisées pour répondre aux demandes de SNP via des créneaux dédiées, plusieurs médecins assurant ces consultations avec un roulement prédéfini et une gestion administrative des demandes par un secrétariat médical renforcé et formé à la gestion des demandes. La collaboration entre plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que l'élaboration de protocoles communs permet une fluidification des prises en charge via une délégation de tâches dans le respect du domaine de compétence de chacun des acteurs. Les MSP ont vocation à prendre en charge un bassin de population et pas uniquement la patientèle des médecins y travaillant. Dans certaines MSP il est mis en place une gestion des SNP avec une « salle d'urgence » permettant de répondre aux problématiques de soins nécessitant un geste simple (suture) ou l'attente d'une équipe spécialisée (SMUR). Le Dr Blondel, dans son travail de thèse, a mené une étude observationnelle, quantitative, via un questionnaire standardisé et anonymisé, adressé à la patientèle de 3 MSP pour un total de 199 réponses. La très grande majorité (92.5%) des patients se disaient satisfaits de la gestion des SNP au sein des MSP avec une réponse apportée jugée satisfaisante dans 96% des cas (68). On compte fin 2022, en France, plus de 2200 MSP. Ce nombre est en constante augmentation pour un objectif affiché à 4000 MSP sur le territoire (69).

Les centres de santé (CS) sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et parfois de second recours à la demande d'un médecin. Ils sont impliqués dans des activités de prévention, de diagnostic et de soins au sein du centre ou à domicile. Il existe plusieurs types de centres en fonction de la présence ou non d'un médecin, d'auxiliaires médicaux, d'infirmiers... Ces CS signent des partenariats pour la réalisation d'examen de biologie ou de radiologie. Ils peuvent développer des liens privilégiés avec les établissements de santé de proximité afin de faciliter le parcours des patients. Depuis 2015 et l'accord national des centres de santé, il existe une rémunération forfaitaire spécifique avec certains critères comme la nécessité d'organiser la structure afin que chaque jour ouvré les patients ayant besoin de SNP puissent être reçus par un praticien. D'après le ministère, on compte en 2023 plus de 2500 CS (70). Les **centres de soins non programmés (CSNP)** sont une déclinaison des CS et se définissent comme des « structures intermédiaires entre la médecine générale et les services d'urgences qui permettent la prise en charge de pathologies nécessitant un plateau technique minimum et en capacité de réaliser certains actes élémentaires comme des sutures ou une immobilisation ». Nous comptons, début 2023, 43 centres recensés par la fédération française des CSNP. Ces structures sont régies par une charte et, selon la présidente de la fédération, une labellisation officielle est discutée au niveau du ministère de la santé (65,66).

Les maisons médicales de garde (MMG) sont des lieux fixes, identifiés pour fonctionner comme des cabinets de médecine générale aux horaires de permanence des soins. En somme les MMG correspondent à des « cabinets de garde ». L'objectif de structurer les gardes de médecine ambulatoire est de créer une dynamique de mobilisation des praticiens en diminuant la fréquence des tours de gardes et de promouvoir l'exercice en réseau avec une activité plus importante. Créées en 2001, on dénombrait 451 MMG en 2018. Les mesures 2 et 3 du pacte de refondation des urgences concernent les maisons médicales et proposent de généraliser la présence de ces dispositifs à proximité des services d'urgences en plus d'y systématiser le tiers payant. La population ciblée par ces mesures est celle qui consulte aux urgences dans l'idée d'obtenir un simple certificat, un examen complémentaire assortie d'une consultation mais aussi la part de la population, inquiète, qui peut bénéficier d'une réorientation vers le circuit des urgences si la situation le nécessite. L'accès à ces dispositifs peut être libre pour les patients ou régulé par la filière générale (PDSA) de la régulation.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été créées en 1998 et avaient pour objectif de lutter contre les exclusions en structurant le parcours de soins des patients les plus précaires afin d'éviter un renoncement aux soins. Il existait en 2018 : 311 PASS généralistes dont 64 mobiles et 56 PASS spécialisées dont 36 psychiatriques. Une des activités de ces centres est de faciliter l'ouverture de droits à la sécurité sociale. Les PASS gagneraient à être connues, identifiées et fléchées au sein des établissements de santé. Leur rôle est sous-identifié contrairement aux SAU où la population, même précaire, sait qu'elle peut trouver une réponse permanente. Les PASS proposent des soins ambulatoires, l'accès à un plateau technique et un suivi personnalisé. Elles sont cependant peu dotées en matière d'effectif et de financement, étant souvent une unité fonctionnelle annexe d'un autre service. L'articulation entre ces structures avec la médecine de ville et les SAU est un enjeu pour la prise en charge des patients en situation précaire. L'évolution de ces structures fait l'objet d'une partie dédiée dans le pacte de refondation des urgences⁶.

Au-delà des multiples types de centres que nous venons d'énumérer de manière non exhaustive, il convient d'envisager le problème du point de vue du patient et donc de prendre en compte la visibilité et la lisibilité des différentes options qui s'offrent à lui. Actuellement l'offre de soins est particulièrement hétérogène sur le territoire. Les patients peinent à s'orienter efficacement dans le système une fois passé l'échelon du médecin traitant. **Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** qui se développent depuis 2016 sont des regroupements de professionnels volontaires qui s'organisent pour structurer l'offre de soins au niveau d'un territoire et non plus d'une patientèle. Les objectifs affichés comprenaient notamment l'accès au médecin traitant et la prise en charge des SNP dans un délai raisonnable, la mise en place de parcours de soins et leur fluidification, l'accompagnement des professionnels et le développement de l'exercice en collaboration. Les CPTS sont des dispositifs de structuration et d'organisation des soins, ce ne sont pas des effecteurs directs. Ces collaborations et l'identification des professionnels au sein d'une communauté doivent répondre à la logique d'une prise en charge coordonnée ambulatoire pluriprofessionnelle. Prenons l'exemple de la consultation pour douleur abdominale en cabinet de médecine générale qui sera orienté rapidement vers un laboratoire d'analyses médicales et une consultation d'échographie d'un professionnel connu et identifié dans la CPTS plutôt que vers un SAU. Le développement du partenariat entre la ville et l'hôpital a aussi une place importante dans le

⁶ Pacte de refondation des urgences (15) : p. 193 – 203.

dispositif avec la possibilité d'identifier des services spécialisés « supports » qui proposeraient une télé-expertise ou un partenariat dans l'optique de filiariser les prises en charge dès le cabinet. Ce type de partenariat permettrait de promouvoir les hospitalisations directes, si nécessaire, pour certains patients chroniques ou fragiles. Les CPTS sont financées par l'assurance maladie et pilotées par les professionnels de terrain en lien avec les ARS. Le rapport « tour de France des CPTS » publié en juin 2023 souligne que le dispositif progresse et semble déjà être porteur d'avenir en structurant l'offre de soins de proximité autour des besoins territoriaux. La couverture territoriale était de 68% de la population fin 2022 avec 756 CPTS en activité (73,74).

Afin de concrétiser cette volonté d'améliorer la lisibilité de l'offre de soins et de faciliter l'orientation du patient dans le système de santé, un nouveau dispositif a été proposé en 2019 : le service d'accès aux soins (SAS). Ce dispositif a été pensé pour répertorier toutes les ressources vues précédemment au sein d'un territoire (à l'échelon départemental) et les mettre à disposition du patient ne justifiant pas d'une prise en charge au SAU.

III. LE SERVICE D'ACCES AUX SOINS : RATIONNEL ET PERSPECTIVES :

1. Présentation du service d'accès aux soins

A. Mise en place et principes généraux (15,75,76) :

Le pacte de refondation des urgences a été le fruit d'un rapport réalisé par le Pr Pierre Carli et le Dr Thomas Mesnier à la demande de l'ancienne ministre de la santé, Agnès Buzyn. Ce rapport devait produire un état des lieux complet de la situation des urgences en France et des propositions pour améliorer durablement le parcours de soins et les conditions de travail des personnels soignants. Dans son discours de présentation, Mme Buzyn insistait sur la difficulté des patients à s'orienter au sein du système de santé en évoquant « la perte de la figure rassurante du médecin de famille, qui était joignable à toute heure du jour et de la nuit » comme pilier de premier recours, et, de fait, « l'errance médicale qui s'accroît et les urgences qui apparaissent pour beaucoup comme le seul recours ». Aujourd'hui les SAU sont encore souvent la porte d'entrée de l'hôpital, voire du système de santé tout entier, aussi parce que cet « usage est devenu la règle au fur et à mesure des années » (77). La première des douze mesures issues du pacte de refondation des urgences 2019 introduit le SAS qui a pour vocation de devenir « le garant collectif du bon fonctionnement de l'offre de soins dans chaque territoire ». Ce dispositif s'est déployé progressivement depuis la création des premiers sites pilotes en 2020 puis son inscription dans le code de santé publique le 28 Avril 2021 (78). En avril 2022 la DGOS et le ministère de la santé annonçaient officiellement la généralisation au niveau national du dispositif.

La loi HPST de 2009 actait le rapprochement entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. La définition de niveaux d'urgences (urgences vitales, soins non programmés, soins programmés) a permis d'orienter la réflexion sur le parcours de santé des citoyens en réaménageant l'offre de soins primaires. De nouvelles organisations comme les MMG et les CSNP ont été mises en place en soutien aux médecins généralistes. La loi de 2016 sur la modernisation du système de santé a acté que l'échelon territorial devait être favorisé en matière d'accès aux soins. Les CPTS, en ce sens, doivent devenir les piliers de cette organisation territoriale. Le SAS a été pensé en suivant cette logique de lier les acteurs territoriaux de santé, en recentrant le dispositif sur le patient, c'est-à-dire en offrant la possibilité à tout citoyen de pouvoir solliciter un interlocuteur unique, via un numéro dédié (le 15), pour répondre à une

problématique qui concerne sa santé : « Quand on n'a pas trouvé de solution sur son territoire, ou quand on est loin de chez soi et qu'on ne connaît pas les solutions disponibles à proximité, appeler le 15 doit devenir le nouveau réflexe des français pour connaître la réponse la plus adaptée à leur besoin de santé » (79).

Le SAS est un service universel, accessible à tous sur le territoire français, quel que soit le lieu d'appel, il fonctionne sur le principe du guichet unique. Il se construit sur les fondations des actuels CRRA des SAMU-centres 15 de chaque territoire et restera ancré dans la tradition française de la régulation préhospitalière médicalisée. L'évolution des SAMU vers des SAS doit permettre à chacun d'accéder, d'une part à des soins urgents mais aussi, innovation majeure, aux SNP qui nécessitent une prise en charge dans les 48 heures. Le SAS doit s'insérer à l'interface entre la ville et l'hôpital, en complémentarité de l'offre de soins ambulatoire. Il n'a pas vocation à se substituer aux groupements et aux associations de gestion des soins ambulatoires, il se veut être un échelon supplémentaire mobilisable à tout moment et pour tout patient qui n'aurait pas trouvé une solution à son besoin de santé par ses propres moyens. Il repose sur deux volets distincts mais interconnectés :

- 1) L'aide médicale urgente : régulation de médecine d'urgence pour toute demande de secours impliquant une détresse importante, un risque pour le pronostic vital ou fonctionnel ;
- 2) La filière ambulatoire, dite « régulation de médecine générale », pour les demandes de soins non programmés. Ceux-ci peuvent être caractérisés, en pratique, comme des demandes de conseils médicaux, l'évaluation d'un délai éventuel de consultation, la difficulté à trouver une réponse locale à une problématique de santé. Cette branche doit permettre à l'utilisateur qui a d'abord tenté de trouver une réponse auprès de son médecin traitant ou de filières locales (telles que des centres de soins de proximité) de solliciter, en dernier recours, le SAS pour accéder à une prise en charge adéquate.

L'association de ces deux volets permet à l'appelant de surseoir à l'auto-évaluation de la gravité d'une problématique concernant sa santé. L'objectif est d'assurer à tout-un-chacun l'adaptation d'une réponse sanitaire selon gravité de la situation. La première réponse téléphonique est assurée par un interlocuteur commun (ARM de niveau 1 : N1), chargé d'évaluer la teneur de la demande et d'orienter vers l'un ou l'autre de ces volets. La réponse apportée s'échelonne entre

une orientation vers une structure, un conseil médical, un envoi de moyen(s) de secours (ambulance, sapeurs-pompiers, unité mobile hospitalière).

La nouveauté de ce dispositif réside principalement dans cette première réponse commune et dans l'organisation de la filière ambulatoire qui permettra, à terme, une orientation ou une prise de rendez-vous pour une consultation de ville dans les 48 heures si nécessaire. Cette orientation a été pensée pour être la plus inclusive possible et ne pas concerner les seuls médecins généralistes mais aussi les spécialistes libéraux, les corps de métiers paramédicaux, les chirurgiens-dentistes... Il est prévu qu'à l'avenir, plusieurs autres volets spécialisés se développent en parallèle de ces deux branches centrales, à savoir, une régulation des problématiques psychiatriques, une régulation de la filière périnatalité, une régulation psychosociale, une régulation gériatrique...

L'annexe 3 de la circulaire de la DGOS du 24 Juillet 2020 (Figure 4 - 77) reprend schématiquement l'organisation du SAS du point de vue du patient, de manière simplifiée, ce qui permet d'appréhender de façon visuelle le dispositif.

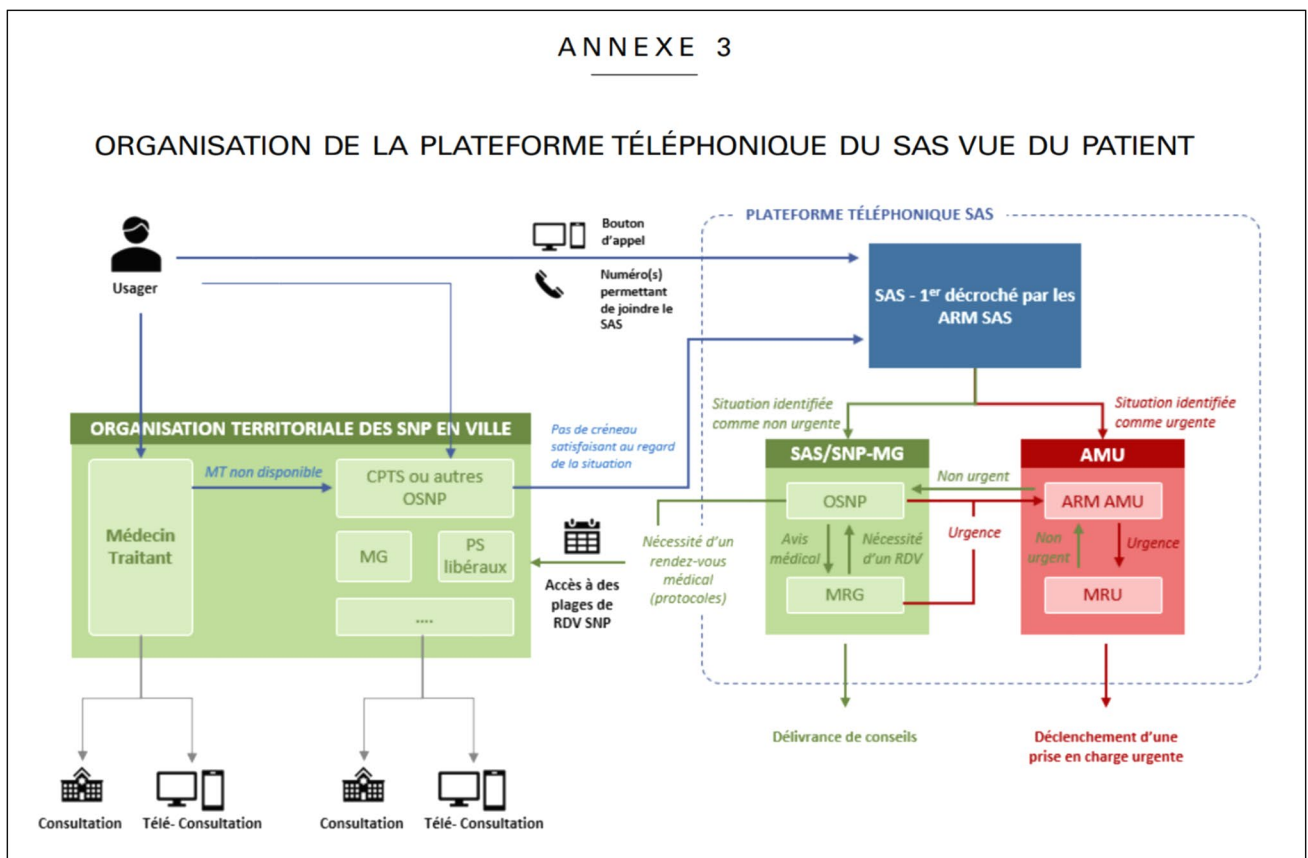


Figure 4 : Circulaire DGOS du 24 Juillet 2020 - Annexe 3.

ARM : Assistant de régulation médicale ; SNP – MG : Soins non programmés – Médecine générale ; AMU : aide médicale urgente ; OSNP : opérateurs de soins non programmés ; MRG : médecin régulateur généraliste ; MRU : médecin régulateur urgentiste ; PS : professionnels de santé.

A l'origine, le SAS devait aussi être accessible via une plateforme « self-care » pour le patient. Celle-ci devait permettre d'enregistrer certaines données (médecins traitants ou spécialistes référents), de géolocaliser l'offre de soins de proximité (CPTS – pharmacies – maisons médicales...). Associée à une application mobile, la plateforme devait permettre d'avoir accès à un catalogue de ressources avec les disponibilités de rendez-vous en temps réel (type Doctolib) pour identifier rapidement les professionnels à même d'apporter une réponse cohérente selon la demande. L'application devait contenir certaines 'fiches pratiques' type – conduite à tenir en cas d'urgence ressentie – avec notamment des gestes simples pour les problèmes bénins et une éducation à la santé. Cette plateforme patient a été abandonnée pour l'heure, comme l'indique la circulaire DGOS portant sur la généralisation du SAS.

Une plateforme existe bel et bien mais est réservée aux professionnels de santé (81). Elle intègre trois volets : un volet organisationnel, un volet conventionnel et un volet de pilotage d'activité. Nous ne décrivons ici que le premier, organisationnel, qui permet de présenter l'offre de soins non programmés sur un territoire et de faciliter la prise de rendez-vous dans un délai de 48 heures. Ce volet repose sur un annuaire de l'offre de soins avec un agrégateur de disponibilités pour les professionnels. Les effecteurs peuvent renseigner leurs disponibilités pour des rendez-vous non programmés. Ces rendez-vous ne sont pas exclusifs au SAS, ils restent visibles et accessibles via les plateformes grand public. L'objectif phare qui est affiché pour cette plateforme est de recenser l'ensemble des créneaux de soins non programmés disponibles sur un territoire à un instant donné, avec une évolution en temps réel.

Encadré 2 : Principes et objectifs du service d'accès aux soins. (15,75,82,83)

Principes :

- ✓ Service universel avec pour ambition de lutter contre les inégalités sociales et territoriales dans l'accès à la santé.
- ✓ Fondé sur le principe de régulation médicale avec un partenariat étroit et équilibré entre la médecine générale et les professionnels de l'urgence hospitalière.
- ✓ Numéro d'appel unique avec un accueil commun puis une filiarisation pour les appels d'urgences et une autre pour les demandes concernant les soins non programmés.

Objectifs :

- ✓ Répondre à la demande de soins des patients à l'échelle des bassins de vie en structurant l'offre de soins territoriale, y compris dans les déserts médicaux.
- ✓ Trouver une alternative au recours de la population aux services d'urgences par défaut, faute d'alternative.
- ✓ Renforcer l'organisation et l'articulation de l'offre de santé du service public pour améliorer l'égalité d'accès aux soins.
- ✓ Informer la population sur le bon usage des soins et mettre en avant la prévention.

B. Fonctionnement du SAS et trajet de l'appel :

Certains départements sont dotés de numéros spécifiques pour l'organisation de la permanence des soins ambulatoires dont l'exemple type est celui du 116-117. Ces numéros n'ont pas vocation à disparaître dans l'immédiat mais vont probablement à l'encontre de la volonté de simplification de l'accès au système par l'instauration d'un numéro unique santé. L'accès au SAS repose, comme expliqué précédemment, sur un numéro universel comme point d'entrée du guichet unique au niveau national. La question du numéro unique en santé a fait l'objet de nombreuses controverses au fil des années centrées sur la problématique d'unir ou non les numéros de sécurité (police via le 17), de santé (SAMU via le 15) et de secours (sapeurs-pompier via le 18). L'enjeu d'un numéro commun en santé pour joindre le SAS répond à un objectif de convergence ville-hôpital pour apporter la juste réponse à un besoin de soins réel, urgent ou non programmé. Un article de mise au point sur le sujet, paru dans les annales françaises de médecine d'urgence en 2021, fait l'état de la singularité des appels en santé et de la nécessité d'une gestion spécialisée (84). L'essentiel des appels au SAMU concerne des motifs médicaux dont la gravité s'échelonne entre le bénin et le risque vital ou fonctionnel : l'appréciation de cette gravité est incertaine et rend la régulation particulièrement complexe.

L'objectif d'une régulation médicale est d'assurer la meilleure réponse possible pour le patient tout en participant à la soutenabilité du système dans sa globalité, avec une juste gestion des moyens, dans un système où les ressources ne sont pas extensives. Cet article prend aussi l'exemple du Royaume-Uni et de son système basé sur le '999' pour l'urgence vitale et sur le '111' pour l'appel non urgent. L'auteur souligne l'augmentation du nombre total d'appels aux 2 numéros ayant abouti à une saturation globale du système avec un engorgement des ressources, particulièrement pendant la période pandémique de coronavirus. La médicalisation du numéro d'appel santé, dans une logique d'adaptation de l'effectif a été testée par une équipe Américaine, au cours d'une étude prospective type avant – après. Ce travail concluait à une meilleure utilisation des ressources disponibles sans pour autant augmenter le taux de sous-triage ni altérer la sécurité du patient (85).

Le fonctionnement du SAS a été construit selon un modèle de décroché « bi-niveaux ». Cette organisation contribue à maximiser l'efficacité opérationnelle du SAS en diminuant le temps d'attente pour le premier décroché, en particulier en cas d'activité soutenue. La justification et la pertinence de ce mode de fonctionnement ont été largement développées par la mission MARCUS (86) et éprouvées pendant les vagues successives de coronavirus (25). Cette organisation vise à répondre aux objectifs fixés par les recommandations de la HAS concernant la qualité en régulation dans les SAMU (87) stipulant que 99% des appels doivent être décrochés dans les 30 premières secondes. L'appel suit le cheminement suivant (Figure 5):

- Le premier niveau de décroché de l'appel, aussi appelé « front office » est assuré par un assistant de régulation médicale de niveau 1 (ARM N1). Celui-ci est chargé de l'accueil et de la qualification de l'appel. Deux informations sont absolument nécessaires d'emblée : le nom et le numéro de téléphone de l'appelant. Ce premier contact doit être rapide et permettre d'identifier au plus tôt une urgence médicale et d'optimiser son orientation. Dans le cadre classique d'une demande en santé, l'appel est qualifié par un motif auquel est assorti un degré d'urgence. L'ARM N1 choisit l'une des filières ambulatoire ou urgente et transfère l'appel vers le second niveau.
- Ce second niveau de décroché, aussi appelé le « back-office » consiste à apporter une réponse à la demande dans la filière appropriée. Cette réponse peut être assurée par différents professionnels selon l'orientation vers l'une des deux filières « socles » : la filière de médecine générale ou la filière de l'aide médicale urgente. Ces deux filières sont indispensables et nécessaires à la création d'un SAS.

- La filière de l'aide médicale urgente nécessite la présence d'un ARM dédié (ARM N2 ou ARM AMU) et au minimum d'un médecin urgentiste 24heures/24. Elle est calquée sur l'organisation actuelle des CRRA-15. Une particularité notable de cette filière est le cas de l'urgence vitale immédiate, repérée par l'ARM N1 : dans ce cas spécifique l'ARM de front office prendra la fonction d'ARM N2 de la filière AMU pour promulguer les premières consignes à l'appelant, il devra rester en ligne jusqu'à disponibilité du médecin régulateur urgentiste qui prendra l'appel. Dans les autres cas l'ARM N1 transfère l'appel au N2 qui sera, in fine, régulé par le médecin urgentiste.
- La filière ambulatoire ou filière de médecine générale nécessite la présence d'opérateurs de soins non programmés (OSNP) et d'au moins un médecin généraliste. Ce médecin peut être présent ou connecté à distance au système informatique du centre de régulation. Le médecin généraliste régulateur se charge de la prise en charge des appels catégorisés comme non prioritaires par l'ARM N1, c'est à dire ne nécessitant pas de régulation hospitalière et pouvant être différé. Le régulateur généraliste a les mêmes prérogatives que l'urgentiste sur l'envoi de moyens de secours, médicalisés ou non, après son acte de régulation. L'OSNP viendra en appui du médecin généraliste et sera chargé d'assurer les tâches nécessaires à la régulation médicale comme la prise d'informations administratives. Il devra communiquer certaines informations au patient, détailler les premiers conseils du médecin généraliste et, sur demande du régulateur, pourra procéder à une prise de rendez-vous sur la plateforme numérique SAS. L'organisation de la filière ambulatoire n'est pas figée, certains centres ont fait le choix d'une régulation systématique par le médecin généraliste avant d'accéder à l'OSNP, y compris dans le cadre d'une simple demande de rendez-vous. D'autres centres ont opté pour la possibilité d'un transfert immédiat de certains appels de l'ARM N1 à l'OSNP.

Il en va de même pour les filières spécialisées, certaines pourraient être accessibles d'emblée après le Front-office (exemple d'un appel d'EHPAD pour la filière gériatrique) ou être accessible après régulation médicale dans un troisième niveau, comme prise en charge spécialisée.

- Outre les filières socles du SAS, un troisième niveau peut être décrit avec la mise en place de filières spécifiques (ou complémentaires) que nous venons d'évoquer et que nous détaillerons dans la partie suivante.

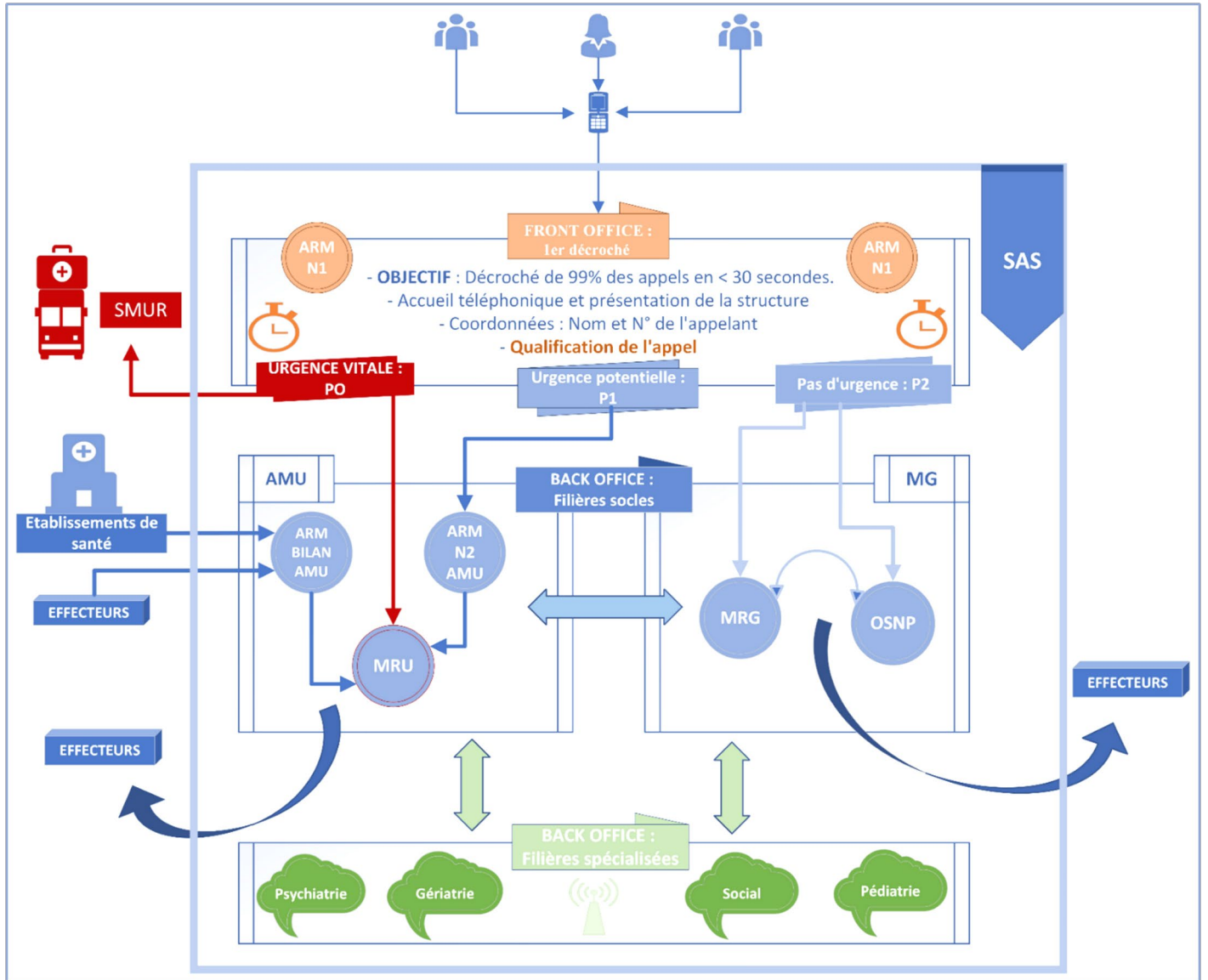


Figure 5 : Fonctionnement interne du SAS et cheminement de l'appel.

Au terme de l'appel, le requérant est informé de l'option qui a été jugée comme étant la plus adaptée à sa situation, il accepte le « contrat tacite » passé avec le médecin régulateur. Si un moyen de secours est engagé auprès du patient, celui-ci devra passer un bilan de situation au SAS à son arrivée. Ici se pose la question, déjà épineuse, de la priorité des appels et de l'accès direct aux centres de régulation :

- Dans sa version originale, le SAS donne la priorité aux primo-appelants, ceux qui n'ont pas encore eu d'interlocuteurs pour l'accès au front office. Ainsi, il faut prendre en compte que les appels qui ont été décrochés par d'autres services (comme le 18 ou le 112) ou les appels pour bilan d'effecteurs pourraient s'accumuler dans la file d'attente du guichet unique. Cette accumulation représenterait alors un risque d'augmentation du temps d'attente et irait à l'encontre des objectifs de qualité cités précédemment.
- Il a été prévu de développer un accès direct des effecteurs de terrain à la filière AMU avec un professionnel attaché à la prise de ces bilans et un accès dédié. Ce projet devrait participer à fluidifier les interventions des effecteurs et l'orientation des patients en diminuant les temps d'attente sur le terrain. Dans une volonté de simplification, les bilans les moins graves ou les bilans non spécifiques, c'est-à-dire n'allant pas à l'encontre de la décision de régulation initiale, ne seraient pas régulés par les médecins. Cette solution permettrait une meilleure utilisation du temps médical sur des tâches potentiellement chronophages ou porteuses de risques. Les appels transférés par les autres services de secours suivraient un trajet similaire mais seraient orientés vers l'ARM N2 de la filière AMU sans passer par le front-office.

2. Généralisation du SAS : où en sommes-nous ?

A. Généralisation du dispositif :



Figure 6 : Chronologie de la mise en place du service d'accès aux soins.

La figure 6 présente l'évolution du SAS depuis sa conception jusqu'à sa généralisation. Le dossier de presse intitulé « généralisation du Service d'accès aux soins (SAS) » paru le 26 avril 2023 fait le point officiel sur la situation du dispositif (79). Il faisait état de la couverture de plus de la moitié de la population française avec 31 centres fonctionnels à cette date. Une mission d'accompagnement a été déployée pour accompagner les projets naissants et poursuivre la dynamique dans les territoires restant. Un des obstacles majeurs à la généralisation du SAS est représenté par la problématique persistante dans le domaine de la santé des ressources humaines. Les professionnels exerçant dans ces services sont multiples : assistants de régulation, médecins libéraux, médecins hospitaliers, superviseur, cadre de santé... Le manque d'attrait actuel du service public hospitalier, en grande partie déjà secondaire au manque de personnel, entraîne un désengagement de ces professionnels. La grève du 3 juillet 2023 en a été une illustration récente avec plus de la moitié du personnel médical hospitalier déclaré gréviste selon l'intersyndicale INPH. Le CNG publiait ce même jour les chiffres en rapport avec le recrutement des praticiens hospitaliers : en 2023, le nombre de candidature a continué de chuter par rapport aux autres années pour atteindre les 3364 demandes, et ce malgré un nombre de poste vacant qui dépasse les 10 000 (88). Les urgentistes sont, de fait, particulièrement concernés par cette problématique. Le dossier de presse nous rappelle la situation particulière du manque d'effectifs en ARM et de la volonté d'accroître les volumes de

formation. Le mode de fonctionnement du SAS en bi-niveaux entraîne une augmentation du nombre de tâches des ARM et il était estimé, dans le pacte de refondation des urgences, qu'une augmentation du nombre d'assistant d'environ 30% serait nécessaire pour répondre pleinement aux objectifs affichés. Dans le rapport d'évaluation des mesures flash de l'été 2022 (89) l'effectif cible d'ARM est de 3000 temps plein pour actuellement moins de 2500. Certaines mesures ont été prises, comme la possibilité de faciliter le recrutement de personnel ayant le profil adéquat, sans qu'ils aient le diplôme spécifique sous réserve d'entamer une formation. Cette problématique semble pouvoir être contournée par la mise en place d'un échelon d'accueil de l'appel supra-départemental avec la possibilité de mutualiser le personnel en ARM de niveau 1 entre différents centres interconnectés. L'effet attendu serait de pouvoir pallier à une forte affluence ou un défaut d'effectif et de maintenir une réponse cohérente par rapport aux objectifs de décrochés (principalement le temps d'attente) qui sont les indicateurs qualité de la prise en charge d'un patient en centre de régulation (90). Ce concept de territorialité opérationnelle constitue un facteur d'évolution de nos centres d'appels et il devrait bénéficier des avancées en matière de nouvelles technologies notamment dans les secteurs de la téléphonie et des systèmes de communication. Ce modèle de fonctionnement permettrait aussi de lisser l'activité de différents centres où de fortes variabilités sont enregistrées sur 24 heures. La logique tendrait vers une répartition des charges avec une protocolisation des renforts en cas de débordement (83).

Enfin, il ne faut pas oublier que les effecteurs de SNP sont répartis de façon hétérogène sur le territoire et que les CPTS sont structurellement très inégales. La communication auprès des effecteurs est un point indispensable qui devrait être renforcé. Les négociations actuelles pour les conventions médicales posent la question de l'obligation, pour les médecins libéraux d'avoir une activité de permanence de soins territoriale via le SAS. La question du financement de ces effecteurs a toujours été épineuse, l'activité ne se voulant pas forcément attractive pour un médecin libéral. Un évènement notable récent, l'annonce de SOS médecins de cesser toute collaboration avec le SAS suite à un différend avec la CNAM à propos des tarifications, met aussi en avant l'immaturation du dispositif et probablement l'absence de coordination entre les différents acteurs politiques impliqués (91). Le travail de thèse du Dr Marie Caruso soutenu en novembre 2021, est une étude qualitative qui reposait sur 16 entretiens individuels avec tous les acteurs identifiés du projet pilote SAS de la Manche. Les acteurs s'accordaient sur l'utilité du dispositif mais évoquaient les difficultés au cours de la mise en place du SAS 50. Du côté de la régulation libérale se posait la question de l'attractivité de l'activité notamment au travers

du prisme de la rémunération. Par ailleurs, pour pouvoir être efficient, un SAS doit pouvoir s'appuyer sur un catalogue des effecteurs à jour et suffisamment renseigné. Les acteurs du SAS 50 déclaraient avoir rencontré des difficultés à établir ce catalogue, difficultés confirmés par les départements voisins (SAS 44 et SAS 35). Selon ces centres, le fonctionnement du SAS était encore méconnu faute d'une communication suffisante par les tutelles et d'une structuration encore insuffisante des associations de médecine générale (92).

B. Les indicateurs d'activités :

La diminution ou du moins la volonté de limiter les recours inadaptés aux urgences ainsi que la « libération de temps médical » afin de permettre une réallocation de ce temps pour des tâches spécifiquement dédiées figuraient parmi les objectifs fondamentaux du développement du SAS. Des indicateurs d'activités ont été mesurés et un retour d'expérience des sites pilotes doit être publié avant la fin de l'année 2023. Pour l'heure, peu d'informations sont disponibles mais nous pouvons citer le travail de thèse de Matthieu Benoiton, présenté en août 2022, qui fait état de l'impact du SAS dans les territoires pilotes (93). Sur les indicateurs d'activités, le retour de 9 sites pilotes montre une augmentation du nombre d'appels de 41 à 55 millions (+34%) dans les 3 mois qui ont suivi la mise en place du SAS. Le taux d'accueil s'est sensiblement amélioré à 93.5% (+1.5%) et le nombre de dossier de régulation a augmenté. Le temps de communication pour les régulateurs généralistes a augmenté, ainsi que le nombre de DR qu'ils ont traités. Il semblerait que l'amélioration du taux d'accueil et que l'augmentation du temps de communication soient des marqueurs indirects de la libération de temps médical : plus d'appels à traiter mais plus de temps disponible pour chaque appel. Sur le plan qualitatif, les retours des sites pilotes ont souligné l'amélioration des relations entre les structures de ville et les structures hospitalières. Il n'a pas été noté d'impact significatif sur les passages aux urgences. Ces résultats, bien que d'un très faible niveau de preuve, permettent d'entrevoir quelques-uns des futurs effets espérés de la mise en place du SAS.

C. Le développement de filières complémentaires :

Au-delà des deux filières socles, certains centres ont déjà mis en place des filières spécialisées. La priorité est donnée, dans le pacte de refondation des urgences, à l'intégration d'une filière gériatrique, d'une filière psychiatrique, d'une filière liée à l'urgence sociale (basée sur l'actuel SAMU social), et d'une filière toxicologique (basée sur les actuels centres antipoison). Le rapport d'évaluation des mesures flash de l'été 2022 présentait les premières

filières en fonctionnement et les perspectives à venir dans sa fiche 7 (89). La mesure associée visait à « mettre en place des filières directes de prise en charge pour éviter les passages aux urgences superflus », et s'adressait particulièrement aux publics psychiatrique et gériatrique. La carte mise à disposition permet de noter la présence de filières psychiatriques dans neuf centres en août 2022. Le SAS 59 a articulé sa filière psychiatrique avec le projet « Vigilans » dans le cadre du numéro national de prévention suicide (94) : si une urgence suicidaire est repérée, l'opérateur peut se mettre en lien directement avec la filière AMU. Le SAS 71 a mis en place un infirmier spécialisé en psychiatrie, en présentiel, qui peut orienter les patients en tenant compte de l'offre territoriale. Deux régions avaient mis en place une filière soins dentaires et une seule région une filière personnes âgées. La conclusion de l'évaluation de ces premières initiatives souligne qu'avant d'entrer dans une volonté de multiplication des filières il faut que les deux volets socles du SAS soient solides et que l'offre territoriale de soins clairement identifiée. L'équilibre se fera par la suite entre les filières socles et les filières spécialisées, qui seront créées progressivement en accord avec les besoins territoriaux. Ces besoins pourront être évalués a priori, afin de permettre une réflexion quant à l'organisation et la mise en place à posteriori d'une offre adaptée.

Le Pr Benoit Vivien, responsable de la filière SMUR pédiatrique au SAMU de Paris, a publié un éditorial reprenant les informations d'un article paru récemment sur le triage des dyspnées de l'enfant par la régulation médicale. Certains résultats posent la question de la pertinence d'une régulation spécifique dédiée à la pédiatrie. Premièrement la pédiatrie est véritablement une spécialité à part, à laquelle l'urgentiste est peu confronté. Ainsi dans l'article étudié il est question d'un taux global de surtriage (+24%) pour les périodes nocturnes et de fortes variabilités de ce taux en fonction des médecins AMU, des médecins pédiatres et des médecins généralistes (95). Claire Durchon et son équipe, dans un article paru en 2021, proposaient un outil de régulation, interfacé et interactif, pensé pour identifier rapidement les urgences médicales graves en pédiatrie. Dix médecins régulateurs ont testé l'outil, neuf l'ont trouvé facile d'emploi et souhaiteraient l'avoir à disposition pendant la régulation (96). L'utilisation de ce type d'outil et sa généralisation pourrait constituer une alternative à une filière complète.

La filière spécialisée gériatrique sera, à terme, indispensable. Elle relèverait d'après le ministère du « moyen terme ». Comme cela a été développé au cours de la partie dédiée aux usagers des urgences, le public gériatrique est une cible préférentielle pour l'amélioration des

pratiques. Les Dr Puisieux et Feral-Pierssens ont dressé un état des lieux du développement de filières gériatriques aux urgences, dans un chapitre spécifique de l'ouvrage collectif de la SFMU dédié aux filières de soins. Il ressort principalement que la filière gériatrique devrait être en mesure de proposer des alternatives à l'hospitalisation aux urgences pour les patients nécessitant des soins dans cette population. Depuis la création des services d'urgences, la plupart des hospitalisations en gériatrie se font par ce biais. Pour information, 56% des personnes âgées sont hospitalisées après un recours aux urgences, dont deux-tiers en unité de médecine. Environ 10% des hospitalisations des plus de 80 ans se fait au motif d'un « maintien au domicile difficile » ce qui fait de la prévention de ces passages un des enjeux majeurs pour cette population. Les entrées directes en services hospitaliers devraient être facilitées. La mise en place de circuits pour les admissions directes avec un accès facilité au plateau de radiologie et de biologie, au besoin, permettraient d'éviter le passage aux urgences pour un bilan pré-hospitalisation (53). Le SAS, au moyen d'une véritable filière gériatrique qui aurait une connaissance précise des acteurs territoriaux et des ressources disponibles, pourrait être une solution à ces problématiques. Les patients, habituellement orienté par le 15 aux urgences via un transport sanitaire, pourraient prendre contact avec des professionnels de cette filière, à temps, afin d'éviter la survenue de certaines complications menant à l'hospitalisation. Si une hospitalisation s'avère nécessaire, un contact direct avec un médecin responsable d'un secteur gériatrique pourrait permettre une entrée directe dans le service concerné.

D. L'enjeu des nouvelles technologies :

Les journées thématiques de médecine d'urgence 2022, intitulées « la médecine d'urgence de demain », ont mis au centre des discussions les nouvelles technologies. Il est licite de s'intéresser à l'intelligence artificielle (IA) en santé pour entrevoir le futur des SAS. En ce qui concerne la régulation médicale, l'IA a été évaluée pour différentes situations cliniques, mais ne semble pas pour l'heure, être suffisamment performante pour devenir une aide à la décision. Elle peut être d'un appoint non négligeable en ce qui concerne certaines tâches comme la prise d'adresse et d'identité au décroché, la géolocalisation en temps réel de l'équipe de secours via un traceur envoyé par lien à l'issue de l'appel, le rappel automatique avec un serveur vocal interactif : « tapez 1 si votre problème est résolu, sinon tapez 2 ». L'objectif de cette automatisation des tâches serait, une fois de plus, de permettre d'adapter les ressources et pour un professionnel de se défaire des tâches qui ne nécessitent pas son expertise afin que celui-ci puisse se mobiliser sur d'autres tâches spécifiques. Du point de vue du patient : le temps

d'attente serait limité grâce à un serveur vocal, les rappels pour identifier si l'équipe de secours est bien dépêchée ne seraient plus nécessaires grâce à une géolocalisation en temps réel... Certains de ces points ont été évoqués dans le pacte de refondation et sont développés dans le chapitre dédié à l'avenir de la régulation médicale des journées thématiques (15,83). Certaines études se sont intéressées à l'utilisation de modèles spécifiques pouvant tenter de prédire le volume d'appels ou d'activité des centres de régulation en fonction de certaines variables. Damien Viglino et son équipe ont montré qu'une grande partie de la variabilité d'activité peut être prédite avec des facteurs clairement identifiés comme les jours de week-end, les périodes de vacances scolaires, les épidémies saisonnières (97). D'autres facteurs comme les vagues de chaleur ont aussi été identifiées comme étant des facteurs de saturation des centres d'appels et du système de secours dans sa globalité (98,99).

La mise en place de la vidéorégulation est l'une des autres perspectives d'avenir des centres d'appel. Elle a été précisée par la mesure 6 du pacte de refondation des urgences. Une étude exploratoire menée par le Dr Idland et son équipe dans 2 centres de régulation Norvégiens en 2020 a décrit l'expérience de 25 médecins régulateurs. La vidéo a contribué, selon eux, à maximiser la compréhension situationnelle et l'allocation de ressources. Les médecins estimaient avoir eu une plus grande assurance dans leur décision (100). Une équipe française a présenté en 2021 une étude pilote sur la vidéoconférence en centre d'appel : 112 visioconférences ont été analysées et il a été constaté que, pour 48 appels (43%) le médecin régulateur estimait que la vidéo avait entraîné un changement de décision. Environ la moitié (46%) des appels régulés par visioconférence concernait de la traumatologie. Cette étude permet d'envisager l'utilisation de ressources supplémentaires dans l'aide à la décision des centres d'appels (101). Au-delà de l'urgence, la téléconsultation peut permettre une évaluation plus précise d'une problématique, y compris dans le cadre des SNP. La régulation libérale peut profiter de cet outil pour évaluer le délai de consultation pour une urgence différée mais aussi pour évaluer une problématique chez un patient peu ou pas communicant (enfants, personnes âgées). Enfin, les EHPAD pourront aussi bénéficier d'une expertise médicale à distance dans ce contexte. A propos de nouveaux modes de communications, le Dr Reuter et son équipe ont mené une étude à propos de la satisfaction des usagers en cas de communication de conseils via SMS. Un protocole avait été mis en place durant la pandémie, qui permettait la réponse de l'utilisateur par messages textes à certaines questions et un tri permettant d'éviter une sollicitation médicale, selon certains protocoles. La satisfaction globale a été estimée à 8/10 et le mode de communication a été jugé confortable par les patient dans 77% des cas (102).

L'auteur soulignait l'absence d'évaluations solides dans le domaine. Il semblerait intéressant aujourd'hui, de faire bénéficier au service public, principalement dans le domaine de la santé, des innovations et des technologies que nous utilisons pourtant au quotidien.

La modernisation des centres de régulation, via l'agence du numérique en santé, autour du projet SI-SAMU (système d'information – SAMU) poursuit sa route avec pour objectifs de rendre plus fluide le bandeau de télécommunication national et l'interfaçage des différents outils métiers. En effet, un problème majeur rencontré en pratique réside dans le fait que chaque acteur de la chaîne de l'urgence utilise un outil propre, non interfacé avec les autres acteurs. Les secouristes remplissent un bilan, que l'ARM doit remplir dans un autre logiciel, qui n'est souvent pas disponible pour le service receveur (en particulier les urgences, ou les services spécialisés comme la réanimation ou la cardiologie interventionnelle). Il en résulte une répétition des tâches (inutile et chronophage) ainsi qu'une perte d'information. Certaines données clés, de terrain, comme un électrocardiogramme ou la copie de l'ordonnance à domicile en sont des exemples concrets. La constitution d'un logiciel de régulation national commun, avec toutes ces informations regroupées a été abandonné mais le projet propose une assistance pour le développement des logiciels de régulation dans chaque centre (103,104). La faisabilité et la logistique en rapport avec la vidéo-transmission sont aussi des enjeux du programme.

IV. OPERATEURS DE SOINS NON PROGRAMMES : ENQUETE NATIONALE SUR UN NOUVEL ACTEUR DE SANTE.

RATIONNEL DE L'ETUDE :

La structuration de la filière ambulatoire, avec le souhait d'une présence médicale permanente et la possibilité de proposer plusieurs alternatives à des demandes de SNP par un opérateur qui a une visibilité sur l'offre de soins territoriale a abouti à la création d'une nouvelle profession : l'opérateur de soins non programmés (OSNP). L'OSNP a été présenté comme un acteur de santé destiné à évoluer au sein de la filière ambulatoire du SAS en étroite partenariat avec le médecin régulateur généraliste. Les connaissances et les compétences que les OSNP doivent avoir ainsi que leurs fonctions ont été développées succinctement une première fois dans l'annexe 2 du pacte de refondation des urgences puis dans l'annexe 5 de l'instruction de la DGOS du 24 Juillet 2020 (15,80). La **figure 7** synthétise les principales informations disponibles dans ces deux documents.

Une expérimentation demandée en urgence puis la généralisation souhaitée rapide du SAS a engendré une vague de recrutement pour ces personnels sans qu'un véritable profil soit défini et sans qu'un référentiel de compétences soit rédigé. Il est clair, dans les fiches de poste, qu'une maîtrise des outils informatiques et téléphoniques est indispensable. Des compétences en communication sont également de mise, que ce soit dans le cadre d'une interaction avec un requérant ou dans le cadre de la synthèse et de la transmission d'informations pertinentes pour la régulation médicale. Enfin, la connaissance des principes d'organisation de l'aide médicale urgente et des soins ambulatoires est absolument nécessaire pour pouvoir répondre aux demandes d'orientation des appelants et, le cas échéant, réagir rapidement face à un événement imprévu et appliquer un protocole d'urgence pour transférer l'appel. L'OSNP sera parfois chargé de détailler les conseils donnés par le médecin généraliste ou de poursuivre l'analyse et la qualification de l'appel orienté par l'ARM de front office. Ces missions semblent nécessiter un minimum de connaissances d'ordre médical (vocabulaire par exemple). Enfin, la possibilité d'une mauvaise orientation de l'appel à sa phase initiale n'est jamais exclue, un OSNP peut donc recevoir un véritable appel d'urgence passé inaperçu et devrait avoir un minimum de connaissances pour reconnaître une urgence qui nécessite une régulation urgente et dans le pire des cas un transfert immédiat vers le régulateur de la filière AMU. Parmi les 22 sites pilotes du SAS en 2021 et 2022 certains ont choisi d'embaucher des OSNP en ciblant un profil d'agent administratif alors que d'autres centres ont choisi d'employer des ARM remplissant à

tour de rôle la fonction d'ARM N1, N2 et d'OSNP (82). Cette seconde option est largement critiquable au vu du manque d'ARM que nous avons évoqué précédemment.

La réussite du SAS dépend de l'équilibre entre les filières socles et donc du succès et de la pérennité de la filière ambulatoire. C'est dans cette optique que nous avons choisi de nous intéresser aux OSNP actuellement en poste dans tous les SAS fonctionnels afin de questionner leur intégration dans le dispositif. Nous avons mené une enquête nationale dans l'objectif d'établir le profil des OSNP, de renseigner la teneur des formations qu'ils ont pu recevoir et d'apporter des éléments de réponse sur les tâches qui leur sont dévolues.

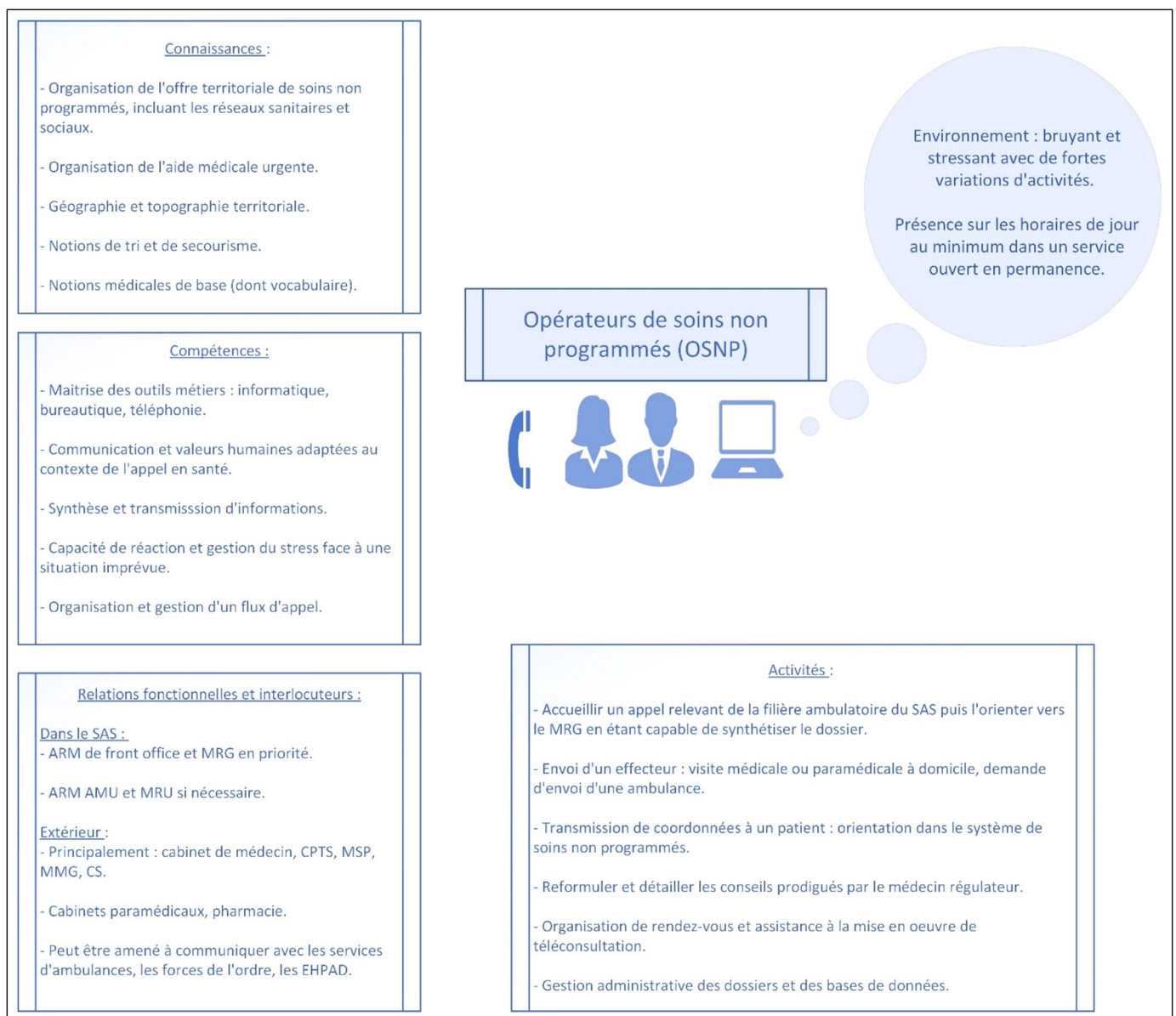


Figure 7 : Fiche métier OSNP

MATERIEL ET METHODE :

- Population et collecte des données :

Nous avons mené notre enquête auprès des OSNP des différents SAS sur le territoire. Les SAS ont été sélectionnés à partir de la carte interactive officielle du déploiement national qui présentait les services en fonctionnement et ceux dont la mise en place était à venir prochainement (105). La liste des centres a ensuite été complétée après publication du dossier de presse portant sur la généralisation du SAS (79). Le chef de service du SAMU-centre 15 et/ou le responsable local du déploiement du SAS territorial a été contacté dans un premier temps pour préciser le fonctionnement du centre en vue d'une participation à cette enquête. Les critères d'inclusion pour les centres étaient un mode de fonctionnement SAS (présence de la filière AMU et de la filière MG) et la présence d'OSNP. Pour les centres ayant un SAS fonctionnel et des OSNP en poste, nous avons demandé au chef de service ou au responsable local de diffuser lui-même aux OSNP de son service notre sollicitation pour cette enquête et le lien permettant d'accéder au questionnaire standardisé. L'enquête a reposé sur un questionnaire en ligne anonymisé (GoogleForm®). Une brève introduction en amont du questionnaire précisait les grandes lignes de son contenu, la durée estimée pour y répondre et garantissait l'anonymat des réponses. La participation des OSNP s'est faite sur la base du volontariat. Les réponses ont été collectées entre le mois de janvier et le mois de juin 2023.

- Questionnaire :

Les questions ont été élaborées sur la base des fiches de poste OSNP dont nous avons parlé ci-dessus. Le questionnaire comprenait 32 questions divisées en 3 parties distinctes (Annexe) :

- **La première partie (Questions 1 à 7)** s'intéressait aux informations générales d'ordre socio-démographique telles que le sexe, l'âge, le cursus professionnel, les diplômes, l'expérience professionnelle. La question 4 permettait d'identifier de quel centre était issu l'OSNP et la question 7 s'intéressait aux formations antérieures dans le domaine de l'urgence.
- **La seconde partie (Questions 8 à 21)** questionnait l'existence d'une formation préalable à la prise de poste et le contenu de celle-ci le cas échéant. La question 8 interrogeait sur la présence ou non d'une formation et, si la réponse était négative, le répondeur était conduit directement à la troisième partie du questionnaire. Les questions 9 et 10 portaient sur la

durée et le contenu de la formation théorique. La question 11 portait sur la formation pratique. Les questions 12 à 20 portaient sur le bénéfice tiré de la formation reçue sous la forme d'échelles numériques de Likert allant de 0 (aucune connaissance ; compétence non acquise) à 10 (connaissances précises approfondies ; compétence parfaitement maîtrisée). Les questions 12 à 15 concernaient les connaissances à acquérir et les questions 16 à 19 les compétences à maîtriser. La question 20 était une évaluation de la formation dans sa globalité par une échelle similaire allant de 0 à 10. La question 21 était une question ouverte, pour susciter des commentaires éventuels sur la formation.

- **La troisième partie (Questions 22 à 32)** intitulée 'prise de fonction' étudiait le fonctionnement interne du SAS de l'OSNP et la réalité de ses missions quotidiennes. Les questions 22 et 23 s'intéressaient à l'ancienneté et au rythme de travail des opérateurs. La question 24 recherchait l'existence de filières spécifiques dans le SAS. Les questions 25 et 26 étaient des questions à choix multiples à double entrée (fréquence et variable d'intérêt). La question 25 questionnait la fréquence d'interaction avec la multitude d'interlocuteurs potentiels de l'OSNP. La question 26 questionnait la fréquence de réalisation des différentes tâches possibles. Les questions 27 et 28 étaient des questions posées sous la forme d'échelles numériques de Likert allant de 0 (capacité non maîtrisée) à 10 (capacité parfaitement maîtrisée) et portant sur la capacité à accueillir un appel pour une demande de SNP puis sur la capacité à gérer un flux important d'appels. La question 29 explorait la présence de difficultés ressenties au moment de la prise de poste, trois mois après et dans les derniers temps avant la réalisation du questionnaire. La question 30, sous la forme d'une échelle numérique allant de 0 à 5, questionnait sur la satisfaction professionnelle de l'activité en tant qu'OSNP. Enfin, le questionnaire se clôturait par des questions ouvertes concernant l'activité, les tâches réalisées et l'environnement (question 31) et le contenu souhaité d'une éventuelle formation complémentaire (question 32).

Toutes les questions étaient obligatoires à l'exception des commentaires libres.

- Analyses statistiques :

Les données des questionnaires ont été extraites depuis le formulaire GoogleForm® vers un fichier Excel puis analysées avec l'aide du Dr Boucekine, statisticien de l'équipe du Pr Auquier.

La description de la population est présentée sous forme d'effectifs et de proportions (pourcentages) pour les variables qualitatives et de moyenne \pm écart-type (ou médiane Q1-Q3 si l'écart-type était proche de la moyenne) pour les variables quantitatives. Les questions relatives aux fréquences d'interactions et aux activités des OSNP ont été recodées en attribuant à chaque modalité de réponse un nombre de points non linéaire qui tient compte de la réalité du terrain. Lorsque la réponse à une question décrivait une impossibilité le nombre de points était réduit à 0 pour celle-ci. Ces questions ont ensuite été combinées pour obtenir un score moyen.

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide des tests de Chi² ou exact de Fisher selon les conditions d'application et les variables quantitatives à l'aide du test t de Student ou du test non paramétrique de Mann-Whitney lorsque les conditions d'application du test t n'étaient pas remplies. Le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel IBM SPSS v20.

RESULTATS :

Au total, 52 SAMU ont été contactés et 28 SAS ont été inclus dans l'enquête. Le nombre de réponse par centre s'échelonnait entre 1 et 9 pour un total de 115 réponses (**Figure A**).

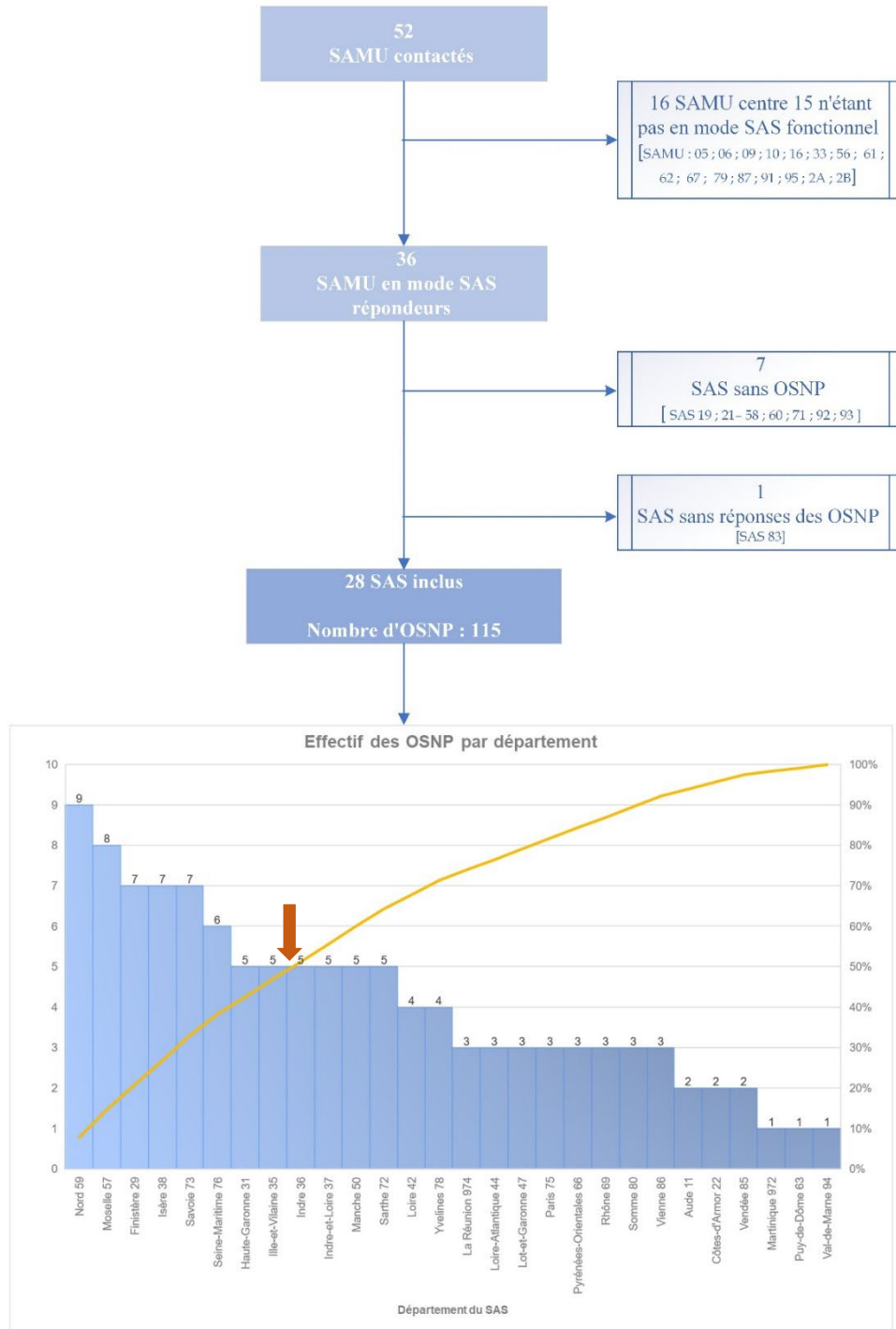


Figure A : Diagramme de flux et Diagramme de Pareto classant les effectifs par ordre décroissant avec un axe secondaire (la ligne jaune) montrant le cumul des effectifs sous forme de pourcentage. Ainsi nous observons que 50% de l'effectif est représenté par 8 des 28 SAS inclus (flèche orange : ↓).

Le tableau 1 présente les principales caractéristiques de la population étudiée. Sur les 115 OSNP répondants, il y avait 83.5% de femmes et la répartition des catégories d'âge était équilibrée en dehors de la catégorie « âge supérieur à 60 ans » qui ne représentait que 2.6% de la population. En ce qui concerne le niveau d'étude, 43.5% de la population déclarait avoir un niveau baccalauréat et 1.7% être sans diplôme. L'expérience professionnelle était diversifiée : 41.7% répondaient avoir une expérience de soignant, 31.3% d'agent administratif et 28.7% de secrétariat dans le domaine médical. En ce qui concerne le temps de travail, 77.8% étaient embauchés à temps plein et 39.1% avaient une ancienneté supérieure à 12 mois. Seulement 10.4% des OSNP déclaraient travailler de nuit et 29.6% déclaraient n'avoir reçu aucune formation d'urgence ou de secourisme dans les 3 dernières années.

A propos de la formation, 68.7% des répondants déclaraient avoir reçu une formation préalable à la prise de poste. Les informations relatives à la durée et au contenu de ces formations sont rapportées dans **le Tableau 2**. Sur le plan **théorique**, 81% des OSNP avaient reçu une formation sur la bureautique et l'informatique, 69.6% sur l'organisation des réseaux sanitaires et sociaux et 68.4% sur l'organisation du système de santé et de l'aide médicale urgente. Une formation **pratique** était associée à la formation théorique dans 86.1% des cas et prenait le plus souvent l'aspect d'une formation en double écoute (65.8%) ou d'ateliers spécifiques portant sur le maniement des outils métiers : téléphoniques (49.4%) et informatiques (44.3%). Seulement 7.6% des OSNP avaient reçu une formation pratique aux techniques de communication.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude (n = 115)		
	n	%
Sexe		
Homme	19	16,5
Femme	96	83,5
Age		
20 - 29 ans	35	30,4
30 - 39 ans	28	24,3
40- 49 ans	26	22,6
50 - 59 ans	23	20,0
> 60 ans	3	2,6
Statut matrimonial		
Célibataire	52	45,2
Marié(e) ou en concubinage	62	53,9
Enfant(s) à charge	26	22,6
Niveau d'études		
Sans diplôme	2	1,7
CAP / BEP	19	16,5
Baccalauréat	50	43,5
Licence (Bac +3)	38	33,0
Master (Bac +5)	7	6,1
Etudes de médecine	5	4,3
Formation professionnalisante	14	12,2
Passé professionnel		
Agent administratif	36	31,3
Secrétariat médical	33	28,7
Soignant *	48	41,7
Secouriste bénévole	8	7,0
Agent de téléphonie	13	11,3
Autres **	19	16,5
Ancienneté		
< 3 mois	33	28,7
Entre 3 et 12 mois	37	32,2
> 12 mois	45	39,1
Temps de travail		
Temps partiel	17	14,8
Temps plein	89	77,4
Travail de nuit	12	10,4
Formation au secourisme		
1ers secours (PSE-PCS-SST)	33	28,7
AFGSU niveau I	39	33,9
AFGSU niveau II	29	25,2
Aucune ces 3 dernières années	34	29,6
* Soignant (n=48) : Infirmier (4) ; ASH ou aide-soignant (20) ; ARM (8) ; Etudiant en médecine (5) Ambulancier ou pompier secouriste (11).		
** Autres (n=19) : Vente (7) ; Petite enfance (3) ; Sécurité (3) ; Réponse non exploitable (5).		

Tableau 2 : Caractéristiques des formations métier OSNP			
		n	%
Formation (n=115)			
	Oui	79	68,7
	Non	36	31,3
Durée de la formation (n=79)			
	< 4 journées	41	51.9
	Entre 4 et 6 journées	21	26.6
	> 6 journées	17	21.5
Aspects théoriques (n=79)			
	Organisation du système de santé et de l'aide médicale urgente	54	68.4
	Organisation des réseaux sanitaires et sociaux	55	69.6
	Géographie et topographie du secteur d'activité	47	59.5
	Communication	35	44.3
	Protocoles de service	41	51.9
	Informatique et bureautique	64	81,0
	Gestion du stress	24	30.4
	Vocabulaire médical	39	49.4
	Gestion d'un appel dans le domaine de la santé	48	60.8
	Conduite à tenir en cas d'urgence	33	41.8
Aspects pratiques (n=79)			
	Travaux dirigés	9	11.4
	Jeux de rôles	21	26.6
	Simulation	30	38
	Double écoute	52	65.8
	Atelier de communication	6	7.6
	Atelier informatique - bureautique	35	44.3
	Atelier maniement d'outils téléphoniques	39	49.4
	Pas de formation pratique	11	13.9

A propos des **questions portant sur l'évaluation des connaissances et compétences acquises au terme de la formation**, on note une évaluation globale de la formation reçue bonne puisqu'en moyenne de 7.28/10. Les moyennes des auto-évaluations portant sur les connaissances acquises étaient légèrement plus faibles que celles portant sur les compétences. Nous avons ensuite regardé l'impact de la durée de la formation sur ces évaluations et bien que les différences ne soient pas significatives, l'acquisition des connaissances était jugée meilleure par le groupe où la durée de formation était supérieure à 6 jours. Pour les compétences, les meilleures évaluations étaient données par le groupe avec une durée de formation comprise entre 4 et 6 jours à l'exception de la gestion d'une situation stressante (**Tableau 3**). De manière globale (connaissances + compétences), le ressenti des répondeurs sur la formation était moins bon lorsqu'ils avaient bénéficié d'une formation de moins de 4 jours (**Figure B**).

Tableau 3 : Auto-évaluation des apprentissages au terme de la formation

	Population formée (n = 79)	Durée de la formation			Valeur de p
		< 4 jours (n = 41)	[4 - 6 jours] (n = 21)	> 6 jours (n = 17)	
Connaissances :					
Organisation de la prise en charge des soins non programmés	6.72 [6.27 - 7.17]	6.61 [6.01 - 7.21]	6.67 [5.60 - 7.74]	7.06 [6.09 - 8.03]	0,63
Organisation des réseaux sanitaires et sociaux	6.10 [5.61 - 6.59]	5.93 [5.22 - 6.63]	6.10 [5.01 - 7.18]	6.53 [5.60 - 7.46]	0,59
Organisation de l'aide médicale urgente	6.68 [6.15 - 7.22]	6.41 [5.62 - 7.21]	6.71 [5.55 - 7.88]	7.29 [6.37 - 8.22]	0,40
Géographie et topographie du secteur d'activité	6.65 [6.16 - 7.13]	6.54 [5.86 - 7.22]	6.62 [5.45 - 7.79]	6.94 [6.08 - 7.80]	0,80
Connaissances globales*	6,53 [6.11 - 6.97]	6,37 [5.77 - 6.97]	6,52 [5.48 - 7.57]	6,96 [6.19 - 7.72]	0,57
Compétences :					
Maitrise des outils métiers (informatiques - téléphoniques)	7.78 [7.37 - 8.20]	7.63 [7.02 - 8.25]	8 [7.25 - 8.75]	7.88 [6.92 - 8.84]	0,76
Récolte et communication d'informations téléphonique	7.95 [7.57 - 8.33]	7.85 [7.24 - 8.47]	8.19 [7.51 - 8.88]	7.88 [7.23 - 8.53]	0,62
Gestion d'une situation de stress	7.43 [6.99 - 7.87]	7.12 [6.47 - 7.77]	7.71 [6.86 - 8.57]	7.82 [6.87 - 8.77]	0,28
Capacité à réagir et gérer une situation imprévue	7.46 [7.02 - 7.89]	7.24 [6.62 - 7.87]	7.71 [6.79 - 8.64]	7.65 [6.70 - 8.59]	0,49
Compétences globales*	7,65 [7.28 - 8.03]	7,46 [6.91 - 8.03]	7,9 [7.17 - 8.64]	7,8 [7.02 - 8.60]	0,48
Evaluation de la formation :					
	7.28 [6.83 - 7.73]	6.83 [6.20 - 7.46]	7.86 [6.99 - 8.72]	7.65 [6.64 - 8.66]	0,11

Comparaison de la moyenne des auto-évaluations selon la durée de la formation

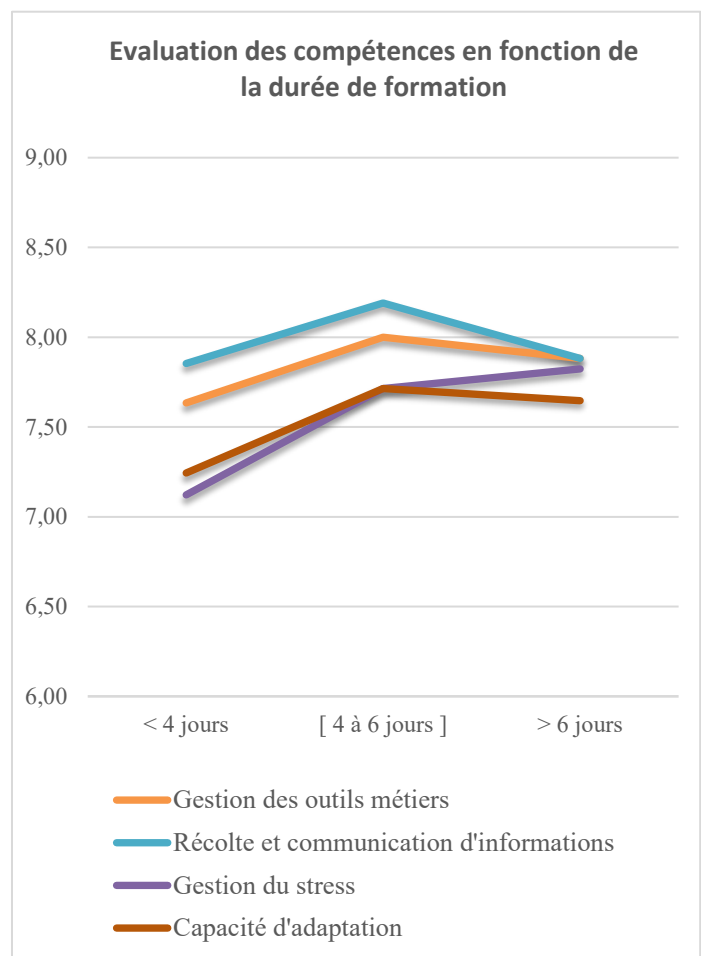
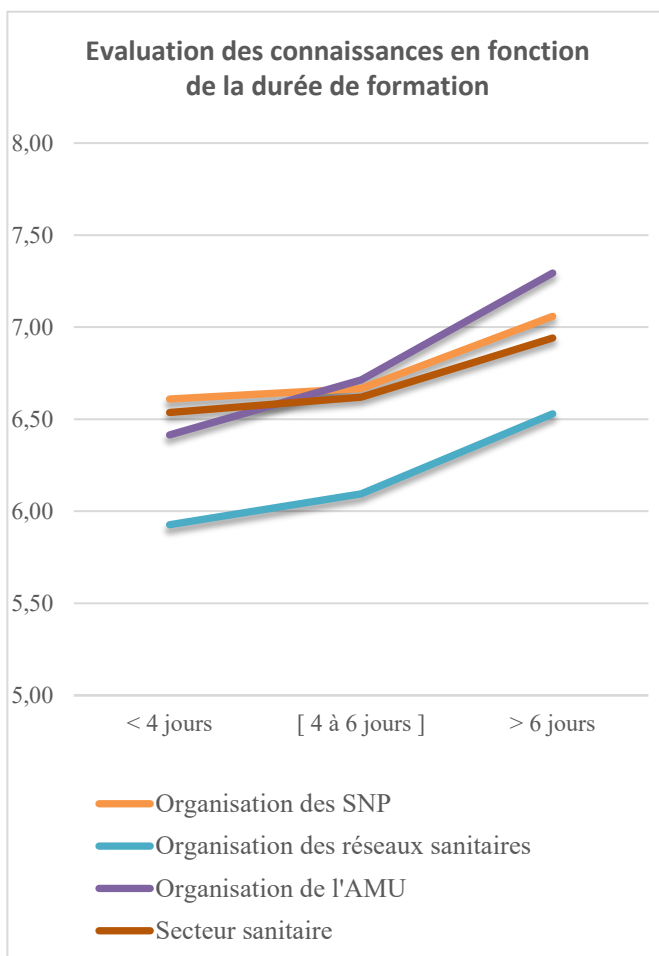
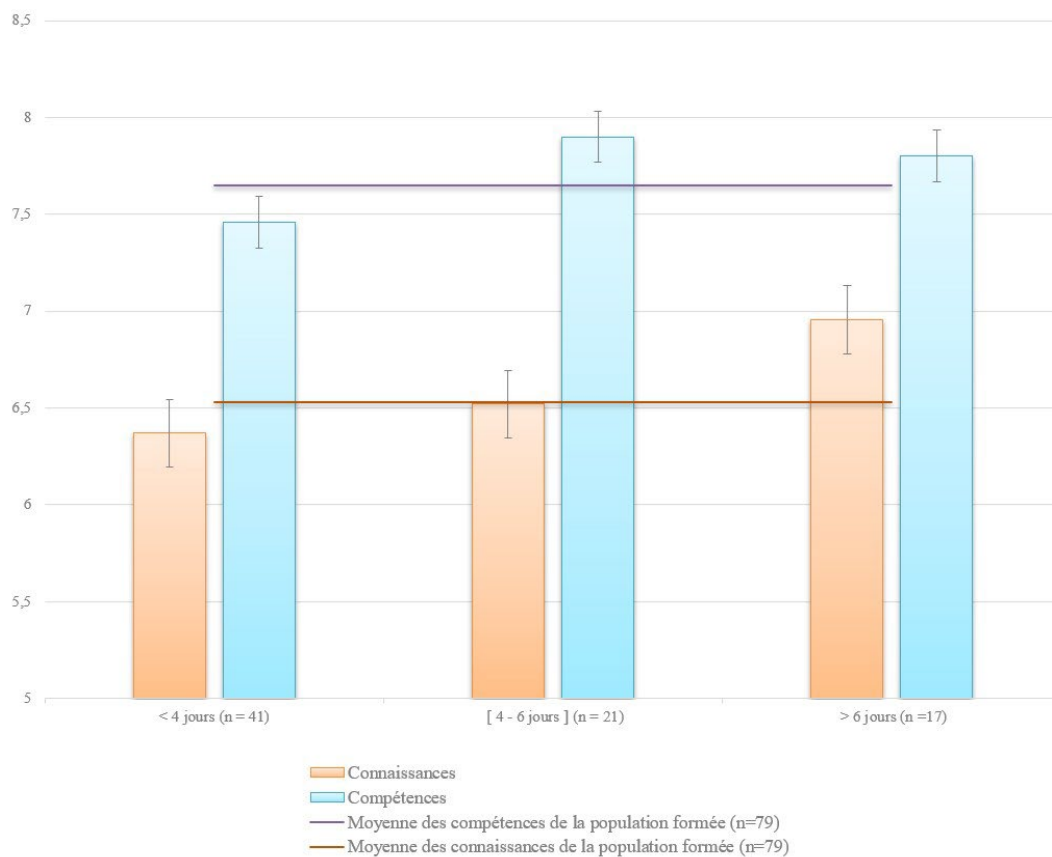


Figure B : Comparaison des auto-évaluations en fonction de la durée de la formation

Certaines thématiques spécifiques ont fait l'objet de formations dédiées pour une partie des OSNP. Nous avons recherché si la présence d'une formation spécifique était associée à de meilleures auto-évaluations des items en lien avec la thématique en question :

- Les connaissances moyennes sur l'organisation de l'aide médicale urgente et du système de santé notamment sur son versant en lien avec les soins non programmés étaient significativement supérieures chez les OSNP ayant reçu une formation spécifique sur le sujet (moyennes 6.87 vs 5.15 – $p = 0.02$). Une formation dédiée à la géographie et à la topographie du territoire permettait aussi aux OSNP d'avoir de meilleures connaissances sur l'organisation du secteur et des réseaux sanitaires et sociaux (6.51 vs 5.50 – $p = 0.04$).
- Les compétences en lien avec les outils métiers étaient plus élevées chez les OSNP ayant reçu spécifiquement une formation pratique aux outils téléphoniques et informatiques (7.89 vs 7.58 – $p = 0.43$).
- Les compétences en communication des OSNP ayant participé à des ateliers de communication ou ayant reçu une formation aux techniques de communication étaient supérieures par rapport aux autres OSNP (8.31 vs 7.65 – $p = 0.06$).

Pour la partie pratique de la formation, nous avons recherché si une modalité pédagogique en particulier était associée à de meilleures auto-évaluations de compétences :

- La participation à des séances de **jeux de rôles** était associée à une estimation moyenne des compétences significativement plus élevée par rapport aux autres modalités pédagogiques (8.56 vs 7.27 – $p = 0.002$).
- Les séances de simulation, de travaux dirigés, de double écoute et les ateliers de communication étaient associés à une meilleure estimation des compétences :
 - Simulation : 8.10 vs 7.31 – $p = 0.157$
 - Travaux dirigés : 8.22 vs 7.53 – $p = 0.329$
 - Ateliers de communication : 8.22 vs 7.56 – $p = 0.425$
 - Double écoute : 7.71 vs 7.42 – $p = 0.593$

Sur les 79 OSNP formés, 23 ont donné un avis optionnel à propos de leur formation. Parmi eux, 48% auraient souhaité avoir une formation pratique plus approfondie.

A propos **des relations professionnelles**, notre enquête met en évidence que le principal interlocuteur de l'OSNP est le médecin régulateur généraliste (MRG), en effet 49% des opérateurs déclaraient être en contact avec lui pour la majorité des appels. Les cabinets médicaux arrivent en seconde position car défini comme interlocuteur principal par 34% des OSNP. La **figure C** présente les moyennes des fréquences d'interaction pondérées selon les réponses des OSNP avec leurs différents interlocuteurs.

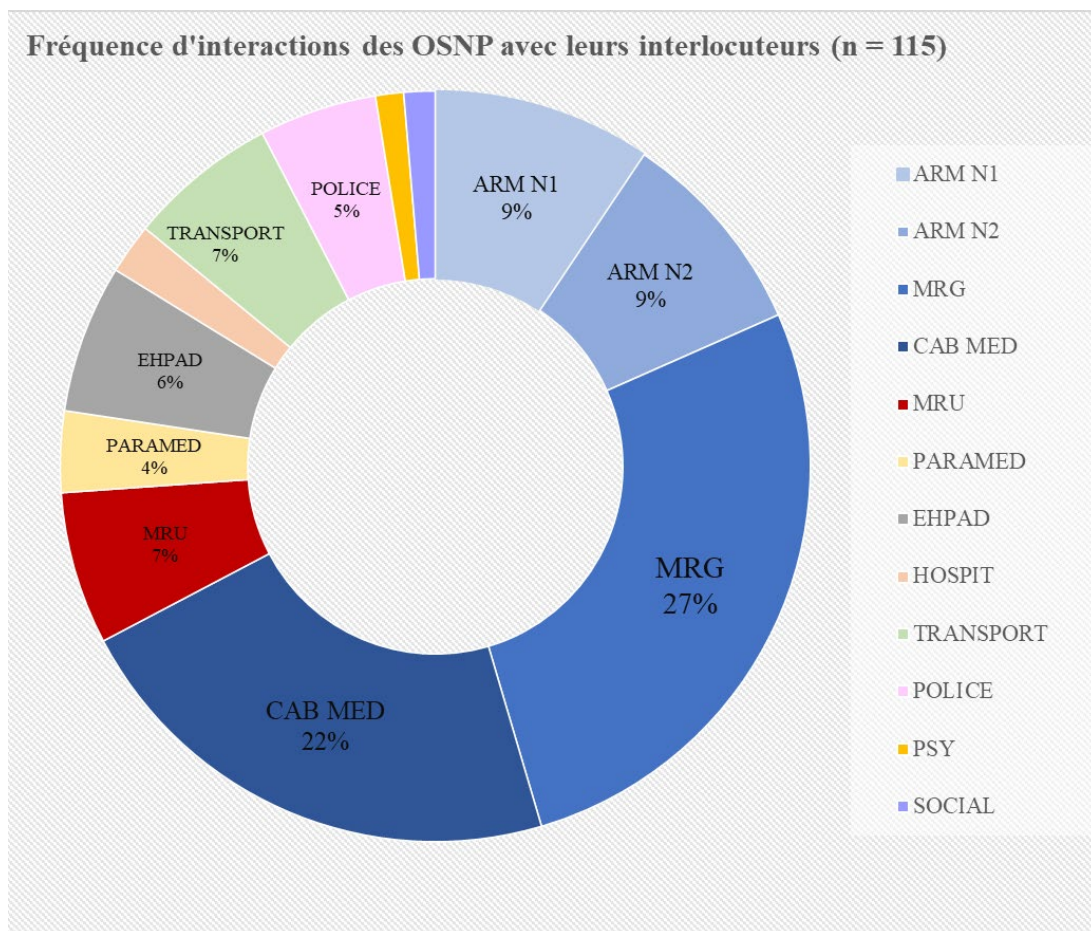


Figure C : Interactions des OSNP

La fréquence des interactions avec les différents interlocuteurs varie cependant d'un centre à l'autre. Nous avons réalisé une analyse sur les centres pour lesquels nous avons au moins 5 OSNP qui avaient répondu, soit 12 centres. Ainsi, la **figure D** montre que dans $\frac{3}{4}$ des centres, (9/12 centres), plus de 70% des interactions des OSNP se faisaient avec 4 interlocuteurs en particulier, à savoir : les ARM N1 et N2, le MRG et les cabinets médicaux (CABMED).

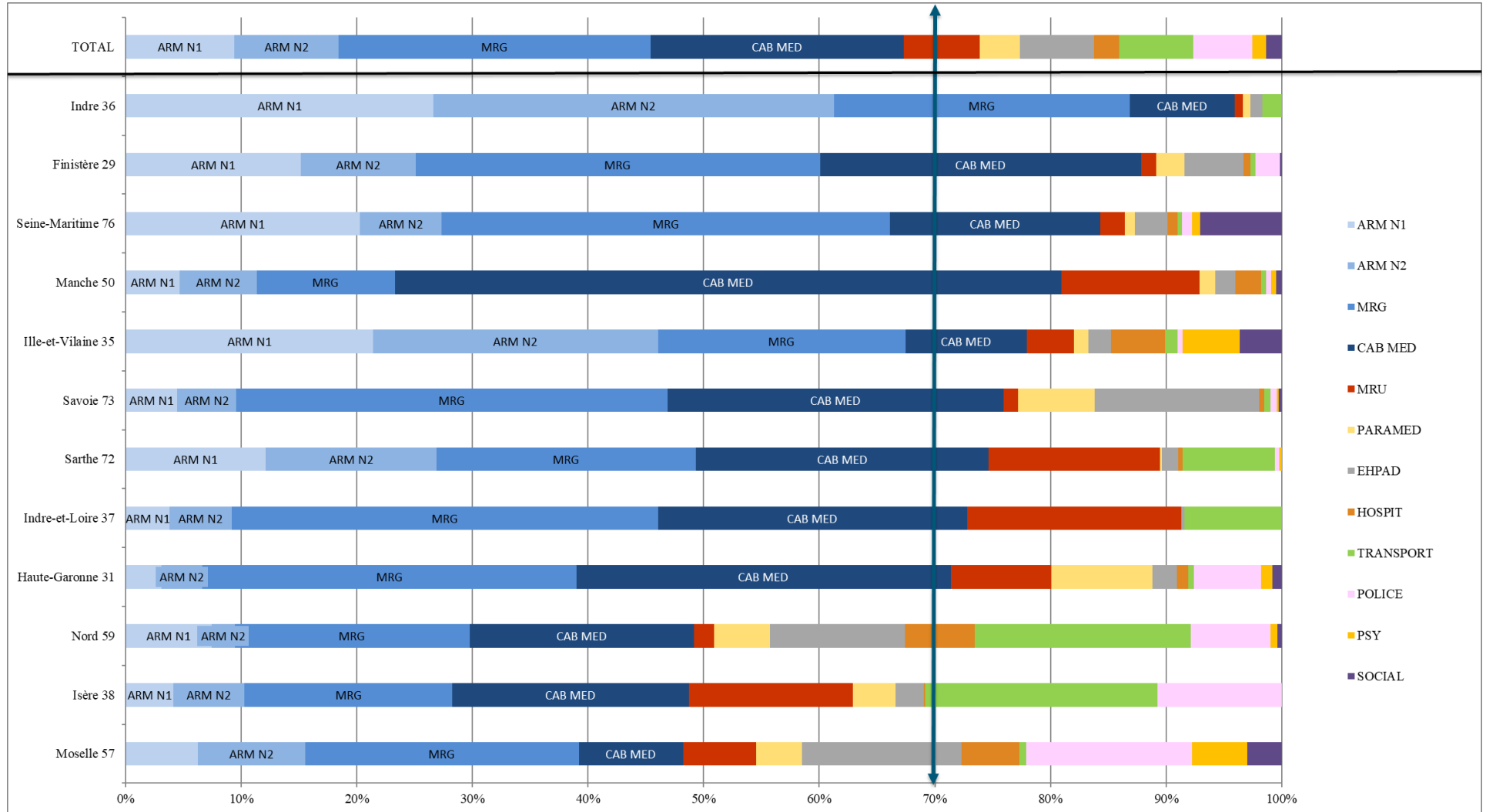


Figure D : Interaction des OSNP dans les centres ayant ≥ 5 réponders. La flèche bleue [↕] permet d'identifier quand le taux d'interaction atteint 70%.

Les activités principales des OSNP au quotidien étaient représentées par l'organisation de rendez-vous médicaux (24% de la part totale des activités), l'accueil d'appels pour des SNP (18%) et l'orientation d'appels vers le MRG (20%). A la suite de l'appel ou de la régulation, la transmission de coordonnées à l'appelant comptait pour 18% du total.

Concernant **les tâches non réalisées** :

- 70.4% des OSNP déclaraient ne pas organiser de téléconsultation ;
- 52% des OSNP ne pas envoyer de moyen de transport ;
- 50% des OSNP ne pas organiser de rendez-vous paramédicaux ;
- 44 % des OSNP ne pas traiter les bases de données ;
- 33% des OSNP ne pas réaliser l'accueil d'appels en rapport avec des SNP ;
- 24% des OSNP ne pas orienter d'appels vers le MRG.

La figure E résume la part respective de chaque activité à travers les moyennes de fréquence pondérées de chacune des activités.

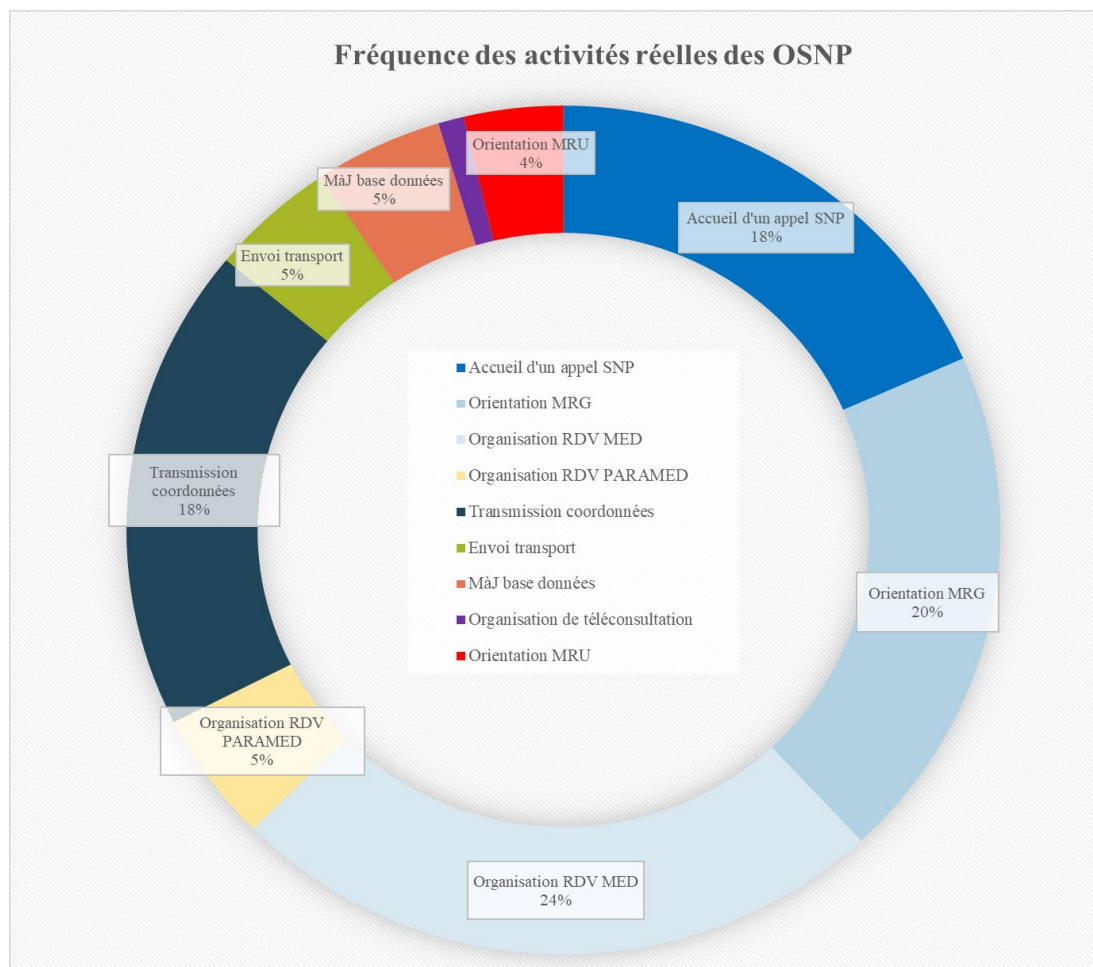


Figure E : Part respective de chacune des activités réelles professionnelles des OSNP.

Deux **tâches professionnelles réalisées après la prise de poste ont été évaluées** à savoir l'accueil d'un appel pour une demande de SNP et la gestion d'un flux important d'appel avec des ressources limitées. Pour ces 2 modalités les meilleures auto-évaluations ont été rapportées pour le groupe ayant bénéficié d'une formation avec une durée supérieure à 6 jours. Concernant l'ancienneté, les meilleures auto-évaluations ont été rapportées pour une ancienneté comprise entre 3 et 12 mois. Le **tableau 4** présente les résultats de ces auto-évaluations.

Tableau 4 : Auto-évaluation des tâches professionnelles				
	Accueil et gestion d'un appel pour SNP	p	Gestion d'un flux important d'appel	p
<i>Formation</i>				
Pas de formation	8,83 [8.40 – 9.26]	p = 0.08	8,42 [7.90 – 8.94]	p = 0.48
< 4 jours	8,41 [8 – 8.83]		8,17 [7.74 – 8.61]	
4 - 6 jours	8,71 [8.15 – 9.27]		8,29 [7.54 – 9.04]	
> 6 jours	9,29 [8.90 – 9.69]		8,76 [8.20 – 9.33]	
<i>Ancienneté</i>				
< 3 mois	8,36 [7.85 – 8.88]	p = 0.23	7,76 [7.20 – 8.32]	p = 0.02
3 à 12 mois	8,92 [8,60 – 9,24]		8,65 [8,20 – 9,10]	
> 12 mois	8,84 [8.47 – 9.22]		8,56 [8.17 – 8.94]	

Pour l'accueil et la gestion d'un appel en rapport avec une demande de SNP, la capacité moyenne à gérer était significativement meilleure pour le groupe dont la durée de formation excédait 6 jours par rapport à une durée inférieure à 4 jours (9.29 vs 8.41 – p = 0.01). Après ajustement sur l'ancienneté et l'expérience professionnelle, il semblerait que la durée de formation ne soit pas associée statistiquement à une meilleure estimation des capacités (p=0.12).

Pour la gestion d'un flux important d'appels, les opérateurs ayant une ancienneté comprise entre 3 et 12 mois se sentait significativement plus aptes par rapport aux opérateurs ayant moins de 3 mois d'expérience (8.65 vs 7.76 – p < 0.01). Après ajustement sur la durée de formation et sur l'expérience professionnelle, l'ancienneté était toujours significativement associée à une meilleure estimation des capacités (p=0.03).

Par rapport à l'**expérience professionnelle**, après ajustement sur l'ancienneté et la durée de formation, il semblerait que les opérateurs ayant une expérience préalable en tant qu'assistant de téléphonie aient de meilleures estimations de leurs capacités dans l'accueil d'un appel ($p = 0.09$) et dans la gestion d'un flux important d'appels ($p = 0.06$).

En ce qui concerne **les difficultés rencontrées**, dès le début de l'activité 54% des OSNP déclarent avoir eu des difficultés passagères et 29% peu de difficultés. A l'inverse, 10% déclarent avoir eu des difficultés suffisamment importantes pour impacter leur travail. Au fil du temps les difficultés s'amenuisent et 33% des OSNP répondaient n'avoir ressenti aucune difficulté après 3 mois.

La figure F présente la trajectoire d'évolution des difficultés, d'après les moyennes de fréquences pondérées des réponses, au fil du temps et selon l'ancienneté des opérateurs.

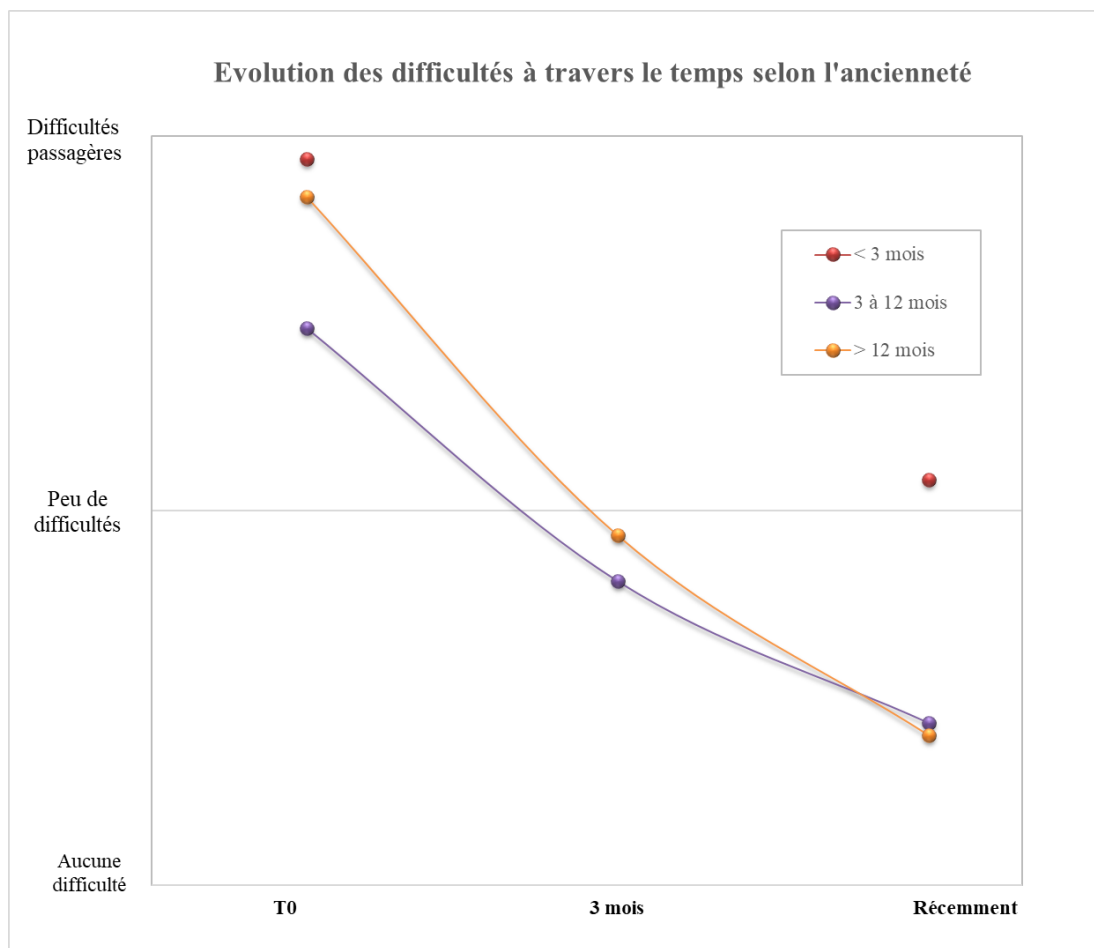


Figure F : Trajectoire d'évolution des difficultés dans le temps

Les difficultés rencontrées variaient aussi en fonction de la présence ou non d'une formation. Nous avons noté une tendance à la décroissance de la médiane des difficultés avec le temps pour tous les groupes. Pour le groupe d'OSNP qui n'a pas été formé, la médiane des difficultés initiales s'établissait au niveau des 'difficultés passagères' avant de s'établir à 'peu de difficultés' à partir du 3^e mois. Les groupes ayant reçu une formation ont présenté une évolution similaire mais la décroissance des difficultés rapportées a été plus rapide avec une médiane de difficultés initialement passagères qui évoluait vers une absence de difficultés rapportées dès la fin des 3 premiers mois.

Les OSNP évaluaient leur satisfaction à 4.30 [4.14 – 4.47] sur une échelle allant de 0 à 5. Le groupe composé de 45 opérateurs en poste depuis plus de 12 mois avait des résultats comparables avec une moyenne à 4.18 [3.92 – 4.44].

Malgré cette satisfaction apparente, 16 opérateurs parmi les 34 qui ont répondu à la question libre finale ont souligné la difficulté des conditions de travail. Ces commentaires faisaient pour la plupart référence à des problèmes de locaux et d'ergonomie des postes de travail. Les autres commentaires portaient sur le côté stressant et difficile de l'activité. Les interactions avec les autres acteurs de santé ont fait l'objet de 9 commentaires, principalement pour rapporter le manque de MRG et d'effecteurs.

Il y a eu 48 retours à la question portant sur un éventuel complément de formation. Les OSNP souhaiteraient recevoir une formation supplémentaire dans le domaine de la psychiatrie (31%), de la gestion des appels difficiles (21%) et du vocabulaire médical (20%). Pour certains, une formation à l'urgence (15%) ou un complément de formation sur les techniques de communication (13%) est nécessaire.

DISCUSSION :

Notre enquête a mis en évidence que les OSNP actuellement en poste dans les SAS sont principalement des femmes, de tout âge, avec une expérience professionnelle assez diversifiée. Avant d'entrer en fonction, près de 2 réponders sur 3 déclaraient avoir reçu une formation. La majorité de la population formée l'a été pendant moins de 4 journées. C'est dans ce sous-groupe d'OSNP que nous avons retrouvé les auto-évaluations les moins bonnes concernant les connaissances et les compétences acquises à l'issue de la formation ainsi que la maîtrise des tâches professionnelles après la prise de poste. Seule une expérience professionnelle en tant qu'assistant téléphonique semblait être associée à une meilleure maîtrise des tâches à accomplir et à de moindres difficultés dans leur réalisation. Les difficultés les plus importantes ont été rapportées par les OSNP qui n'ont pas eu de formation et pour les OSNP dont l'ancienneté était inférieure à 3 mois. Les réponders rapportaient une grande satisfaction par rapport à leur activité professionnelle. Cette activité se basait principalement sur l'accueil d'appels en lien avec une demande de SNP et sa prise en charge en collaboration avec le MRG. L'organisation de rendez-vous médicaux suite à la prise de contact avec les cabinets libéraux représentait également une part importante de l'activité. Plusieurs tâches attendues n'étaient pourtant pas ou peu réalisées, à l'image de l'organisation de téléconsultations, de rendez-vous paramédicaux ou encore le traitement des bases de données.

La question d'une formation adéquate avant la prise de fonction des OSNP se pose aujourd'hui dans le contexte de la généralisation du SAS et donc de la pérennisation de la fonction de ces opérateurs dans le temps. La mise en place des sites pilotes a laissé une certaine liberté pour le choix du profil de recrutement et les compétences attendues des futurs OSNP, avec comme seule trame, le modèle de fonctionnement d'une filière ambulatoire et la fiche de poste de la DGOS. Nous avons observé que les OSNP ayant bénéficié d'une formation longue (>6 jours) avaient une meilleure estimation de leurs capacités à l'issue de la formation et estimaient mieux réaliser leur tâches professionnelles par rapport aux opérateurs n'ayant pas été formés ou n'ayant eu qu'une formation de courte durée (<4 jours). Par ailleurs, la présence de session(s) spécifique(s) par thématique au cours de la formation semblait être associée à de meilleures évaluations sur les items portant sur ces thématiques. Les auto-évaluations portant sur les connaissances des réseaux sanitaires et sur la géographie du territoire, en particulier, étaient améliorées par des sessions thématiques spécifiques. Même s'il semble évident qu'une formation pratique doit être associée à la formation théorique, il est intéressant de souligner la

pertinence des jeux de rôles qui a montré, dans cette enquête, des résultats supérieurs aux autres modalités pédagogiques.

A partir de ces quelques résultats nous pourrions suggérer de proposer aux futurs OSNP une formation d'une durée minimale de 6 jours, comprenant une partie théorique et une partie pratique. La formation devrait être centrée sur les attendus de la fiche de poste officielle, avec un accent particulier sur l'organisation des réseaux sanitaires et de l'offre de soins territoriale. La partie pratique devrait s'appuyer sur des modalités pédagogiques innovantes telles que la simulation d'appels et la réalisation d'ateliers de jeux de rôles. Les commentaires libres ont mis en avant l'intérêt des OSNP pour un complément de formation orienté vers des modules comme la gestion d'appels pour des motifs psychiatriques ou la conduite à tenir en cas d'appels difficiles. Au-delà de cette formation, un accompagnement rapproché pendant les 3 premiers mois, période où les difficultés rapportées étaient les plus importantes, pourrait permettre de maximiser les performances des nouveaux opérateurs. Certaines remarques libres, en lien avec les difficultés, ont mis en avant principalement des problématiques d'ergonomie en lien avec le poste de travail mais aussi des difficultés à gérer le stress généré par l'activité en elle-même.

Chaque SAS a été libre de mettre en place une filière ambulatoire dépendante de l'organisation locale, à savoir des besoins et des réalités de terrain. Ces différences de fonctionnement peuvent expliquer la variabilité des réponses observées à propos des activités et des fréquences d'interaction des OSNP. Nous avons cherché à savoir si, globalement, les opérateurs avaient une activité conforme à ce qui avait été imaginé au moment de la conception du SAS. Les activités étaient centrées sur la gestion d'un appel, la transmission de coordonnées et l'organisation d'une réponse à un besoin de SNP grâce à une interaction avec les MRG et les cabinets médicaux. Nous avons par ailleurs constaté que les OSNP étaient finalement peu en contact avec les ARM N1 ou N2. Cette observation témoigne d'une possible organisation des SAS où l'ARM s'adresserait dans un premier temps au médecin régulateur qui dans un 2nd temps renverrait l'appel vers l'OSNP. Cette hypothèse est corroborée par le fait que près d'un OSNP sur 3 déclarait ne pas accueillir d'appels et 1 sur 4 déclarait ne pas orienter d'appel vers le MRG. Afin de libérer du temps médical, pour des tâches purement administratives comme la prise de rendez-vous ou la transmission de coordonnées, il serait intéressant d'envisager un passage de l'appel directement de l'ARM de front office vers l'OSNP. La fonction d'opérateur étant encore récente et mal définie, il convient d'en préciser les contours afin d'éviter un glissement de tâches vers une activité d'ARM ou de secrétariat administratif selon certains impératifs de ressources humaines.

Cette enquête a été réalisée dans le but d'apporter certaines informations sur les OSNP, nouveaux acteurs des SAS et pivots de la filière ambulatoire, mais sur qui l'attention n'est pas encore portée en raison de nombreuses problématiques touchant toutes les autres professions du secteur et en particulier les ARM. Un des points forts de cette enquête est donc de proposer certains éléments d'informations sur ces nouveaux acteurs de santé. Le taux de participation des opérateurs n'a pas été évalué en raison de l'évolution en temps réel des effectifs, cependant, nous avons inclus la quasi-totalité des SAS en fonctionnement au moment du recueil des données et tendons donc vers des réponses représentatives. La partie évaluant la formation peut aider à construire la formation pour les futurs OSNP des SAMU qui ne sont pas encore devenus des SAS mais aussi pour les futurs OSNP des SAS déjà en cours de fonctionnement. La partie concernant les activités, les tâches et les difficultés a permis quant à elle de mettre en évidence certains enjeux pour l'organisation des futurs centres et suggère un suivi après la prise de fonction des opérateurs.

Cette enquête présente de nombreuses limites, à commencer par le mode de recueil des données via un questionnaire en ligne sur des événements passés qui implique un biais inhérent de mémorisation. Les questions à choix multiples limitaient l'expression des réponses mais permettaient d'obtenir des résultats plus cohérents. Ce problème a été limité par la possibilité de commentaires libres à certaines questions. De nombreuses questions ont reposé sur des auto-évaluations par échelles de Likert avec par conséquent une subjectivité des réponses mais qui était recherché dans cette enquête. La participation était libre et anonyme, ainsi notre échantillon est peut-être biaisé car composé des OSNP les plus intéressés par leur profession et donc les plus enclins à fournir des réponses positives. Les réponses apportées peuvent ne pas refléter la réalité du terrain du fait d'un biais de désirabilité sociale. Les SAS sont des dispositifs encore immatures, mis en place très récemment et victimes du contexte actuel de crise globale du système d'urgence. Cette enquête a été volontairement réalisée précocement pour proposer des pistes aux prochains SAS en cours de développement mais il est possible que cette précocité ait été un facteur limitant pour l'évaluation du fonctionnement de ces centres et, de fait, pour l'évaluation de la fonction des OSNP en leurs seins. La vocation exploratoire de cette enquête permet cependant de limiter l'impact de ces facteurs et, ne cherchant pas à mettre en évidence d'associations fortes, propose tout de même des pistes de réflexions pour d'autres études plus approfondies sur le sujet.

V. CONCLUSION GENERALE :

L'histoire a montré les limites d'une gestion dichotomique des soins urgents et non programmés par deux secteurs indépendants que sont la médecine libérale et la médecine hospitalière. L'évolution du système de santé et la structuration des services dédiés à l'urgence en France ont abouti à la création du SAS. Ce service a pour vocation de rassembler les acteurs ambulatoires et hospitaliers afin de parvenir à la gestion de la totalité des demandes en santé, des soins non programmés aux urgences vitales. L'étude de l'adéquation des passages aux urgences est limitée par l'absence de définition consensuelle de ce qu'est une urgence en santé et par la difficulté d'évaluer, à priori, l'évolution d'une condition à un instant donné. Il est cependant établi qu'une augmentation constante de la sollicitation de ces services a abouti à une surcharge et à un mésusage. Certaines populations, faute d'alternatives, sont particulièrement représentées dans les services d'urgences : c'est le cas de la population gériatrique, et des sujets en situation de précarité.

Le SAS est un service accessible via un numéro unique, organisé autour de 2 filières centrales : une filière urgente et une filière de médecine générale. L'appelant est orienté vers l'une ou l'autre de ces filières après un bref échange avec un professionnel de santé (ARM) qui doit relever les informations clés pour permettre une orientation de l'appel adéquate. Cette qualification est un 1^{er} niveau de réponse. La demande de l'appelant sera ensuite prise en charge par un 2^e niveau dans la filière la plus adaptée, un appel pour une urgence sera pris en charge par un médecin urgentiste et un appel pour une demande de soins non programmé par un généraliste. La filière urgence reste fondée sur le principe de fonctionnement du SAMU actuel. La filière ambulatoire est la véritable nouveauté du dispositif, elle s'organise autour du MRG et de l'OSNP.

La fonction d'OSNP a été créée à l'occasion du développement de la filière ambulatoire. Les premiers OSNP ont pris poste dans les SAS sans qu'un référentiel de compétences et d'activités ne soit rédigé. Or, comme la réussite des SAS repose sur la stabilité des filières socles et que la filière ambulatoire est composée d'OSNP et de MRG la question du profil et de la place des OSNP s'est posée. Nous avons réalisé une enquête exploratoire, nationale, déclarative, auprès des OSNP de tous les centres 15 passés en mode SAS entre le mois de Janvier et de Juin 2023. Nous avons inclus 115 OSNP provenant de 28 SAS. L'autoévaluation des connaissances et des compétences à l'issue de la formation montrait que le groupe ayant reçu une formation d'une durée supérieure à 6 jours avait des résultats supérieurs aux autres groupes. La formation par

jeux de rôles ressortait comme un bon outil pédagogique. Les interlocuteurs identifiés comme étant les plus fréquents étaient les MRG et les cabinets médicaux. Les activités principales des OSNP étaient l'organisation de rendez-vous médicaux ; l'orientation vers le MRG et l'accueil d'un appel pour une demande de SNP. L'évaluation de la capacité à réaliser les tâches professionnelles demandées était meilleure pour les groupes ayant une ancienneté supérieure à 3 mois et pour le groupe ayant bénéficié d'une formation de plus de 6 jours. De même, les difficultés ressenties diminuaient au cours du temps avec peu de difficultés à partir de 3 mois d'ancienneté.

Cette enquête a le mérite de s'intéresser à un thème d'actualité où les données font actuellement défaut. Les OSNP en poste disent être globalement satisfaits de leur activité et les tâches qu'ils réalisent sont conformes aux attendus du SAS. Une formation à ce poste semble nécessaire et une durée supérieure à 6 jours préférable. De même, il apparaît intéressant d'adjoindre une formation pratique avec des modalités pédagogiques innovantes telles que les jeux de rôles. Afin de limiter les difficultés rapportées durant les 3 premiers mois en poste, un accompagnement à la prise de fonction est à réfléchir. Ainsi, malgré ces limites, ce travail apporte des pistes de réflexion pour le recrutement, la formation, les missions à confier aux OSNP et leur encadrement afin de construire une filière ambulatoire opérationnelle et efficiente.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Oberlin M, Andrès E, Behr M, Kepka S, Le Borgne P, Bilbault P. La saturation de la structure des urgences et le rôle de l'organisation hospitalière : réflexions sur les causes et les solutions. *Rev Médecine Interne* [Internet]. 1 oct 2020 [cité 28 juin 2023];41(10):693-9. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866320302149>
2. Enquête SUDF en Juillet 2022 - Le rapport / Samu - Urgences de France [Internet]. [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/infos-du-ca-de-sudf/enquete-sudf-en-juillet-2022-/art_id/1064
3. Samu Urgences de France. RÉSULTATS DE L'ENQUETE SUDF ETE 2023 : QUEL BILAN POUR LES URGENCES ET LES SMUR ? 2023.
4. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med*. août 2003;42(2):173-80.
5. JY Le Grall. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences [Internet]. 2015 juill [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/rapport/35007-rapport-sur-la-territorialisation-des-activites-durgences>
6. Gill JM. Use of hospital emergency departments for nonurgent care: a persistent problem with no easy solutions. *Am J Manag Care*. déc 1999;5(12):1565-8.
7. Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med* [Internet]. 1 mars 2011 [cité 28 juin 2023];29(3):333-45. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675710000045>
8. Morgans A, Burgess SJ. What is a health emergency? The difference in definition and understanding between patients and health professionals. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc*. août 2011;35(3):284-9.
9. Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: Appropriate or not? *Ann Emerg Med* [Internet]. 1 nov 1994 [cité 25 juin 2023];24(5):953-7. Disponible sur: [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(94\)70213-6/abstract](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(94)70213-6/abstract)
10. Académie Française de Médecine. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 26 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=soins+non+programm%C3%A9s>
11. Leveau P. Médecine d'urgence dans le monde. In: EMC - médecine d'urgence [Internet]. Elsevier Masson; 2015. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/968719/medecine-d-urgence-dans-le-monde>
12. NHS. BMJ Careers. Definitions of urgent and unscheduled care for general practitioner (NHS). Disponible sur: <https://www.bmj.com/careers/article/gp-training-urgent-and-unscheduled-care-including-out-of-hours->
13. ORS - Pays de la Loire. Soins non programmés. Perceptions et pratiques des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire. N° 24. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale [Internet]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/soins-non-programmes-perceptions-et-pratiques-des-medecins-generalistes-liberaux-des>
14. Langer S, Chew-Graham C, Hunter C, Guthrie EA, Salmon P. Why do patients with long-term conditions use unscheduled care? A qualitative literature review. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2013 [cité 26 mai 2023];21(4):339-51. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2524.2012.01093.x>
15. P. Carli, T. Mesnier. Pour un pacte de refondation des urgences. [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/textes-reglementaires/rapport_Pacte_refondation_urgences_2019-058R.pdf

16. American College of Emergency Physicians. Definition of Emergency Medicine [Internet]. [cité 26 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/definition-of-emergency-medicine>
17. European Society of Emergency Medicine - EuSEM S. Eusem - What is EM? [Internet]. [cité 26 mai 2023]. Disponible sur: <https://eusem.org/about-us/emergency-medicine/what-is-em>
18. Marin P. Chapitre 8. La lente maturation du système de santé en France. In: Manuel de santé publique [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2020 [cité 8 juill 2023]. p. 231-56. (Références Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-de-sante-publique--9782810907380-p-231.htm>
19. SAFON M.O. Les réformes hospitalières en France : aspects historiques et réglementaires : Synthèse documentaire. [Internet]. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA, éditeur. Paris : IRDES; 2021. (Synthèses & Bibliographies Irdes). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>
20. Huteau G. Chapitre 7. La protection sociale de la santé. In: Manuel de santé publique [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2020 [cité 14 juill 2023]. p. 199-230. (Références Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-de-sante-publique--9782810907380-p-199.htm>
21. Ministère de la santé et de la prévention. L'histoire de la Sécurité sociale en quelques dates clés. [Internet]. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/histoire/les-grandes-dates>
22. Club de l'histoire de l'anesthésie et de la réanimation. Anesthésie, Analgésie, Réanimation et Samu (de 1945 aux années 2000). TOME II : « Le Samu ». Glyphes. Vol. II. 240 p.
23. Menthonnex P, Menthonnex E. Histoire de la médecine d'urgence de Napoléon à nos jours. Urgences 2010 [Internet]. 2010; Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Histoire_de_la_medecine_d_urgence_de_Napoleon_a_nos_jours-_Menthonnex_urgences_2010_.pdf
24. A. Vuagnat ; F. Toutlemonde ; HCSP (Haut Conseil de la santé publique). Histoire des urgences et des évaluations de l'adéquation à leur recours. Actual Doss En Santé Publique ADSP. (109 (Décembre 2019)).
25. Carli P. La médecine d'urgence de la création aux perspectives. J Eur Urgences Réanimation [Internet]. 1 sept 2022 [cité 17 juill 2023];34(2):54-63. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211423822000396>
26. Le docteur Colin, accusé de non-assistance à personne en danger, est jugé à Nancy. Le Monde.fr [Internet]. 6 mai 1965 [cité 7 juill 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/archives/article/1965/05/06/le-docteur-colin-accuse-de-non-assistance-a-personne-en-danger-est-juge-a-nancy_2172390_1819218.html
27. La Confédération des syndicats médicaux demande une modification de la législation et la création d'un service d'urgence. Le Monde.fr [Internet]. 4 juin 1965 [cité 7 juill 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/archives/article/1965/06/04/la-confederation-des-syndicats-medicaux-demande-une-modification-de-la-legislation-et-la-creation-d-un-service-d-urgence_2177840_1819218.html
28. APM News. www.sfmu.org/fr/actualites. [cité 23 sept 2023]. Les députés accordent aux assistants de régulation médicale le statut de professionnels de santé. Disponible sur: https://www.sfmu.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/les-deputes-accordent-aux-assistants-de-regulation-medicale-le-statut-de-professionnels-de-sante/new_id/68847
29. texte FC économique et social A du. L'urgence à l'hôpital : séances des 11 et 12 avril 1989 / [Conseil économique et social] ; [rapport présenté par M. Adolphe Steg] [Internet]. 1989 [cité 15 juill 2023]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k3320020m>
30. Chapitre 12 : La permanence des soins ambulatoire. Rapport de la cours des comptes sur la sécurité sociale 2013 [Internet]. [cité 17 juill 2023]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf

31. Section 1 : Permanence des soins en médecine générale (Articles R6315-1 à R6315-6-1) - Légifrance [Internet]. [cité 17 juill 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190917/
32. Samu Urgences de France. Le Livre Blanc des Urgences [Internet]. 2015 [cité 7 juill 2023]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/infos-du-ca-de-sudf/-le-livre-blanc-des-urgences/art_id/821
33. Science Po : Chaire Santé. Les urgences : un symptôme des changements de la société ?
34. Cour des comptes. Rapport annuel de la cour des comptes 2014 – Chapitre XII : les urgences hospitalières : une fréquentation croissante et une articulation avec la médecine de ville à repenser. [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf
35. La cour des comptes. Rapport public annuel de la cour des comptes 2019 - Tome 2 - Chapitre 8 : Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités.
36. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand [Internet]. [cité 17 juill 2023]. Disponible sur: <https://ideas.repec.org/p/oec/elsaad/83-en.html>
37. DREES. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 juin 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/01-enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin>
38. DREES. 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 juin 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/9-patients-sur-10-qui-se-rendent-aux-urgences-consultent-aussi>
39. Morel S. L'urgence à plusieurs « vitesses » : fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence [Internet] [These de doctorat]. Nantes; 2014 [cité 27 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.theses.fr/2014NANT3036>
40. Ladner J, Bailly L, Pitrou I, Tavolacci MP. Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soins. *Prat Organ Soins* [Internet]. mars 2008;(Vol. 39, N°1):33-42. Disponible sur: <http://www.ameli.fr>
41. Chellen S. Évaluation des déterminants d'un recours spontané aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale. 12 mai 2021 [cité 18 juill 2023];64. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03562178>
42. DREES. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 juin 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/urgences-la-moitie-des-patients-restent-moins-de-deux-heures>
43. Durand AC, Gentile S, Amadei E, Haro J, Tardieu S, Giraud C, et al. P5-7 Motifs de recours aux urgences de l'Hôpital Nord de Marseille. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique* [Internet]. 1 sept 2004 [cité 18 juill 2023];52:92. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762004992711>
44. Predictors and outcomes of frequent emergency department users - PubMed [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12670845/>
45. Bieler G, Paroz S, Faouzi M, Trueb L, Vaucher P, Althaus F, et al. Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. janv 2012;19(1):63-8.

46. Consultations itératives aux urgences pédiatriques - EM consulte [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/280541/consultations-iteratives-aux-urgences-pediatriques>
47. Les poly-consommateurs des urgences diffèrent-ils des patients ne venant qu'une seule fois dans l'année ? – ORU Occitanie [Internet]. 2023 [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://oruoccitanie.fr/les-poly-consommateurs-des-urgences-different-ils-des-patients-ne-venant-quune-seule-fois-dans-lannee/>
48. Inégalités sociales de santé et médecine d'urgence | Annales françaises de médecine d'urgence [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: https://afmu.revuesonline.com/articles/lvafmu/abs/2021/01/lvafmu_2021_sprurge001145/lvafmu_2021_sprurge001145.html
49. DREES. Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 juin 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/urgences-plus-du-quart-des-passages-concernent-les-enfants-de>
50. Perret S, Gehri M, Pluies J, Rossi I, Akre C. Familles fréquentant un service d'accueil des urgences pédiatriques : expérience, satisfaction et besoins. Arch Pédiatrie [Internet]. 1 oct 2017 [cité 26 sept 2023];24(10):960-8. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X17303111>
51. Recours inappropriés aux urgences pédiatriques par les parents : approche qualitative d'un comportement multidimensionnel | Annales françaises de médecine d'urgence [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: https://afmu.revuesonline.com/articles/lvafmu/abs/2018/05/lvafmu_2018_sprurge000896/lvafmu_2018_sprurge000896.html
52. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-agees-aux-urgences-une-patientele-au-profil>
53. François Puisieux, Anne-Laure Féral-Pierssens. Personnes âgées. In: La médecine d'urgence au coeur des filières de soins. Lavoisier. Lille; 2022. (Références en médecine d'urgence).
54. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile>
55. Henricson J, Ekelund U, Hartman J, Ziegler B, Kurland L, Björk Wilhelms D. Pathways to the emergency department - a national, cross-sectional study in Sweden. BMC Emerg Med. 7 avr 2022;22(1):58.
56. Chiffres-Clés Urgences 2022 – ORU Occitanie [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://oruoccitanie.fr/chiffres-cles-2022/>
57. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, Khoury CE, Yordanov Y. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. BMJ Qual Saf [Internet]. 1 juin 2020 [cité 28 juin 2023];29(6):449-64. Disponible sur: <https://qualitysafety.bmj.com/content/29/6/449>
58. Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. Am J Emerg Med [Internet]. 1 mars 2011 [cité 28 juin 2023];29(3):333-45. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675710000045>
59. CP058 - Le Fast-Track : Un moyen efficace de gestion de flux [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/communications/resume/resume_58.htm

60. Valade B. L'urgence médicale : de la pratique à la pensée. In: La gouvernance des innovations médicales [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2007 [cité 27 mai 2023]. p. 85-96. (La Politique éclatée). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-gouvernance-des-innovations-medicales--9782130562627-p-85.htm>
61. Patients en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant : un plan d'actions est lancé [Internet]. 2023 [cité 23 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/patients-en-affection-de-longue-duree-ald-sans-medecin-traitant-un-plan-d-actions-est-lance>
62. DREES. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 juin 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/genese-des-recours-urgents-ou-non-programmes-la-medecine-0>
63. ORS - Pays de la Loire. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France (aux heures d'ouverture des cabinets de ville). déc 2017; Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2017_PDF/2017_frequence_SNP_urml_note.pdf
64. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde | Cairn.info [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-517.htm>
65. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-sorganisent-au-quotidien>
66. claire. Généralistes et soins non programmés : Enquête [Internet]. URPS médecins libéraux Ile-de-France. 2020 [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/les-medecins-generalistes-franciliens-acteurs-incontournables-des-soins-non-programmes/>
67. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins : Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. 2018 mai. Disponible sur: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
68. Blondel B. Satisfaction des patients sur les soins non programmés : étude quantitative en maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires normandes. 28 juin 2022 [cité 27 juill 2023];60. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03711544>
69. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 27 juill 2023]. Les maisons de santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
70. DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 27 juill 2023]. Les centres de santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>
71. Fédération française des centres de soins non programmés (FFCSNP) [Internet]. [cité 27 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ffcsnp.fr>
72. APM News. CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMÉS: UNE RÉFLEXION SUR LA LABELLISATION « EN COURS » AU MINISTÈRE [Internet]. [cité 27 juill 2023]. Disponible sur: https://www.sfm.ufr.fr/actualites/actualites-de-l-urgences/centres-de-soins-non-programmes-une-reflexion-sur-la-labelisation-en-cours-au-ministere/new_id/69003
73. La mission « Tour de France des CPTS » [Internet]. 2023 août [cité 4 août 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/la-mission-tour-de-france-des-cpts>
74. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 4 août 2023]. Disponible sur: <https://igas.gouv.fr/Deploiement-des-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante.html>

75. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023. Tout savoir sur le SAS. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas>

76. Nicole Notat M de la S et de la P. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Ségur de la santé : les conclusions. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions>

77. Déclaration de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, sur les services d'urgences médicales et l'accueil à l'hôpital, Paris le 9 septembre 2019. [Internet]. 2019 [cité 30 juin 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/discours/271896-agnes-buzyn-09092019-refondation-des-urgences-medicales>

78. Article L6311-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043423341

79. Généralisation du Service d'accès aux soins (SAS) [Internet]. 2023 juin [cité 28 juin 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/generalisation-du-service-d-acces-aux-soins-sas>

80. Ministère de la santé et de la prévention. Instruction DGOS/R2/2020/129 du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentateurs du service d'accès aux soins. 2020 juill.

81. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023. Une plateforme numérique nationale en appui aux professionnels du SAS. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/une-plateforme-numerique-nationale-en-appui-aux-professionnels-du-sas>

82. Instruction DGOS du 23 décembre relative aux attendus pour la mise en place du Service d'accès aux soins (SAS) dans les territoires dans le cadre de la généralisation progressive du dispositif. 2023;94-119.

83. Y. Penverne, P-G. Reuter, L. Radou. La régulation du futur : comment améliorer notre système de santé ? In: La médecine d'urgence de demain. Lavoisier. Poitiers; 2023. p. 3-17. (Références en médecine d'urgence.).

84. Le numéro commun santé : enjeux et impacts | Annales françaises de médecine d'urgence [Internet]. [cité 14 juill 2023]. Disponible sur: https://afmu.revuesonline.com/articles/lvafmu/abs/2021/05/lvafmu_2021_sprurge001199/lvafmu_2021_sprurge001199.html

85. Cone DC, Galante N, MacMillan DS. Can emergency medical dispatch systems safely reduce first-responder call volume? Prehosp Emerg Care. 2008;12(4):479-85.

86. Penverne Y, Moutard, R. MARCUS : mission de Modernisation de l'Accessibilité et de la Réception des Communications d'Urgence pour la Sécurité, la Santé et les Secours. [Internet]. 2019 déc. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/20_actualites/actussfm/Rapport_MARCUS_extraits.pdf

87. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 25 août 2022]. SAMU : amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3211255/fr/samu-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins

88. Recrutement des PH, la grande panne ? Le CNG alerte sur la chute du nombre de candidatures, malgré plus de 10 000 postes vacants. Le Quotidien du Médecin [Internet]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/recrutement-des-ph-la-grande-panne-le-cng-alerte-sur-la-chute-du-nombre-de-candidatures-malgre-plus>

89. Inspection générale des affaires sociales. Evaluation des mesures de la mission flash sur les urgences et les soins non programmés. [Internet]. 2022 sept p. 192. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/evaluation_des_mesures_urgences_ete_rapport_definitif_mise_en_ligne.pdf

90. Penverne Y, Terré M, Javaudin F, Jenvrin J, Berthier F, Labady J, et al. Connect dispatch centers for call handling improves performance. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 20 févr 2019;27(1):21.

91. Tarifs des soins non programmés, deux poids, deux mesures ? Furieux, SOS médecins arrête de collaborer avec les SAS dès juillet. Le Quotidien du Médecin [Internet]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/tarifs-des-soins-non-programmes-deux-poids-deux-mesures-furieux-sos-medecins-arrete-de-collaborer>
92. Projet SAS 50: description des étapes de la mise en place du Service d'Accès ... - Marie Caruso, Université de Caen Normandie. UFR Santé - Google Livres [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: https://books.google.fr/books/about/Projet_SAS_50.html?id=BzMAzWEECAAJ&redir_esc=y
93. Benoiton M. Amélioration de l'accès aux soins par la mise en place et le déploiement du service d'accès aux soins sur le territoire national. 2022.
94. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023. Le dispositif de recontact Vigilans. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans>
95. Vivien B, Jourdain G. Service d'accès aux soins et SAMU 2.0 : ne pas oublier la régulation médicale pédiatrique ! Ann Fr Médecine D'urgence [Internet]. nov 2022 [cité 5 juill 2023];12(6):347-8. Disponible sur: <https://afmu.revuesonline.com/10.3166/afmu-2022-0457>
96. Durchon C, Vanderlan S, Jegard A, Saram H, Falchi M, Campeotto F, et al. An Interactive Interface for Displaying Recommendations on Emergency Phone Triage in Pediatrics. Stud Health Technol Inform. 25 mai 2022;294:430-4.
97. Viglino D, Vesin A, Ruckly S, Morelli X, Slama R, Debaty G, et al. Daily volume of cases in emergency call centers: construction and validation of a predictive model. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 29 août 2017;25(1):86.
98. Kue RC, Dyer KS. The impact of heat waves on transport volumes in an urban emergency medical services system: a retrospective review. Prehospital Disaster Med. déc 2013;28(6):610-5.
99. Goix L, Petrovic T, Chanzy E, De Stefano C, Akodad H, Reuter PG, et al. [Impact of extreme temperatures on primary care requirement in France: the CHAUFOS Study (2010-2018)]. Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr. 2019;Vol. 31(4):535-41.
100. Idland S, Iversen E, Brattebø G, Kramer-Johansen J, Hjordahl M. From hearing to seeing: medical dispatchers' experience with use of video streaming in medical emergency calls - a qualitative study. BMJ Open. 16 déc 2022;12(12):e063395.
101. Pineau G, Jenvrin J, Péré M, Penverne Y, Montassier E, Martinage A. Videoconferencing in the emergency medical dispatch center: A pilot study. Am J Emerg Med [Internet]. 1 mars 2021 [cité 14 juill 2023];41:257-8. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675720304800>
102. Reuter PG, Perolat N, Boutet J, Douge G, Loeb T. Association of patient satisfaction with use of text message by an emergency medical communication centre. Eur J Emerg Med [Internet]. avr 2022 [cité 17 juill 2023];29(2):140. Disponible sur: https://journals.lww.com/euro-emergencymed/Citation/2022/04000/Association_of_patient_satisfaction_with_use_of.15.aspx
103. Agence du Numérique en Santé [Internet]. [cité 14 juill 2023]. Systèmes d'information et de télécommunication des Samu-Centres 15. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/si-samu>
104. Programme SI-Samu / INSTRUCTION N° DGOS/PF5/R2/2022/201 relative à la nouvelle orientation du programme SI Samu / Samu - Urgences de France [Internet]. [cité 14 juill 2023]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/si_samu/-instruction-n-dgos-pf5-r2-2022-201-relative-a-la-nouvelle-orientation-du-programme-si-samu/art_id/1076
105. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 20 juill 2023]. La carte de France des SAS en fonctionnement. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas>

LEXIQUE

(S)AMU : (Service d')Aide Médicale Urgente

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNG : Centre National de Gestion

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

CS : Centre de Santé

CSNP : Centre de Soins Non Programmés

DES(C) : Diplôme d'Etude Spécialisé (complémentaire)

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

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

MMG : Maisons Médicales de Garde

MRG : Médecin Régulateur Généraliste

MRU : Médecin Régulateur Urgentiste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelles

OSNP : Opérateurs de Soins Non Programmés

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAS : Service d'Accès aux Soins

SAU(P) : Services d'Urgences (Pédiatrique)

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNP : Soins Non Programmés

SUdF : Samu Urgences de France

ANNEXE

Enquête OSNP

Notre système de santé évolue à grande vitesse et un des enjeux majeurs de cette mutation réside dans l'articulation entre les soins non programmés et la médecine hospitalière. Le service d'accès aux soins (SAS) est un dispositif prévu depuis le pacte de refondation des urgences (2019) qui devrait permettre de fluidifier le parcours patient dans sa globalité.

Le SAS associera la régulation de l'aide médicale urgente et la régulation dite libérale des soins non programmés. Au cœur de ce dispositif les opérateurs de soins non programmés (OSNP), auront un rôle décisif à jouer.

Une fiche de poste de la Direction Générale de l'Offre de Soins est disponible pour définir les contours du champ d'action de ces professionnels. Il n'existe pas à ce jour de référentiel métier précis ou de référentiel de compétences.

Cette enquête a pour objectif d'obtenir les premières informations sur les nouveaux acteurs de soins que sont les OSNP : La première partie de ce questionnaire vise à obtenir des informations générales. Les parties suivantes cherchent à étudier la formation initiale (théorique et pratique). Enfin la dernière partie renseigne sur les détails de la prise de poste.

INFORMATIONS IMPORTANTES :

- Cette étude est anonyme.
- La durée estimée de ce questionnaire est comprise entre 5 et 10 minutes.

* Indique une question obligatoire

Partie 1 : Profil socio-démographique

Cette partie comporte des questions sur votre genre, âge, votre cursus et votre passé professionnel.

1. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- Un homme
- Une femme
- Je ne souhaite pas le préciser

2. Votre âge est compris entre : *

Une seule réponse possible.

- 20 et 29 ans
- 30 et 39 ans
- 40 et 49 ans
- 50 et 59 ans
- 60 ans et plus

3. Quel est votre statut familial/matrimonial ?

Plusieurs réponses possibles.

- Célibataire
- Marié(e) ou en concubinage
- Séparé(e) ou divorcé(e)
- Enfant(s) à charge

4. Quel est le département auquel votre SAS est rattaché ? *

Une seule réponse possible.

Liste déroulante

5. Votre niveau d'étude : *

Plusieurs réponses possibles.

Une seule réponse possible.

- Sans diplôme
- CAP/BEP (autres diplômes techniques)
- Baccalauréat toutes filières
- Licence université (IUT / BTS / BAC +3)
- Master université (BAC +4 ou +5)
- Formation professionnalisante
- Autre : _____

6. Dans votre passé professionnel vous avez déjà travaillé comme : *

Plusieurs réponses possibles.

- Agent administratif
- Assistant de téléphonie
- Secrétaire médicale
- Assistant de régulation médicale
- Agent de service hospitalier (ASH) ou aide soignant (AS)
- Secouriste (y compris pompier et ambulancier)
- Autre : _____

7. Dans le domaine de l'urgence vous avez bénéficié de (des) formation(s) suivantes il y a moins de 3 ans : *

AFGSU : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

SST : Sauveteur secouriste au travail

PCS : Prévention et secours civique

Plusieurs réponses possibles.

- SST
- PCS 1 et 2
- AFGSU niveau 1
- AFGSU niveau 2
- Aucune de ces formations dans les 3 dernières années
- Autre : _____

Partie 2 : à propos de la formation dont vous avez bénéficié pour devenir OSNP :

Les questions suivantes ont pour objectifs d'évaluer la teneur de la formation dispensée en rapport avec les "savoirs, savoirs faire et savoir être" préalable à la prise de poste.

8. Avez vous suivi une formation avant de prendre votre poste ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Passer à la question 22*

Partie 2 : Formation théorique et pratique :

9. à propos de la durée de la formation théorique : *

Une seule réponse possible.

- Moins de 3 demi journées (< 9heures)
 Entre 3 et 5 demi journées (9 à 15 heures)
 Entre 5 et 8 demi journées (15 à 24 heures)
 Entre 8 et 12 demi journées (24 à 36 heures)
 Plus de 12 demi journées (>36heures)

10. La formation théorique comprenait au moins une partie sur : *

Plusieurs réponses possibles.

- l'organisation des systèmes de soins et de l'aide médicale urgente
 l'organisation des réseaux sanitaires et sociaux
 la géographie et la topographie du secteur sanitaire d'activité
 la gestion du stress
 l'accueil et la gestion d'un appel téléphonique dans le domaine de la santé
 le vocabulaire médical
 l'outil informatique et la bureautique
 l'existence et l'appropriation de protocoles ou procédures locales
 les techniques de communication
 la hiérarchisation des actions dans une situation imprévue potentiellement urgente
 Autre : _____

15. Jugez vos connaissances sur **la géographie et la topographie du secteur sanitaire** dans lequel vous travaillerez, à l'issue de la formation :

*

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune connaissance Connaisances précises, approfondies.

16. Jugez votre compétence à **la maîtrise des logiciels informatiques, de la téléphonie et des outils métiers** à l'issue de la formation :

*

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Compétence non acquise Maitrise parfaite de la compétence, aisance et autonomie totale

17. Jugez votre compétence à **la récolte et à la communication d'informations téléphonique en situation réelle** à l'issue de la formation :

*

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Compétence non acquise Maitrise parfaite de la compétence, aisance et autonomie totale

18. Jugez votre compétence à **gérer une situation de stress** à l'issue de la formation :

*

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Compétence non acquise Maitrise parfaite de la compétence, aisance et autonomie totale

19. Jugez votre compétence à **réagir rapidement et hiérarchiser vos actions face à une situation imprévue** à l'issue de la formation :

*

Une situation imprévue peut être par exemple la remise en question d'une orientation faite par un de vos collègue, le rappel d'un requérant qui finalement présente une pathologie urgente, etc...

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Compétence non acquise Maitrise parfaite de la compétence, aisance et autonomie totale

20. Pouvez vous **évaluer votre formation d'OSNP à la lumière de votre activité** depuis votre prise de fonction : *

Une seule réponse possible.

Insatisfait : formation incomplète, nombreuses lacunes dans plusieurs des points que j'ai du découvrir par moi même

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Extrêmement satisfait : formation exhaustive, complète, la totalité des savoirs, savoirs faire et savoir être étaient maîtrisés.

21. Avez vous des commentaires **sur la formation dont vous avez bénéficié** ?

Vous pouvez explicitez certains points :

- proposer des axes d'amélioration,
- évoquez des points que vous aimeriez aborder plus en détails ou à l'inverse,
- ...

Partie 3 : Prise de fonction

22. Depuis combien de temps avez vous pris votre fonction d'OSNP en SAS : *

Une seule réponse possible.

- Moins d'un mois
- Entre 1 et 3 mois
- Entre 3 et 6 mois
- Entre 6 et 12 mois
- Plus de 12 mois

23. à propos de votre rythme de travail : *

Plusieurs réponses possibles.

- Vous travaillez à temps partiel (50% ou moins)
- Vous travaillez à temps plein (équivalent 35heures)
- Une partie de votre temps de travail est effectué de nuit (entre 22heures et 7heures)
- Votre poste est occupé par vous ou un de vos collègues 24h/24
- Autre : _____

24. Dans votre SAS il y a : *

ATTENTION : question primordiale pour comprendre l'avancée du SAS et de la mise en place des différentes modalités qui le composent.

Plusieurs réponses possibles.

- Une régulation de médecine libérale
- Une régulation réseaux périnatalité (sage femme ou pédiatre)
- Une régulation psychiatrique
- Une régulation gériatrique
- Une régulation "psycho-sociale ou "SAMU social"
- Une assistante sociale
- Des infirmiers ou infirmiers de pratique avancé
- Un agent du centre antipoison
- Autre : _____

26. à propos de vos activités principales : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Tache non réalisée	Rarement	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par jour	Au moins 1 fois par heure
Accueil téléphonique et déterminer le motif d'appel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orienter l'appel vers un médecin régulateur généraliste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organiser un rendez vous médical non programmé au cabinet ou à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organiser un rendez vous paramédical : Infirmier, kiné, dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envoi d'une ambulance via ARM ou coordination ambulancière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transmission de coordonnées à l'appelant (maison médicale, cabinet, pharmacie...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mise à jour des bases de données	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mise en œuvre de téléconsultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ré-orientation d'appel vers un médecin régulateur urgentiste : situation à risque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27 Dans vos tâches principales évaluez votre **capacité à accueillir un appel téléphonique de demande de soin non programmé ou de conseil médical** :

*

Une seule réponse possible.

0	<input type="radio"/>	Capacité non maitrisée
1	<input type="radio"/>	
2	<input type="radio"/>	
3	<input type="radio"/>	
4	<input type="radio"/>	
5	<input type="radio"/>	
6	<input type="radio"/>	
7	<input type="radio"/>	
8	<input type="radio"/>	
9	<input type="radio"/>	
10	<input type="radio"/>	Capacité parfaitement maitrisée

28 Dans vos tâches principales évaluez votre **capacité à gérer un flux important d'appels entrants en fonction des ressources disponibles** :

*

Une seule réponse possible.

0	<input type="radio"/>	Capacité non maitrisée
1	<input type="radio"/>	
2	<input type="radio"/>	
3	<input type="radio"/>	
4	<input type="radio"/>	
5	<input type="radio"/>	
6	<input type="radio"/>	
7	<input type="radio"/>	
8	<input type="radio"/>	
9	<input type="radio"/>	
10	<input type="radio"/>	Capacité parfaitement maitrisée

29. Dans quelle mesure avez vous ressenti des **difficultés dans l'exécution de vos tâches** professionnelles : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Réponse impossible	Aucune difficultés	Peu de difficultés	Des difficultés passagères sans conséquences	Des difficultés fréquentes impactant mon travail	De grande difficultés
Dans les premiers temps de votre prise de poste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 mois après votre prise de poste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ces derniers temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. à l'heure actuelle êtes vous **satisfait de votre activité professionnelle en tant qu'OSNP** ? *

Une seule réponse possible.

Pas du tout satisfait

0

1

2

3

4

5

Très satisfait

31. Avez vous des remarques ou des commentaires quant à votre activité, vos tâches, votre environnement ?

32. Si vous pouviez faire une formation complémentaire, sur quels aspects souhaiteriez vous être formé ?

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité. Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”

RESUME

Introduction :

L'évolution du système de santé et la structuration des services dédiés à l'urgence en France ont abouti à la création du SAS. Ce service a pour vocation de rassembler les acteurs ambulatoires et hospitaliers afin de parvenir à la gestion de la totalité des demandes en santé. L'étude de l'adéquation des passages aux urgences a montré qu'un grand nombre de consultations aurait pu être réalisé en médecine de ville. Le SAS doit permettre de structurer les demandes de soins en amont des urgences afin d'optimiser les ressources disponibles en matière de soins urgents.

Le service d'accès aux soins :

Le SAS est un service accessible via un numéro unique, organisé autour d'une filière urgente (fondée sur le principe de fonctionnement du SAMU) et d'une filière de médecine générale. L'appelant est orienté vers la filière la plus adaptée à sa demande après un bref échange avec un ARM spécialisé. La filière ambulatoire est la véritable nouveauté du dispositif, elle s'organise autour du MRG et de l'OSNP. Cette filière doit permettre de répondre à toute demande de SNP en proposant une solution dans les 48 heures.

Les OSNP – enquête nationale sur un nouvel acteur de santé :

Introduction : Une fiche métier pour les OSNP a été établie par la DGOS avant le déploiement définitif des SAS. Il n'y a pas eu, depuis, de retour sur les profils, les formations dispensées et les tâches réalisés par ces nouveaux acteurs.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une enquête exploratoire, nationale, déclarative, auprès des OSNP de tous les centres 15 passés en mode SAS entre le mois de Janvier et de Juin 2023. Pour cela, nous avons diffusé un questionnaire de 32 questions aux responsables de SAS qu'ils ont ensuite diffusé à leur personnel.

Résultats : L'autoévaluation des connaissances et des compétences à l'issue de la formation montrait que le groupe ayant reçu une formation d'une durée supérieure à 6 jours avait des résultats supérieurs aux autres groupes. La formation par jeux de rôles ressortait comme un bon outil pédagogique. Les interlocuteurs identifiés comme étant les plus fréquents étaient les MRG et les cabinets médicaux. Les activités principales des OSNP étaient l'organisation de rendez-vous médicaux ; l'orientation vers le MRG et l'accueil d'un appel pour une demande de SNP. L'évaluation de la capacité à réaliser les tâches professionnelles demandées était meilleure pour les groupes ayant une ancienneté supérieure à 3 mois et pour le groupe ayant bénéficié d'une formation de plus de 6 jours. De même, les difficultés ressenties diminuaient au cours du temps avec peu de difficultés à partir de 3 mois d'ancienneté.

Conclusion : Les OSNP en poste déclarent être globalement satisfait de leur activité et les tâches qu'ils réalisent sont conformes aux attendus du SAS. Une formation à ce poste semble nécessaire et une durée supérieure à 6 jours préférable. Il apparaît intéressant d'adjoindre une formation pratique avec des modalités pédagogiques innovantes telles que les jeux de rôles. Afin de limiter les difficultés rapportées durant les 3 premiers mois en poste, un accompagnement à la prise de fonction est à réfléchir. Malgré ces limites, ce travail apporte des pistes de réflexion pour le recrutement, la formation, les missions à confier aux OSNP et leur encadrement afin de construire une filière ambulatoire opérationnelle et efficiente au cœur des futurs SAS.

Mots-clés :

Service d'accès aux soins (SAS) ; Service d'aide médicale urgente (SAMU) ; Accès aux soins ; Soins non programmés (SNP) ; Opérateurs de soins non programmés (OSNP) ; Régulation médicale ; Recours aux urgences.