



Faculté de médecine

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Laura LÉVÊQUE

Né(e) le 23/07/1994 à Châteauroux (36)

**Vécu des médecins généralistes régulateurs et/ou effecteurs du Service
d'Accès aux Soins du département de l'Indre (SAS 36)**

Présentée et soutenue publiquement le 14/12/2023 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Matthias BUCHLER, Néphrologie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

- Dr Céline RANTY, Médecine générale – Déols
- Dr Sylvaine LE LIBOUX, Médecine générale – Valençay
- Dr Christophe RUIZ, Médecine générale, MCA, Faculté de Médecine - Tours

RÉSUMÉ

Introduction : Le Service d'Accès aux Soins est un nouveau dispositif permettant d'orienter et de prendre en charge les patients en demande de soins urgents, sans médecin traitant ou lorsque celui-ci est indisponible. Le département de l'Indre a été choisi pour expérimenter le SAS comme 21 autres départements. L'Indre est un département rural, organisé en Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), dynamique dans la gestion des Soins Non Programmés (SNP), qui a su créer un SAS qui fonctionne. Ce nouveau service doit se généraliser à l'échelle nationale mais n'a été que peu étudié.

Objectif : Etudier l'expérience des médecins généralistes régulateurs et /ou effecteurs du SAS 36 et comprendre leur vécu.

Méthode : Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée entre mars et juillet 2023. 10 entretiens semi-dirigés ont été menés auprès des médecins généralistes régulateurs et/ou effecteurs du SAS 36.

Résultats : Les médecins se sont investis dans ce service pour s'entraider et offrir aux patients de leur territoire une solution à leur demande de soins urgents. Ils se sont organisés pour recevoir les patients sans surcharger leur planning. Ils se sentent valorisés dans leur fonction car ils se trouvent utiles pour les patients ainsi que pour leurs confrères généralistes et urgentistes. Cependant ils font face à des difficultés, surtout en régulation, pour lesquelles ils cherchent des solutions. Ils souhaitent pérenniser leur fonction au sein du SAS 36 tant que cela leur sera possible.

Discussion : Améliorer l'expérience des médecins du SAS 36 est possible via le recrutement de nouveaux médecins, la formation à la régulation, la prise en charge des patients isolés. Pour répondre au mieux aux attentes des patients, il faudrait étudier le vécu des patients habitant dans un territoire couvert par un SAS.

Mots clés : Service d'accès aux soins, soins non programmés, médecin généraliste

ABSTRACT

Introduction: The healthcare access service (named SAS) is a new system for referring and caring for patients in urgent need of care, without a GP or when their GP is unavailable. The department of Indre has been chosen to pilot the SAS, along with 21 other departments. The department of Indre is a rural department, organized into territorial professional health communities (named CPTS), with a dynamic approach to the management of unscheduled care, which has created an SAS that works. This new service is due to be rolled out nationwide, but has been little studied.

Objective: To study the experience of GPs regulators and / or effectors in SAS 36, and to understand their experiences.

Method: A qualitative study inspired by grounded theory was carried out between march and july 2023. 10 semi-directed interviews were conducted with GPs regulators and/or effectors in SAS 36.

Results: Doctors invested in this service to help each other and offer patients in their area a solution to their urgent care needs. They have organized themselves to receive patients without overloading their schedules. They feel valued in their role, because they find themselves useful to patients, as well as to their GP and emergency doctor colleagues. However, they face difficulties, especially in regulation, for which they are looking for solutions. They would like to remain with SAS 36 for as long as possible.

Discussion: Improving the experience of SAS 36 doctors is possible by recruiting new doctors, training in regulation and dealing with isolated patients. To best meet patients' expectations, we need to study the experience of patients living in an area covered by an SAS.

Key words: healthcare access service, unscheduled care, general practitioner

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER –
JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J.
CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA
LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES –
D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE
– Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE
– G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT
– H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER
– J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D.
SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURLIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayaché.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 – ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
EL AKIKI Carole.....Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....Orthophoniste
SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Matthias BUCHLER, de me faire l'honneur de présider ce jury et de porter de l'intérêt à mon travail. Merci d'avoir contribué à ma formation au sein de la Faculté de Médecine de Tours.

Au Docteur Céline RANTY, d'avoir accepté de juger mon travail. Merci de ta bienveillance, de toutes les connaissances que tu m'as apporté au cours de mon SASPAS et de ces bons moments partagés avec Manue.

Au Docteur Sylvaine LE LIBOUX, d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci de ta disponibilité et de ta réactivité. Tu m'as fait connaître le SAS avec Yves, je ne peux que te remercier de m'avoir accompagnée jusqu'ici. Merci de me faire confiance en tant que remplaçante. Et merci de ton engagement pour l'avenir des jeunes médecins.

Au Docteur Christophe RUIZ, d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci de votre disponibilité et de vos bons conseils pour mener à bien cette étude. Vous n'avez pas hésité à m'aider alors que l'on ne se connaissait pas, je vous en suis très reconnaissante. Et merci de votre investissement au DUMG.

Aux médecins qui ont participé à cette étude, un grand merci ! Ce travail a été possible grâce à vous, grâce au temps que vous m'avez accordé.

Au CDOM de L'Indre et à Madame Marine COUSSET, merci pour votre aide.

Aux médecins et aux équipes qui m'ont accueilli et formé au cours de mes stages d'internat. Merci à l'équipe des **Urgences du CHRU de Tours** et à mes supers co-internes. Merci aux **Dr Aurélie BLIN, Dr Antoine NICOLAS et Dr Samuel BORDEAUX** de la MSP de Saint-Georges-Sur-Cher, j'ai compris grâce à vous que j'avais fait le bon choix de spécialité. Merci à l'équipe du **CIVG et de la pédiatrie du CH de Blois**. Merci à l'équipe du **SSR de la Ménaudière**. Merci aux **Dr Stéphane GARREAU, Dr Delphine LEROUX-FARRUGIA et Dr Patricia VAN ROOMEN** pour votre confiance au cours de mon premier SASPAS. Merci aux **Dr Yves DE TAURIAC, Dr Céline RANTY et Dr Sylvaine LE LIBOUX** pour mon deuxième SASPAS à la découverte de l'Indre.

Au Docteur Maureen TESTU, merci de ta confiance.

À mes parents, sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui ... Je vous aime.

À mon frère Alexis et ma belle-sœur Camille. Je vous souhaite plein de bonheur dans votre future maison.

À toute ma grande famille, Mamie, mes oncles et tantes, mes cousines, Sacha, mes petits cousins et cousines d'amour ! J'espère rattraper le temps perdu.

À Tata, merci de ton soutien depuis toutes ces années, de ton aide. Nos footings me manquent.

À Marine, ma cousine, merci pour toutes tes petites attentions, tes mots d'encouragements.

À Mélo, bien plus qu'une cousine, une amie que j'aimerais voir plus.

À ma belle-famille. Merci Sylvie et Didier pour votre générosité, votre bienveillance. Merci à Charlie, Julie et mes adorables nièces Ninon et Romane.

À Alice, merci pour tous ces beaux moments depuis toutes ces années et ces supers voyages. Je veux ton bonheur.

À mes copines de la fac, Lucie, Mathilde et Clémence. Tout a été plus cool à vos côtés. Je veux que l'on continue de se retrouver chaque année encore et encore, de voyager partout ! Merci de m'avoir donné la plus belle des motivations pour achever ce travail !

À mes copines, Maude, Aurélie, Jade et Camille. Je suis heureuse de vous avoir retrouvées comme s'il n'y avait pas eu toutes ces années blanches. Vous comptez beaucoup pour moi.

Aux copains de mon chéri qui sont devenus les miens, Sylvine, Ophélie, Jordan, Florian et vos merveilleux enfants.

À ma Osie, mon bébé, notre chienne. Ta présence m'est indispensable. Tu n'imagines même pas à quel point tu m'as aidé, réconforté.

À mon chéri Jimmy, merci de m'avoir supporté pendant ces dix dernières années d'étude... Merci de ton soutien, de ton amour, de ton courage. Merci d'avoir rénové notre maison d'amour alors que j'effectuais ce travail. Maintenant je rêve de passer mon temps libre à tes côtés, de voyager, de rattraper ce temps passé à mon bureau. Je veux que l'on continue de s'aimer toujours plus. Je t'aime.

GLOSSAIRE

ALD : Affection Longue Durée

ARM : Assistant(e) de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles territoriales de Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OSNP : Opérateur/ Opératrice de Soins Non Programmés

PDSA : Permanence de Soins Ambulatoires

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAS : Service d'Accès aux Soins

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNP : Soins Non Programmés

SSR : Soins de Suite et de Rééducation

UM36 : Urgences Médicales 36

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

SOMMAIRE

INTRODUCTION	14
1- Le SAS	14
a- Définition du SAS	14
b- Contexte de création du SAS	14
2- Le SAS 36	15
a- Le territoire de l'Indre	15
b- L'offre de soins non programmés dans l'Indre avant le SAS 36	15
c- Création des CPTS candidates au SAS 36	16
d- Le fonctionnement particulier du SAS 36	17
3- L'objectif de l'étude	18
MÉTHODE	19
1- Type d'étude	19
2- Population	19
3- Recueil des données	19
4- Analyse des données	20
5- Aspects éthiques et réglementaires	20
RÉSULTATS	21
1- S'entraider entre médecins	22
2- Organiser son activité	24
3- S'approprier le SAS	26
4- Aider les patients	29
5- Craindre les limites du SAS	31
6- Faire évoluer le SAS	34
7- Valoriser le SAS	37
8- Schéma explicatif	38
DISCUSSION	39
1- Le résultat principal	39
2- La comparaison avec la littérature	39
3- Les forces et les limites	40
4- Les perspectives	41
CONCLUSION	44
REFERENCES	45
ANNEXES	47

INTRODUCTION

1- Le SAS

a- Définition du SAS :

Le Service d'Accès aux Soins est un nouveau service permettant aux Français en demande de soin urgent non vital ou non programmé, en l'absence de médecin traitant, d'accéder à un professionnel de santé à distance, du lundi au vendredi de 8h à 20h. En dehors de ces horaires, c'est la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) qui prend le relais. Ce professionnel « pourra lui fournir un conseil médical, lui proposer une téléconsultation, l'orienter selon la situation vers une consultation de soins non programmés en ville, vers un service d'urgence ou déclencher l'intervention d'un SMUR ou d'un transport sanitaire » (1).

Le SAS fonctionne grâce à un partenariat entre les médecins de ville et les services d'urgences / SAMU d'un territoire. La régulation médicale des soins non programmés est assurée en journée par un médecin généraliste. Ce médecin régulateur peut proposer un créneau de consultation de médecine générale dans un délai de moins de 48 heures. Le SAS est un complément de l'offre de soins mais ne doit pas remplacer le recours au médecin traitant du patient et aux autres organisations de SNP d'un territoire déjà en place.

b- Contexte de création du SAS :

Les prémices de sa création viennent du projet « Ma Santé 2022 » présenté le 18 septembre 2018 par le président Mr Emmanuel Macron (2), en réponse aux problématiques d'accès aux soins dans certains territoires et à l'insuffisante coordination des professionnels de santé pour prendre en charge les patients vieillissants ou atteints de pathologies chroniques. A cette fin, l'objectif de créer 1000 Communautés professionnelles territoriales de santé est lancé. Ces CPTS auront une mission principale de coordonner l'exercice de tous les professionnels de santé d'un territoire, avec pour objectif majeur d'« organiser une réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville » (2).

Un an plus tard, le 9 septembre 2019, Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, présente le Pacte de Refondation des urgences (3), suite à la Mission flash menée par Thomas Mesnier et Pierre Carli. Devant la saturation des services d'urgences, « il faut stopper le processus qui a conduit à la banalisation du passage aux urgences, faute d'un accès simple et facilité à un système de santé réellement adapté à la situation de chacun ». La première mesure de ce pacte de refondation est alors la mise en place du Service d'accès aux soins, pour apporter aux Français une « réponse rapide et concrète à leurs besoins ».

La création de ce service est réaffirmée lors du Ségur de la santé en 2020 et marque le lancement des appels à projet de SAS pilotes via les Agences régionales de santé. Le 23 novembre 2020, Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé présente les 22 sites pilotes retenus pour expérimenter le SAS (4). Ces sites couvrent plus de 40% de la population Française, dans 13 régions, en métropole et en outre-mer. En région Centre- Val de Loire, deux départements sont sélectionnés : l'Indre (36) et l'Indre-et-Loire (37).

2- Le SAS 36

a- Le territoire de l'Indre

L'Indre, département rural de la Région Centre Val de Loire, comptait 218 707 habitants en janvier 2023, avec une population qui ne cesse de diminuer (5). Le nombre de médecins généralistes indriens est aussi en diminution (6). 124 médecins généralistes exercent à temps plein ou partiel en 2023 d'après le CDOM 36, contre 148 en 2016 (7) et plusieurs départs sont attendus en 2024. Il y a donc 56,7 médecins généralistes installés en activité pour 100 000 habitants en 2023. On comptait environ 30 000 patients indriens sans médecin traitant en 2022 d'après les données de la CPAM de l'Indre.

Le département est réparti en différents territoires inégaux en termes d'offre de soin et plus ou moins éloignés de la préfecture Châteauroux. Tous les territoires sont classés en Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) sauf celui de Châteauroux classé en Zone d'Action Complémentaire (ZAC) et incluant 3 quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), selon le dernier zonage médical de l'ARS en décembre 2021 (8).

b- L'offre de Soins non programmés dans l'Indre avant le SAS 36

Jusqu'en 2006, les médecins indriens s'organisaient en autonomie pour gérer les demandes de soins urgents en médecine générale. En 2006, la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) s'est organisée dans l'Indre, les samedis et dimanches de 8h à 23h et les soirs de semaine de 20h à minuit, avec un médecin généraliste libéral régulateur au Centre du SAMU du CH de Châteauroux. Il pouvait proposer des rendez-vous de consultations ou des visites à domicile aux patients, à 10 médecins effecteurs répartis sur tout le département. Dix ans plus tard, devant la diminution du nombre de médecins, les effecteurs se sont répartis le travail, avec deux médecins effecteurs mobiles pour les visites à domicile les week-ends, pour les patients en incapacité de se déplacer et 5 effecteurs fixes le soir et les week-ends, de garde sur leur territoire de soins. La PDSA couvre actuellement tous les territoires de l'Indre. En 2015, s'est ouvert un centre de soins non programmé libéral à Châteauroux : Urgences Médicales 36 (UM36), il n'y a pas de structure « SOS Médecins ».

Le nombre de médecins généralistes indriens investis dans la PDSA est important. On en comptait 91 sur 148 médecins installés en 2016 (7), ils sont maintenant 76 sur les 124 médecins d'après le CDOM 36. Mais le manque général de médecins entraine un manque de disponibilité de créneaux de consultations d'urgences en ville, la journée en semaine, en dehors de la PDSA et favorise le recours aux Urgences. L'Indre compte 3 services d'Urgences, celui du Centre Hospitalier de Châteauroux et ceux des hôpitaux périphériques d'Issoudun et Le Blanc.

En 2019, le territoire du « Boischaut Nord » s'est organisé pour gérer les SNP en semaine en dehors des horaires de PDSA, entre médecins sous forme d'astreinte quotidienne et entre masseurs-kinésithérapeutes sous forme d'astreinte hebdomadaire pour la kinésithérapie respiratoire.

c- Création des CPTS candidates au SAS 36

Pour mieux organiser les soins ambulatoires entre tous les professionnels de santé d'un territoire et favoriser leur coordination pour améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des patients, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé sont créées par La loi de modernisation de la Santé le 26 janvier 2016 (9).

La première CPTS de la Région Centre a été la CPTS du Sud-Lochois créée en mars 2017 avec un territoire s'étendant de l'Indre-et-Loire à l'Indre. Dans l'Indre a été créée la CPTS Châteauroux and Co en septembre 2018. Suivi un an après de la CPTS du Boischaut Nord en novembre 2019. En décembre 2021, trois autres CPTS ont été créées : les CPTS du Pays des Mille Etang, CPTS du Val de Creuse, CPTS du Boischaut Sud. Ces CPTS se sont associées pour former l'InterCPTS 36 en avril 2021 (avant la signature officielle des trois dernières CPTS). Le territoire d'Issoudun n'est pas organisé sous forme de CPTS. La *figure 1* représente le territoire indrien et ses CPTS.

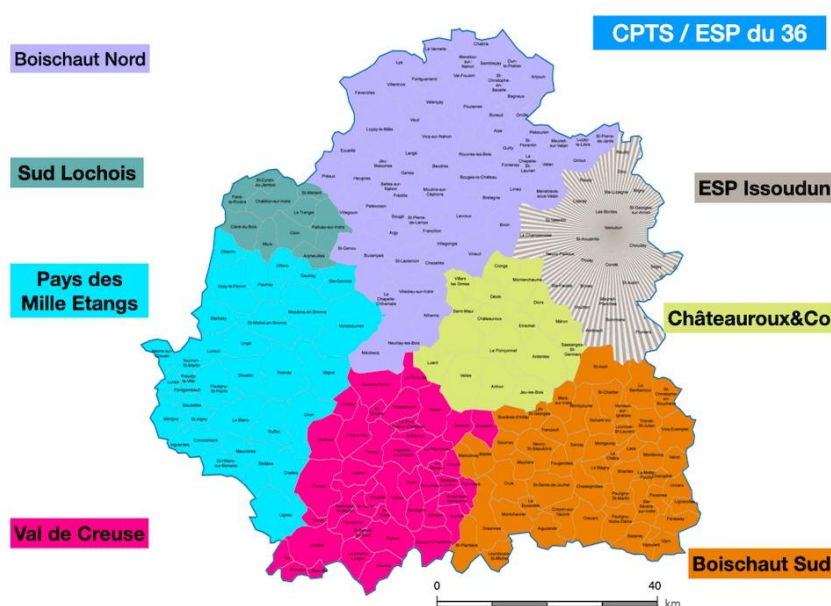


Figure 1: Cartographie de l'Indre et de ses CPTS.

En 2019, la CPTS du Boischaut Nord a mis en place une organisation pour les SNP. Celle-ci rejoignant le projet du Service d'Accès aux soins, les CPTS du Boischaut Nord et de Châteauroux and Co se sont associées au CH de Châteauroux – Le Blanc pour candidater aux SAS pilotes. L'Indre a été retenue pour faire partie des 22 départements expérimentaux du SAS.

Le Dr Le Liboux, présidente de la CPTS du Boischaut Nord, déclarait en novembre 2022 dans le magazine « What's up doc ? » : « Je suis Présidente d'une CPTS dans l'Indre, il y a une bonne dynamique, on peut innover, lancer des projets médicaux pour mieux soigner » (10).

d- Le fonctionnement particulier du SAS 36

Il s'adresse aux patients sans médecin traitant ou avec médecin traitant absent ou à des patients de passage, en demande de soins urgents non vitaux du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00. Le patient appelle le 116 117 ou le 15 pour être régulé par un(e) ARM au SAMU du Centre Hospitalier de Châteauroux. L'appel est ensuite transmis à la cellule du SAS 36 si la demande relève bien des soins non vitaux. Un(e) OSNP du SAS 36 prend l'appel pour noter les informations du patient et vérifier si le médecin traitant a bien été contacté. Si ce n'est pas le cas le patient est réorienté vers son médecin traitant. Le médecin généraliste régulateur, qui est en régulation délocalisée à son cabinet ou ailleurs, pendant un créneau d'au moins 3 heures, va rappeler le patient pour évaluer la demande. Les appels sont enregistrés. Le régulateur peut lui prodiguer un conseil médical, envoyer une ordonnance par fax ou mail à la pharmacie du patient, ou adresser le patient à un médecin généraliste effecteur. L'effecteur va le recevoir en consultation, après avoir été prévenu par SMS sécurisé, à un créneau qu'il aura mis à disposition en amont sur un agenda numérique. Le patient est adressé à l'effecteur le plus proche territorialement. Le SAS 36 a mis en place la possibilité de faire appel à un service de transport. Le régulateur peut faire un bon de transport aller, pris en charge que pour les patients en ALD. L'OSNP s'occupe d'appeler les services de transport et c'est le médecin effecteur qui fait le bon de transport retour. Le SAS 36 utilise son propre logiciel SASML et utilise l'agenda du site MonMedecin.fr.

En 2023, le SAS 36 compte 60 médecins effecteurs et 17 médecins régulateurs (certains cumulent les deux activités). Depuis son commencement, les créneaux de régulation ont tous été pourvus, sauf pendant l'été 2023 où les vacances des médecins n'ont pas permis de couvrir l'ensemble des plages horaires. Plusieurs créneaux d'effecteur sont mis à disposition quotidiennement, dont certains restent non pourvus. UM36 à Châteauroux propose de nombreux créneaux surtout en période épidémique, les autres sont assurés par les médecins généralistes dans leurs structures de soins propres.

Le SAS 36 a la particularité d'avoir débuté son activité précocement en décembre 2021. Une des conditions était de permettre de majorer la consultation des effecteurs de 15 euros. Cette majoration n'était initialement pas prévue dans la législation. Un relai de

financement a été proposé transitoirement par le Conseil départemental de l'Indre. Le SAS 36 semble précurseur de la majoration de la consultation d'effecteur SNP de 15 euros mis en place par les mesures flash en juillet 2022 puis pérennisée, financée par la CPAM (11).

Le CH de Châteauroux a annoncé lors du Conseil National de la Refondation tenu le 25 novembre 2022 à Châteauroux, une diminution de 8000 passages aux urgences de Châteauroux au cours de l'année 2022.

Au cours de l'année 2022 (de janvier à décembre 2022), 17 232 appels ont été traités par le SAS 36, soit une moyenne de 1 436 appels par mois et 66 appels par jour. La proportion des orientations était de 42% pour les conseils médicaux, 14% de prescriptions médicamenteuses, 37% de consultations avec un médecin effecteur, et 7% autres (réorientation vers le centre 15/ SAMU ou absence de réponse lors du rappel).

3- L'objectif de l'étude

Au moment de la rédaction de cette thèse, seulement trois études s'intéressant au SAS étaient réalisées. Les étapes de mise en place du SAS 50 ont été décrites par Marie Caruso en 2021 (12). La place du médecin généraliste régulateur au sein du SAS 86 a été étudiée par Manon Ourliac en 2022 (13). La perception des médecins généralistes effecteurs au sujet du SAS 37 a été étudiée par Clémence Berthoux en 2022 (14).

Ainsi peu d'études évaluent l'expérience des médecins qui participent à ces dispositifs de permanence des soins, qu'ils soient régulateurs et / ou effecteurs. Celle des médecins de l'Indre est intéressante dans ce territoire rural désertifié, où leur investissement a permis de couvrir jusque-là, de façon optimale les besoins organisationnels d'un SAS et une diminution du nombre d'entrées aux urgences de Châteauroux.

Le SAS est amené à se généraliser au niveau national dans de nouveaux départements (15). La mobilisation de nouveaux médecins généralistes est essentielle pour accompagner la conception et l'organisation des SAS dans ces départements. Partant de l'expérience d'un département, nous pouvons nous demander comment les médecins participants au SAS 36 vivent cette nouvelle expérience.

L'objectif de cette étude était d'étudier l'expérience des médecins régulateurs et /ou effecteurs du SAS 36 et d'en comprendre leur vécu.

METHODE

1- Type d'étude

Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été choisie pour répondre à l'objectif de recherche.

Pour formuler la question de recherche, les chercheurs ont exposé leurs *a priori* par la méthode des 7 questions (*Annexe 1*).

2- Population

Le recrutement s'est fait au sein de la population de médecins de L'Indre participant au SAS 36, qu'ils soient régulateurs et/ou effecteurs.

L'échantillonnage théorique s'est fait au fur et à mesure par effet boule de neige. Les médecins ont été contactés sur leur téléphone professionnel. Le premier contact téléphonique permettait de présenter l'investigatrice, l'objectif de la recherche et d'informer sur le recueil des données. 14 médecins ont été contactés, 10 ont accepté de participer à l'étude, 4 n'ont pas donné suite après les avoir informés par message du motif de l'appel.

Le recrutement s'est terminé après avoir obtenu une suffisance des données.

3- Recueil des données

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés par l'investigatrice entre mars 2023 et juillet 2023, en présentiel, dans le lieu choisi librement par le participant. L'investigatrice était médecin généraliste en année de thèse.

La trame d'entretien a été rédigée par l'investigatrice et les directeurs de thèse, en s'adaptant à la fonction du médecin dans le SAS (*Annexe 2*). Des ajustements ont été réalisés au fur et à mesure.

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone et retranscrits sur le logiciel de traitement de texte Word®, de façon anonyme avec suppression des informations personnelles. Les retranscriptions d'entretiens n'ont pas été soumises aux participants. Ils ont tous donné leurs accords pour être recontactés en cas de besoin de précisions sur leurs réponses.

En plus du participant et de l'investigatrice, une étudiante en 4^{ème} année de médecine était présente à un entretien et une assistante médicale était présente dans un second entretien.

4- Analyse des données

L'analyse des entretiens a été réalisée en s'inspirant de la théorisation ancrée en réalisant une analyse ouverte, axiale puis intégrative. Les trois chercheurs ont réalisé l'étiquetage initial avec double codage sans l'aide de logiciel.

5- Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement verbal des participants a été obtenu avant chaque entretien après avoir présenté une nouvelle fois l'objet de la recherche et les modalités de recueil des données.

Les enregistrements sonores ont été détruits après retranscription anonyme des données.

Après vérification auprès de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du Centre Val de Loire, cette étude évaluant une pratique professionnelle, classée en recherche n'impliquant pas la personne humaine, l'étude ne rentrait pas dans le cadre de la Loi Jardé. L'avis du Comité de Protection des Personnes n'était donc pas nécessaire. Devant l'absence d'identification possible des participants il n'y a pas eu de déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

RESULTATS

10 entretiens individuels ont été menés en présentiel dans le lieu choisi par les participants. 7 ont eu lieu au sein de leur cabinet médical et 3 à leur domicile.

Les entretiens ont eu lieu de mars 2023 à juillet 2023. Ils ont duré en moyenne 35 minutes (entre 19 et 54 minutes).

Les participants étaient des médecins généralistes de L'Indre installés en libéral, participant au SAS 36. Au moment des entretiens, leur ancienneté de participation au SAS 36 était de 8 mois au minimum et 19 mois au maximum, soit une participation moyenne de 15,4 mois. 5 médecins étaient à la fois régulateurs et effecteurs.

Les caractéristiques des participants sont décrites dans le *Tableau 1* :

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Sexe	H	H	H	H	H	F	F	F	H	F
Année installation	1984	1994	1997	1991	2015	2016	2022	1981	2019	2017
Milieu d'exercice	Rural	Rural	Rural	Rural	Rural	Rural	Rural	Urbain	Urbain	Urbain
Mode d'exercice	MSP	MSP	Groupe	Groupe	MSP	Groupe	MSP	Seule	MSP	En groupe
Fonction au SAS	E + R	E	E + R	E	E + R	E + R	E	R	E + R	R
Ancienneté au SAS	Décembre 2021	Décembre 2021	Décembre 2021	Décembre 2021	Décembre 2021	Janvier 2022	Octobre 2022	Décembre 2021	Mars 2022	Décembre 2021
Durée de l'entretien	30 min	19 min	43min	34 min	54 min	28 min	25 min	22 min	50 min	49 min
Date de l'entretien	23 mars 2023	23 mars 2023	27 mars 2023	13 avril 2023	27 avril 2023	12 juin 2023	19 juin 2023	27 juin 2023	27 juin 2023	03 juillet 2023

Tableau 1 : Caractéristiques des participants (E = Effection, R = Régulation)

L'analyse des codes a permis de faire émerger 7 catégories :

1. S'entraider entre médecins
2. Organiser son activité
3. S'approprier le SAS
4. Aider les patients
5. Craindre les limites du SAS
6. Faire évoluer le SAS
7. Valoriser le SAS

1- S'entraider entre médecins :

- Les médecins ont la volonté de s'investir pour organiser l'offre de soins de leur territoire dont les soins non programmés.

P1 : « Le fait d'être à plusieurs médecins dans une maison médicale c'est quand même plus facile d'organiser le SAS, ou la PDSA ».

P3 : « Parce que c'est une idée à Macron qu'il a voulu appliquer à toute la France, mais une opportunité formidable, parce que c'est ce qu'on attendait et vraiment un instrument pour nous, pour organiser la médecine générale sur un problème qui devait être organisé. »

P4 : « Ouais, je dirais qu'on est là pour soigner les gens. Ce n'est pas agréable, mais il faut se battre pour que ce soit mieux et pas en refusant les gens, ils n'y sont pour rien, faut les soigner quoi. Il faut se battre pour soigner les gens. »

P8 : « Bah je trouvais que c'était une bonne idée que les médecins libéraux s'impliquent pour désengorger les urgences de choses qui ne sont pas urgentes, c'est vrai hein ? Qui sont de la bobologie et puis de la médecine générale. »

- Ils ont conscience du manque de médecins et de la nécessité de trouver des solutions ensemble pour aider les patients.

P4 : « Le SAS actuel, et bah... C'est une rustine pour faire face à la pénurie médicale et comme toutes les rustines ça tombe sur les mecs qui sont déjà en place ».

P5 : « C'est juste encore un pansement supplémentaire, donc c'est bien mais ça reste un pansement qui nous fait tenir encore un peu plus. On serait 200 médecins dans le département, on n'aurait pas besoin du SAS ».

P9 : « C'est super en fait, on a... Comment peut-on diminuer une charge de travail ? Bah en la régulant, donc en fait comme on est tous débordés, le fait d'utiliser des professionnels de santé qui ont la capacité de faire de la régulation et donc du tri, fait que on diminue la charge de travail globale ».

- L'interCPTS 36 et les médecins qui en font partie ont joué un rôle dans l'implication des médecins aux SAS.

P2 : « D'abord il y avait la CPTS et après donc le SAS est venu dans les réunions de CPTS, donc c'est par des réunions de CPTS je crois ».

P1 : « Enfin bon par le biais de la CPTS, tout ça, ça s'est mis en route, et puis on en a tous parlé ensemble, et puis petit à petit des gens sont venus se greffer dessus ».

P6 : « C'est les collègues en fait, qui étaient motivés pour ça et qui nous ont présentés le système quoi. »

- Les médecins se sont impliqués par solidarité entre confrères et effet de groupe.

P2 : « Disons j'ai suivi par solidarité départementale et puis... par solidarité... Pas du tout par ... Spontanément je n'y serai pas allé quoi ».

P5 : « Il faut se serrer les coudes et donc le SAS c'est pareil faut se serrer les coudes. »

P10 : « c'était pour aider, pour donner un coup de main parce que je suis bien consciente des difficultés dans l'Indre partout, mais dans l'Indre à répondre à la population... »

- Ils ont aussi la volonté de soulager les médecins urgentistes de la prise en charge des patients relevant de la médecine générale.

P3 : « Alors les urgentistes, ben pour eux c'est miraculeux. Clairement, il a clairement exprimé qu'il ne s'en passerait plus ».

P8 : « Bah les urgentistes sont contents parce que ça les soulagent. Il y a plein d'appels qu'eux géraient au 15 et puis que c'est nous qui gérons au 116 117 donc ça je pense que c'est très positif ».

P10 : « elles reconnaissent que ben quand il n'y a pas de SAS ou quand il y a eu grève quelques jours. Ah bah faut prévoir maintenant un régulateur presque de plus et une ARM en plus »

- Les médecins ont conscience que le SAS peut apporter une réponse à leur patient en cas d'indisponibilité.

P4 : « Parce que toi tu peux être dans la merde un jour c'est bien que les autres s'occupent de tes patients, tu vois ? ».

P8 : « Et puis, ben, je pense que les collègues sont contents aussi quand c'est leur jour de congé et tout ça. Ils savent qu'il y a un recours quand même qui est possible ».

- Ils souhaitent qu'un maximum de médecins s'investissent dans le SAS pour répartir l'effort.

P2 : « c'est comme les gardes, plus on est nombreux moins on en fait donc oui bien sûr, il faudrait que tout le monde en fasse un petit peu. »

P5 : « On doit tous travailler ensemble, c'est à dire tout ce que je fais pour toi, ben c'est ce ne que t'auras pas à faire et tout ce que toi tu vas faire pour moi, c'est des choses que je n'aurais pas à faire. »

P6 : « On est tous dans le même bateau, faut qu'on participe tous à l'effort de guerre entre guillemets. »

- Certains médecins pensent continuer de s'investir dans le SAS à la retraite, pour rester utile.

P1 : « Pourquoi pas ! Pas aller jusqu'au bout du bout mais rendre service. Avoir l'air d'être utile à la retraite. »

P8 : « Bah tant que j'aurais la santé comme on dit... Je pense que je continuerai. »

2- Organiser son activité

- En dépit de certaines appréhensions sur leur organisation professionnelle alourdie en rajoutant le SAS, les médecins semblent avoir trouver une organisation qui les satisfait, sans qu'ils se sentent dépassés.

P1 : « On a des rendez-vous, tout ça s'est bien organisé et ça se passe très bien. »

P6 : « Bah que ça ne me prend pas tant de temps que ça, ça ne me perturbe pas dans mon emploi du temps habituel, que je ne suis pas... enfin que ça ne me met pas plus en retard ou que ça ne me fait pas une surcharge de travail. »

P7 : « je me disais, je n'ai déjà pas le temps pour mes patients, donc je ne sais pas si je vais le faire. Et en fait après bah du coup je m'y suis mise et puis en fait j'arrive à tout conjuguer. »

- Les médecins se sentent libres de proposer des créneaux d'effectif et de les modifier facilement sur l'agenda en ligne. Ils prennent les créneaux de régulation qu'ils souhaitent.

P5 : « En fait alors côté effectif, ce qui est génial, c'est que l'agenda soit disponible et que tu puisses mettre un créneau quand tu le veux. Si tu as une place tu peux offrir ton créneau. »

P7 : « L'avantage, c'est que tu peux les supprimer le matin, mais je trouve, c'est super pratique avec le site tu enlèves, ouais. »

P8 : « Quand je vois qu'il y a un créneau que personne ne prend [...] donc là je m'inscris, donc c'est confortable, c'est vraiment très à la demande hein. »

- Ils peuvent s'organiser car ils sont prévenus à l'avance du rendez-vous d'effecton par SMS sécurisé.

P1 : « Les consultations donc on sait, on est appelé sur nos portables par un petit message, qui nous dit vous avez un rendez-vous à tel endroit. On ouvre le logiciel SAS. On voit exactement pourquoi les gens viennent. »

P7 : « Et en fait, tu vois le SMS donc là tu dis Ah Ben finalement je rembauche plus tôt donc bah non en fait j'irai là demain et tout et en fait ça gère. »

- Les médecins effecteurs adaptent leur nombre de créneaux disponibles en cas de forte demandes.

P1 : « Quand il y a un peu plus de travail, on prend un peu plus de créneaux et ça permet d'ouvrir des choses à différents coins du département et d'essayer de soulager un petit peu tout le monde. »

P4 : « Je leur dis si vous avez besoin de plus vous me le dites. »

- Ils adaptent également la durée de la consultation, qui est dans la majorité plus longue avec un interrogatoire reprenant les antécédents, les traitements, les explorations.

P1 : « C'est un peu plus long qu'une consultation parce qu'on voit des gens que l'on ne connaît pas donc il y a un minimum d'interrogatoire. [...] Oui... faut compter cinq, dix minutes de plus quoi. »

P5 : « Bah c'est un peu plus long qu'une consultation normale hein, puisque de toute façon il faut revenir quand même sur les antécédents ... »

- Les médecins proposent des créneaux à des horaires leur permettant d'être moins impactés en cas de créneau non pourvu.

P3 : « Alors on les met plutôt en fin de matinée, en début d'après-midi, à des moments stratégiques qui permettent, bah s'ils ne sont pas là de manger plus tôt ou de revenir plus tard, quand on est en visite »

P7 : « Je mets une ou 2 consultations par jour, je cale à 13h30 et au moins si le créneau n'est pas pris, bah je rembauche plus tard et si le créneau est pris bah je rembauche à 13h30 quoi, mais voilà donc c'est bien. »

P9 : « En fin de consultation, en fait, j'en mets un le matin en fin de matinée et j'en mets un en milieu d'après-midi [...] s'il est pris, il est pris, s'il n'est pas pris bah il n'est pas pris. »

- Pour réguler, les médecins ont besoin de trouver des disponibilités d'au moins 3 heures. Travailler avec des internes ou remplaçants leur apparaît comme une solution pour avoir du temps libre pour réguler.

P3 : « Alors la régulation, c'est l'interne. L'interne qui dégage du temps, hein, puisque je suis MSU. Essentiellement, après... il y a des périodes stratégiques. Alors il y a eu des moments où on pouvait très bien réguler et faire autre chose, ce qui n'a plus été le cas depuis un certain temps. »

P5 : « Quand je régule de chez moi c'est quand je ne travaille pas. Donc, quand j'ai mon remplaçant, je régule. »

P6 : « Alors pour les régulations, c'est en fait quand j'ai des internes en SASPAS en fait, pendant qu'ils font leur consult [...] donc si je n'ai pas de SASPAS je ne peux pas réguler. »

- La régulation délocalisée apparaît comme nécessaire pour faciliter le confort et l'attractivité de ce service.

P8 : « Et puis moi, ce qui m'a séduite, c'est parce que je peux travailler de chez moi, je n'ai pas besoin d'aller à Châteauroux. [...] Je m'y suis vraiment intéressée quand on nous a dit, on va vous mettre des téléphones à disposition et... là, c'était séduisant. »

P6 : « le côté à domicile, c'est déjà un énorme avantage parce que moi, qui fait de la régulation PDSA, où on ne peut pas le faire à domicile, je ne comprends pas maintenant que je sais que c'est faisable, qu'on n'arrive pas à le faire aussi pour ça. »

3- S'approprier le SAS

- Les médecins ont conscience des risques possibles en prenant en charge en effectation ou régulation des patients qu'ils ne connaissent pas. Ils veulent se protéger médico-légalement.

P1 : « On est responsable de ce qu'on dit, on est responsable de ce qu'on prend comme décision. »

P2 : « Pas de double saisie, bon comme je fais un dossier médico-légalement je suis tranquille. »

P5 : « C'est une prise de risque quand même la régulation. Tu engages tes responsabilités parfois, parce que tu donnes des conseils par téléphone, sans avoir la personne en face de toi. »

- Les médecins ont également conscience de la difficulté de régulation par rapport à l'effectif et de la nécessité d'être formé.

P1 : « je pense qu'il faut avoir une formation ou alors au moins être venue voir comment se passait la régulation. »

P5 : « Oui, je ne suis pas à l'aise, moi honnêtement, je ne suis vraiment pas à l'aise avec la régulation. C'est un exercice vraiment que je trouve complexe. Je pense qu'il faut en faire, faut en faire, faut en faire. [...] moi je suis stressé avant de commencer, une fois que je suis dedans ça va, je régule. »

P6 : « Mais après, si c'est plus des craintes par rapport au fait de ne pas voir les patients, moi je ne forcerai pas. Ce que je peux entendre parce que clairement on fait tous des bourdes et que c'est plus compliqué quand on ne voit pas le patient. »

- Ils ont dû gérer des afflux de demandes lors d'épidémies ou des vacances de médecins.

P2 : « C'était un peu dur avec les épidémies, c'était un peu compliqué. »

P6 : « Je me souviens de la période de Noël 2022 là, décembre, là où il y a beaucoup de médecins en vacances, donc peu d'effectif et énormément de demande, mais ... c'était hallucinant quoi. Le nombre de d'appels et je me suis vu réguler avec ma collègue. »

- Les médecins régulateurs ont appris à adapter leur régulation en fonction de l'effectif disponible.

P3 : « Moi, le jour où j'ai des créneaux, je régule moins serré parce que de toute façon, c'est des gens qui vont devoir aller voir des médecins qui seront ben débordés le lendemain comme la veille. »

P8 : « Soit j'essaie de faire des prescriptions aux pharmacies pour dépanner les gens et puis bah c'est surtout qu'hier il n'y avait aucun effecteur sur Châteauroux, alors ... C'était un petit peu compliqué... (serre des dents). Donc j'ai fait des ordonnances quand j'ai pu et puis j'ai donné des conseils par téléphone. »

- Les médecins effecteurs se sentent en confiance face à des consultations perçues comme simple en grande majorité, qui se passent comme avec leur patientèle.

P3 : « Moi, ce côté franchement, facilité d'être effecteur de SAS, hein, c'est assez limpide. Les gens sont contents en arrivant. »

P4 : « Même patient que notre patientèle, pareil avec les mêmes problèmes de médecine générale que les autres. »

P6 : « Bah très bien en général, je dis bien en général on va dire 9 consultations sur 10, c'est des consultations très faciles hein, c'est la fièvre, le rhume, c'est un bobo qui traîne, enfin des douleurs, mais c'est assez simple »

- Les médecins ont de bons échanges avec les OSNP.

P1 : « en relation avec les OSPN ça se passe bien »

P2 : « disons les filles qui travaillent là-bas, ça va il n'y a pas de problème. »

- Certains trouvent un intérêt à faire du SAS notamment en remplissant des objectifs de la CNAM, pour les ROSP, pour les subventions des assistants médicaux.

P3 : « En plus ça permet d'augmenter notre file active hein, qui fait partie des objectifs Sécu, quand tu as une assistante médicale, donc le simple fait de participer au SAS te permet d'augmenter naturellement ta file active. »

P7 : « maintenant il y a quand même un contexte, c'est limite obligatoire hein ? Via la sécurité sociale au niveau des ROSP, faut pas, il y en a plein qui te diront « non mais je ne le fais pas pour ça ». Bah faut dire les choses, bah non, si au niveau de tes ROSP... »

- 9 des 10 médecins interrogés souhaitent poursuivre leur participation au SAS et se projettent dans un avenir proche.

P2 : « Par exemple si je suis retraité, que je veux garder une activité. Une activité de régulation ça me paraît pas mal ça. [...] Travailler deux jours par semaine en régulation SAS ou PDS, en étant retraité, retraité jeune ça c'est jouable, mais il ne faut plus être en libéral. »

P3 : « Donc l'avenir dans le SAS, non non aussi bien effecteur que régulateur je le conserve et j'y reste »

P5 : « Parce que moi mon but ce serait quand même d'arriver à donner de manière chronique des créneaux parce que je trouve ça bien. »

4- Aider les patients

- Les médecins ont la volonté d'aider les patients n'ayant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant est indisponible pour des demandes de soins aigus.

P1 : « Pour moi, le SAS à la base c'est rendre service aux gens qui n'ont pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant est hyper débordé. Et pouvoir leur offrir un accès aux soins le plus rapidement possible et une possibilité d'être pris en charge en tout cas. »

P3 : « offrir à ces personnes le jour où elles ont une pathologie quelconque aiguë ou un problème plus chronique, la possibilité de voir un médecin sur un créneau [...] Eh Ben c'est le minimum qu'on puisse offrir aux patients du département. »

P8 : « Il y a toute cette population qui n'a pas de médecin traitant, dont le médecin traitant n'est pas joignable. Je pense qu'on rend service à la population quand même. »

- Les médecins du SAS apportent une réponse supplémentaire pour gérer les SNP.

P1 : « Je pense que sur le principe c'est très bien, c'est une offre de soin supplémentaire pour toute notre patientèle, la nôtre ou celle des autres. »

P5 : « on a voulu tout faire passer par les urgences c'est la merde [...] Du coup nous on essaie de tout faire pour pas que les gens aillent aux urgences. »

- Les médecins ont le sentiment d'être utile pour les patients, surtout à travers les remerciements des patients.

P3 : « c'est un miracle pour la personne que tu reçois d'avoir trouvé un créneau médical. Franchement, ils sont souvent, ils sont hyper contents, ils sont... Euh, c'est vraiment un truc qui a que du positif quoi. »

P5 : « j'ai quand même une phlébite l'autre fois. Et c'est là où c'est intéressant. Bas tu dis bah voilà en fait ça tu vois, là c'est, là on est vraiment utile. »

P7 : « finalement je trouve qu'être effectrice du SAS c'est bien parce que tu as quand même l'impression aussi de rendre service. »

- Ce sentiment d'utilité est renforcé pour les soins aigus concernant les enfants.

P1 : « il y a des consultations d'enfants malades qui ont besoin d'être vus. [...] Et ça, ça fait plaisir de sortir en rassurant une jeune maman, en lui disant ne vous affolez pas. »

P7 : « même pour les enfants je trouve que c'est bien. C'est super bien quoi, ouais »

- Les médecins ressentent l'angoisse des patients face au manque de médecins.

P4 : « Il y a une carence, on est obligé de bosser quoi, il n'y a pas le choix. On ne peut pas dire aux gens d'aller se faire foutre quoi enfin. Les gens qui n'ont pas de médecins ils sont paniqués quoi, tu vois ce que je veux dire ? [...] Une vraie détresse, quoi. On ne peut pas leur refuser ça quoi ? »

P7 : « Le fait est que l'accès aux soins est quand même précaire. Le fait qu'il y ait une détresse des gens aussi, hein... »

- Les médecins effecteurs approuvent la plupart des consultations avec des patients qui nécessitent d'être examinés.

P2 : « ce n'est pas des gens qui viennent pour des conneries... donc c'est toujours justifié sur le plan médical »

P7 : « C'était quand même des motifs justifiés, t'as beaucoup, je trouve de maladies éruptives de l'enfant, des otites, des choses aiguës. Après chez l'adulte, qu'est-ce que j'ai eu ? J'ai eu un Monsieur qui avait une lombosciatique, des gens qui avaient des grosses bronchites, tu vois ? C'est quand même de l'aigu. »

- Les médecins effecteurs ont pris des patients comme médecin traitant à la suite de la consultation du SAS. La plupart ayant un besoin de suivi médical.

P2 : « mais il y en a qui veulent revenir, et alors moi j'ai beaucoup de mal à dire non après que j'ai intégré leur dossier, c'est des fois des gens qui ont vraiment besoin, deux trois fois je les ai acceptés donc du coup comme médecin traitant, après ... »

P9 : « Ouais je pense que j'en ai pris au moins 10 ça c'est sûr. [...] Et donc dans ces 10 ce sont des ALD. [...] J'en ai déclaré une cette semaine... enfin vendredi. Ouais, j'ai déclaré, voilà médecin traitant. Bah non, elle avait un cancer pulmonaire, fallait qu'elle soit suivie correctement. »

5- Craindre les limites du SAS

- Les médecins ressentent de l'abus dans le recours au SAS.

P5 : « Que bah c'est encore un outil qui est utilisé par... qui est bien utilisé dans 50% des cas mais qui dans 50% des cas est utilisé par des personnes pas assez scrupuleuses et qui consomment le soin »

P6 : « puis il y en a certains, ils veulent quelque chose et on serait un peu comme des prestataires de services »

P9 : « Ça peut être les portes ouvertes à toute consultation. Donc en clair, je n'ai pas mon rendez-vous ici, ce n'est pas grave, j'appelle le 116 117. Et selon le régulateur bah c'est open bar quoi. »

P10 : « Voilà cette société qui veut tout, tout de suite. Et si on ne répond pas à leur demande, on est, on est des mauvais médecins. »

- Les médecins sont confrontés à des mensonges des patients surtout concernant l'appel à leur médecin traitant et ses délais de rendez-vous.

P5 : « Tu vois bien dans la vraie vie, il y a des gens qui abusent du système. [...] en plus tu te rends compte qu'il avait un médecin traitant donc il a menti parce que c'est pas rare en fait cette ... Et tu n'as aucun moyen de le sanctionner ce patient-là. »

P6 : « Les gens sont un peu filous, ils ne disent pas qu'ils ont un médecin traitant ou qu'ils ont un rendez-vous [...] donc j'ai appelé mon [confrère], il me dit « bah si mais il a un rendez-vous demain avec moi. » Et en fait, il voulait absolument un rendez-vous le jour même ! »

- Les médecins craignent de ne plus pouvoir s'investir dans le SAS en cas de perte de médecins participants au SAS.

P5 : « Donc je suis content de le faire, mais je ne trouve pas... enfin je ne suis pas persuadé, enfin je suis loin d'être persuadé que ce soit la solution à long terme. Parce qu'on est de moins en moins nombreux. [...] Parce qu'on est un département où ils vont quand même

tous partir en retraite et donc quand les 5, 6 autour de moi, là dans 3 ans seront partis, autour de toi aussi d'ailleurs, ben qui va faire l'effectif ? Toi, moi ? »

P6 : « Si demain on est de moins en moins et que on est obligé de s'investir plus et de prendre plus de créneaux et tout... probablement que je dirais bah moi aussi voilà je ne pourrais pas me maintenir le navire à flot si on est que 3, 4 à s'investir dans le truc. »

- Les médecins n'apprécient pas de devoir gérer le surplus de demandes de soins aigus d'un confrère qu'il n'arrive pas à gérer lui-même et ceci d'autant plus s'il ne participe pas au SAS.

P3 : Le risque c'était qu'effectivement, quand les cabinets sont débordés, ils renvoient leur surplus de patients et ça on remet régulièrement. C'est, c'est le petit truc ambivalent, hein, qui ressort régulièrement et on sent une opposition.

P6 : Ce qui m'agace parfois, même si je prends du recul, mais bon j'ai le sang chaud. Parfois c'est de voir des patients dont les médecins ne font pas du tout de régulation, ne font pas du tout d'effectif avec le SAS, donc ne font pas du SAS et qu'en plus c'est via leur secrétaire ou via eux qu'ils ont dit « Bah faites le 116 117 vous aurez un rendez-vous » ! »

- Les médecins ont peur de se retrouver dans des situations complexes ne rentrant pas dans le cadre des soins aigus.

P6 : « Et ça m'est arrivé une fois ou deux d'avoir des consultations beaucoup plus compliquées sur des pathologies beaucoup plus complexes qui auraient nécessité beaucoup plus de temps et donc là dans ces cas-là, je renvoie au médecin traitant en gérant, on va dire l'urgence »

P9 : « Donc ça peut être assez lourd. Et ça peut parfois se transformer en des consultations de 45 minutes. J'ai même fait une de mes consultations, je suis resté 01h15 avec le patient pour comprendre exactement. »

- Les médecins régulateurs se sentent limités dans leur prise en charge en cas de manque de recours possibles aux effecteurs ou pharmacies, surtout pour les patients appelant en fin de journée.

P1 : « Et le problème est que si effectivement on n'a pas d'effecteur mobile, enfin effecteur fixe au bout du téléphone, c'est très embêtant parce que nous la régulation on ne peut réguler qu'avec des effecteurs fixes. »

P8 : « Et puis alors après le créneau le plus compliqué, c'est de 19 à 20h00 parce qu'il n'y a plus de pharmacie, on tombe sur la pharmacie de garde à la campagne, la pharmacie, elle

peut être à plusieurs kilomètres de chez vous, puisqu'ils ont des tours de garde, donc 19, 20 h c'est un peu compliqué, on ne peut plus faire de prescription, on a plus de médecin. »

- Les médecins régulateurs craignent d'avoir des patients que le SAMU ne veut pas gérer.

P3 : « Du point de vue régulation de SAS qui marque le plus, c'est la difficulté qu'on a actuellement à faire passer des gens à l'hôpital. Et la manière dont systématiquement certains régulateurs, ce sont certains, hein, il faut bien se garder de généraliser, certains régulateurs hospitaliers renvoient sur le SAS des choses dont ils n'ont pas envie. Sans réfléchir au fait que on n'a aucune solution face à ces problématiques. »

P3 : « On a l'impression qu'il faut avoir, il y a une limite d'âge pour avoir le droit de passer aux urgences. »

- Les médecins se sentent freinés dans leur prise en charge des patients isolés, ne pouvant se déplacer pour une consultation d'effecteur.

P1 : « la mamie de 92 ans chez elle seule on ne peut pas la gérer. »

P3 : « Le transport c'est un gros problème, je ne sais pas si ça fait partie de ta thèse aussi ? Mais c'est un très très gros problème et pour avoir des effecteurs de transport hein, des véhicules surtout aux bonnes heures. »

- Les médecins sont confrontés à des patients en situation de précarité limitant l'accès aux soins payants.

P7 : « j'ai beaucoup de patients qui sont un peu dans la misère sociale quoi. Tu as l'impression quand même que... Alors en plus, avec la majoration des 15€, il y en a beaucoup qui me regardent avec des yeux, en me disant faut que je paye 15€ en plus quoi »

P9 : « Globalement ceux qui n'ont pas de médecin traitant, ce n'est pas la grande bourgeoisie, hein. Ceux qui n'ont pas de médecin traitant, ils ont quand même globalement une précarité ».

- Certains médecins ont peur de faire de la régulation et même ceux qui en font reconnaissent la difficulté.

P3 : « Et il y a certains confrères qui n'en feront jamais... parce que c'est compliqué, parce qu'on nous apprend à la fac à ne pas en faire, la médecine ça ne se fait pas par téléphone. »

P5 : « La régulation, pff (sourir) je t'avoue, je freine des... je freine. Une fois de temps en temps pour dépanner quand il y a un trou, là je vois quand il y a un trou, mais encore, j'attends le dernier moment voir si personne ne l'a pris. Je suis honnête, je n'aime pas ça. »

P9 : « C'est dur, c'est vraiment très très dur la régulation, c'est le métier... pour moi, la partie la plus difficile en médecine. »

- D'autres médecins sont freinés pour faire de la régulation par manque de temps et de l'indisponibilité entraînée pour leur patientèle.

P5 : « ça me met mal à l'aise du coup parce que quand je régule pendant 3 heures, c'est 12 consultations qui sautent [...] donc ça veut dire que si je prends le temps de réguler, Eh bien c'est 9, 10 patients à moi que je n'ai pas vu, donc ils vont aller vers qui ou vers quoi ? »

P10 : « en faisant du SAS, on ne peut pas continuer notre activité donc il faut que je réserve 3 h où je fais du SAS donc souvent c'était le créneau 11h 14h, pour pas trop emboliser sur ma journée. »

- Les médecins effecteurs sont confrontés, comme avec leur patient, à des retards de consultations, des consultations non honorées.

P1 : « Bon ... il y a toujours des gens qui arrivent en retard, ah ben oui d'accord, ou qui devait venir et qui préviennent au dernier moment qu'ils n'ont pas de voiture, pas d'amis, qui sont seuls au monde, donc ceux-là on n'a pas envie de les revoir deux fois. »

P3 : « Alors oui, on a toujours quelques zozos qui prennent des rendez-vous un peu partout et qui ne viennent pas, donc ça c'est des problématiques et qu'on ressent plus citadines parce que [consœur] en parle régulièrement, UM36 aussi... »

6- Faire évoluer le SAS

- Les médecins ont la volonté de garder leur autonomie dans l'organisation départementale du SAS 36.

P1 : « On veut rester dans notre autonomie sans forcément adhérer à une plateforme téléphonique nationale. »

P3 : « je pense qu'il faut partir du besoin territorial et voir après qui le couvre et pas d'un truc national où on dit toi tu fais ci, toi, tu fais ça. »

- Les médecins souhaiteraient qu'il y ait une filtration des appels plus importante par les OSNP.

P1 : « Donc à ce moment on est obligé de rappeler le SAMU, donc il faudrait que ce soit un peu plus filtré, et que les OSNP arrivent à faire comprendre au SAMU que ce n'est pas pour le SAS. [...] Et ça ce n'est pas encore le cas, mais ça viendra certainement. »

P10 : « on se retrouve au SAS en ayant des appels où finalement il n'y aurait pas besoin de médecins pour répondre à la demande des patients et une opératrice un peu plus formée pourrait largement répondre et donner un rendez-vous. »

- Les médecins souhaitent éduquer les patients pour qu'ils aient une meilleure utilisation du SAS ou recours au soin, la prévention apparaît comme une solution.

P1 : « Donc il faut éduquer les patients et ça fait partie aussi de la régulation. [...] et leur montrer qu'ils auraient pu appeler un peu plus tôt, voilà donc on fait de l'éducation aussi ... ça prend du temps. »

P5 : « Bah oui, moi j'en profite pour les éduquer au passage (rires) »

P10 : « Ouais je ne sais pas si c'est la bonne solution [...] de proposer tout tout de suite plutôt que de miser et de mettre l'argent sur la prévention, sur faire des spots publicitaires en disant « Vous avez un rhume, attendez, adulte, vous avez un rhume, vous n'avez pas trop de... » enfin de rappeler les bases. »

- Les médecins souhaitent un outil informatique le plus pratique possible.

P1 : Voilà, donc je pense que le système informatique a besoin d'être... il marche très bien, mais il a besoin d'être un peu plus opérationnel quand même.

P5 : « J'améliorerais peut-être un peu la physionomie, justement de l'agenda pour que ce soit plus facile, plus lisible. Oui, voilà accès au kiné de garde. Accès plus facilité à la pharmacie de garde, accès plus facilité, enfin à tous, aux ambulanciers de garde, enfin à l'ambulancier le plus proche, tout ça, enfin je crois que c'est déjà en cours de mise en place donc ça c'est bien. »

- Les médecins aimeraient ouvrir la participation au SAS à d'autres médecins, comme aux internes, aux médecins hospitaliers, aux médecins retraités.

P3 : « Donc l'effectif peut même, alors c'est anecdotique hein. Parce qu'il n'y en a pas beaucoup des médecins extérieurs comme ça, mais peut éventuellement intéresser des internes, des... »

P5 : « Et je pense que c'est... Après d'ouvrir la régulation au médecin retraité ou des médecins hospitaliers ou des médecins de SSR, de tout ça ... »

- Les médecins ont besoin de se sentir rassurés en régulation, en passant notamment par une formation à la régulation médicale.

P3 : « la régulation c'est quelque chose de carré. Il y a tel cas, il y a telle solution. »

P5 : « Ah, peut-être, peut-être faire une formation plus stricte, sérieuse. Ça s'apprend en fait, je pense. Moi, je n'ai pas fait de formation mais je pense qu'il y a des formations. De toute façon j'avais dit si je veux faire de la régulation au SAMU je veux faire une formation, une vraie. »

P9 : « t'as le temps en fait, t'es pas dans l'urgence, on n'est pas sur une régulation de SMUR, [...] on est de la régulation théoriquement non urgente, donc t'as le temps de te former, d'apprendre en même temps. »

- Les médecins souhaitent améliorer la prise en charge des patients isolés ne nécessitant pas le recours aux urgences. Soit avoir une meilleure disponibilité des transports soit mettre en place un effecteur mobile.

P3 : « Ben lui filer quelques ambulances et quelques VSL. Alors je ne dis pas dédié, mais le combat pour les transports dans le département est un combat mené depuis des années dont tout le monde n'a pas pris connaissance. »

P8 : « c'est un peu un manque, il faudrait des médecins effecteurs qui se rendent au domicile des gens. »

- Certains médecins souhaitent une reconnaissance de leur investissement, notamment financière.

P4 : « Je pense qu'il faut plus respecter le mec qui bosse sur le terrain, ça, je le dis à chaque réunion. [...] C'est, c'est pas, on ne fait pas du sous travail, on accepte de passer du temps à recevoir des gens donc il faut qu'on soit plus rémunéré pour ça. »

P6 : « on est toujours content d'avoir une consultation plus chère, mais c'est pfff (soupir) ... Ouais, enfin je pense que je l'aurais fait même sans cette augmentation de tarif. Voilà parce que pour moi c'était pas ça l'enjeu. Je suis contente de les avoir, je ne vais pas nier, mais je pense que je l'aurais fait quand même, même si la consulte était à 25. »

7- Valoriser le SAS 36

- Les médecins se sont investis dans la mise en place du SAS 36.

P1 : « je m’y suis mis dans l’organisation, dans la participation et je trouvais que la fonction était tout à fait évidente. »

P3 : « Oui on était dans les starting block beaucoup plus tôt et on a été défendre auprès du directeur de l'ARS à l'époque le financement. Puisqu'une des difficultés de mise en route du SAS, c'était de rémunérer correctement, et les régulateurs et les effecteurs. Puisqu'on nous proposait des rémunérations beaucoup moins attractives que les centres de vaccination. »

- Les médecins sont fiers de leur organisation du SAS 36.

P1 : « On est en fait dans l'Indre promoteur, une fois de plus de quelque chose d'innovant et qui va effectivement peut être, euh ... un exemple pour la France entière. Nous avons reçu dernièrement la CNIL, la DGOS et le Ministère de la Santé qui sont venus prendre le pouls de cette organisation dans l'Indre et qui en a tiré des conséquences tout à fait valables, en disant « bah écoutez c'est bien ». »

P3 : « les mesures Braun, elles ont été piquées sur l'Indre, puisque c'est comme ça qu'on faisait, donc on est parfois précurseur. On paraît enfoncer des portes bien fermées et après, ça devient une évidence pour tout le monde. »

- Les médecins se sentent valorisés dans leur participation.

P3 : « On peut dire que de payer 40€, de prendre des OSNP ça coûte cher, mais globalement ça coûte moins cher que 8000 passages aux urgences, c'est nettement moins cher. Donc on peut faire quelque chose de correctement payé, d'intéressant pour les gens, d'intéressant pour les médecins et d'économique pour la nation. »

P5 : « Mais ça reste quand même une consultation complexe [...] , c'est comme si tu reprenais un dossier donc la majoration elle n'est pas déconnante. Pour moi, elle est suffisante. [...] Il faut que les gens ils sachent qu'ils viennent dans un contexte bien particulier, que c'est un effort supplémentaire du médecin quand même. »

- Les médecins souhaitent montrer l'exemple, former, motiver d'autres médecins à faire partie du SAS.

P1 : « pourquoi pas faire venir les vieux du SAS qui puissent donner leur expérience. [...] Et je suis prêt à le faire s'il fallait le faire, il n'y a aucun problème. »

P6 : « j'ai des patients qui viennent me voir et dont je sais que le médecin ne participe pas du tout au SAS, de dire au patient « Bah voyez ! vous étiez content d'avoir un rendez-vous, parlez-en à votre médecin. Dites que c'était très bien, que vous étiez très content d'avoir un rendez-vous et qu'ils fassent aussi la même chose, pour les fois où moi je ne serai pas là et qu'il pourrait voir mes patients en contrepartie ». Je passe ce petit truc. »

P9 : « Beh oui, mais ce n'est pas parce que c'est difficile, qu'il ne faut pas en faire. C'est le truc, c'est oui c'est difficile, mais c'est une magnifique école de l'interrogatoire. »

8- Schéma explicatif

Les différentes catégories ressorties de l'analyse des résultats sont mises en relation dans le *Schéma 1*. Il permet de comprendre par quelles étapes de réflexions, de motivations, d'organisation, d'adaptation, d'évolution, les médecins du SAS 36 sont passés pour s'approprier ce nouveau service. L'entraide entre médecin est à la base de leur participation, dont le but est d'aider les patients. Pour cela ils ont eu besoin de s'organiser, planifier leur effectif ou régulation, et on apprend à s'approprier le SAS en adaptant leur fonction et en s'adaptant aussi aux patients. Avec leur expérience des craintes sont apparues les faisant réfléchir à des perspectives d'évolution du SAS et leur donnant la volonté de valoriser le SAS 36 pour rassembler le plus de médecin autour de ce projet.

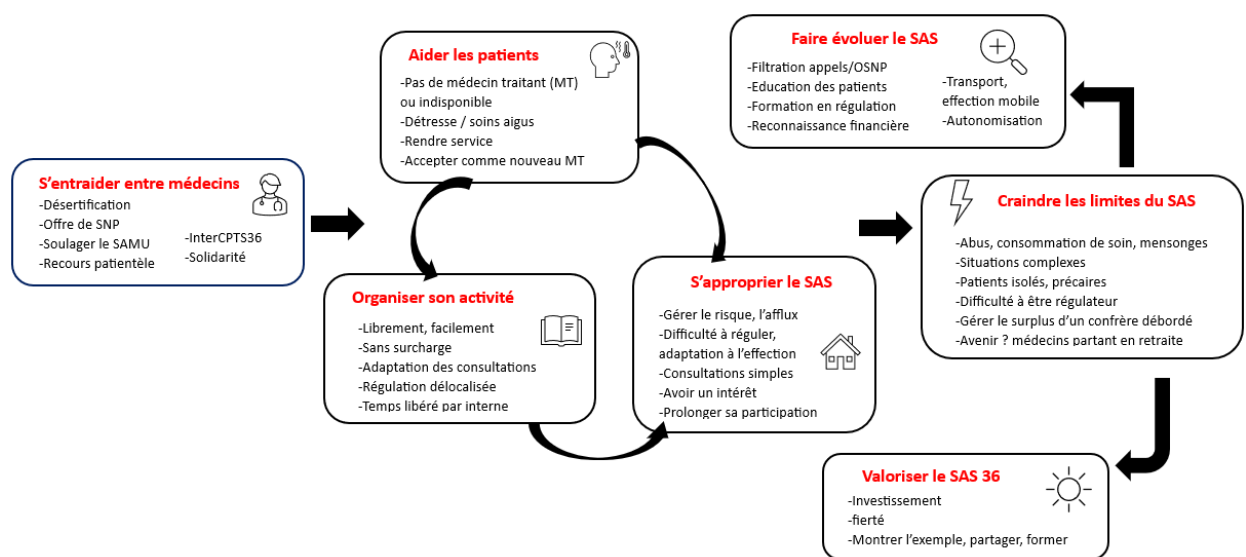


Schéma 1 : Mise en relation des différentes catégories ressorties de l'analyse des résultats.

DISCUSSION

1- Le résultat principal :

L'objectif de cette étude de recherche était d'étudier l'expérience des médecins régulateurs et /ou effecteurs du SAS 36 et d'en comprendre leur vécu.

Les médecins de l'Indre sont soucieux de ne pas laisser les patients de leur territoire sans recours aux soins urgents. Ce sont les médecins qui mutuellement se sont encouragés à se rassembler dans ce projet. Ils ont une réelle volonté de partager l'effort et de s'entraider face à la pénurie de médecins dans l'Indre. Malgré les difficultés et les contraintes de la régulation libérale, ils reconnaissent son grand intérêt. Elle permet de rassurer, de trier et d'optimiser l'offre d'effection. Les médecins effecteurs se sentent utiles et valorisés par les remerciements des patients. Les médecins participants au SAS sont prêts quasi à l'unanimité à poursuivre leur engagement au sein du SAS 36. Mais leur plus grande peur, en facilitant l'accès au soin, est le risque de consommation abusive et non raisonnée du SAS.

2- La comparaison avec la littérature :

Les médecins de l'Indre, principalement ruraux, sont investis dans la gestion des soins non programmés (SNP) de leur territoire. Le SAS leur a offert la possibilité de créer une organisation commune et à leur échelle départementale. Les CPTS ont joué un rôle majeur dans la création du SAS 36 et la diffusion des informations nécessaires au recrutement des médecins. Les médecins de l'Indre ont donc réussi à faire ce que Théo Zamord suggérait comme objectif d'organisation des SNP en 2020, dans son étude s'intéressant à la gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud-Gironde (16). Il décrivait la nécessité de développer « une organisation structurée de réponse aux SNP de santé primaire », où les CPTS auraient leur rôle à jouer.

La médecine libérale ne pouvant pas absorber toutes les demandes de SNP, ces demandes ont besoin d'être régulées. En dehors du SAS, les secrétaires médicales assurent la gestion quotidienne des appels dans les cabinets médicaux. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une régulation médicale. L'étude de Mathilde Liard, en 2021, portant sur le ressenti des médecins généralistes installés sur le territoire de Combours sur leur offre de soins non programmés (17) montrait l'intérêt de former plus les secrétaires à ce rôle de régulation reconnu comme difficile, pour trier les urgences en sécurité. En parallèle dans notre étude c'est la formation des OSNP qui est évoquée, avec l'objectif de prioriser les appels gérés par le médecin régulateur. Des médecins interrogés se posent la question de donner plus de formation aux OSNP pour leur permettre éventuellement d'adresser directement des patients aux effecteurs. Le rôle du médecin régulateur reste primordial pour éviter

l'engorgement des consultations des médecins effecteurs et donner des conseils médicaux adaptés. Ainsi au cours de l'année 2021, la part des conseils médicaux délivrés par le médecin régulateur du SAS de la Vienne (SAS 86) était de 59,9% des décisions médicales (13), comparable au SAS 36, en sachant que le SAS 86 n'envoie pas d'ordonnance à la pharmacie du patient.

Dans certains SAS, l'effecton a eu du mal à se développer à cause de problèmes de structuration, de ressources humaines et de rémunération, comme le décrit Marie Caruso, dans son étude portant sur le projet du SAS de La Manche (SAS 50) (12). Ce qui n'a pas été le cas pour les médecins indriens, qui étaient organisés en CPTS et qui ont aussi obtenu au départ une rémunération supplémentaire de la consultation par le Conseil Départemental. La moitié des médecins de l'Indre ont ainsi répondu à l'appel.

Le régulateur du SAS 36 a la particularité de pouvoir envoyer des prescriptions médicales à la pharmacie choisie par le patient. Cette décision a été prise dans 14% des appels en 2022. Si cette décision n'avait pas été possible, soit le régulateur aurait prodigué un conseil médical ou donné un créneau d'effecton. Dans tous les cas c'est une réelle aide apportée au patient et une solution en cas d'absence d'effecton disponible. D'après nos recherches cette possibilité n'existe pas dans d'autres SAS.

Concernant la perception du SAS par les médecins effecteurs, notre étude retrouve des similitudes avec les résultats de l'étude de Clémence Berthoux, qui s'est intéressée aux médecins généralistes effecteurs du SAS 37 (14). Les médecins effecteurs de l'Indre et Loire disaient que le SAS était « utile à la fois pour le patient, le médecin et le territoire ». Ils trouvaient aussi que l'effecton n'entraînait qu'une faible répercussion sur leur charge de travail, avec des consultations facilement adaptables, simples. Comme pour les médecins de notre étude, leurs motivations venaient aussi d'un « devoir déontologique » ou d'une « responsabilité envers la population ». En revanche dans cette étude, les médecins urbains trouvaient le SAS le plus utile contrairement à notre étude où il s'agissait plus de médecins ruraux. La densité médicale de l'Indre-et-Loire (98 médecins pour 100 000 habitants) et la répartition géographique de la population sont différentes de celles de l'Indre.

3- Les forces et les limites :

La force de cette étude vient de son originalité. Elle s'intéresse à un nouveau service, le SAS, une nouvelle approche de soins, peu étudiée à l'échelle nationale et jamais étudiée pour un SAS original comme celui de l'Indre. Ce SAS « rural » est géré entièrement par des médecins généralistes.

L'investigatrice avait déjà rencontré cinq des dix participants au cours de stages d'internats ou de formation médicale, ce qui a probablement favorisé l'acceptation des entretiens. Ceci a permis une attitude plus sereine de l'investigatrice lors des entretiens.

Les données ont été recueillies dans le lieu choisi par les participants, dans leur cabinet médical ou à leur domicile, pour qu'ils se sentent à l'aise et sans les contraindre à se déplacer. Tous les entretiens ont eu lieu en présentiel favorisant l'échange et l'expression non verbale. Cette mise en confiance a permis une liberté d'expression illustrée par une durée longue pour la plupart des entretiens.

Les entretiens ont été réalisés à distance du début de la participation des médecins dans le SAS, ce qui permet d'avoir un recul nécessaire sur cette expérimentation.

La faible expérience de l'investigatrice en recherche a été contrebalancée par l'expérience des deux autres chercheurs.

Compte-tenu de la position de jeune médecin de l'investigatrice, on peut imaginer qu'il puisse y avoir un biais de désirabilité de la part de ces médecins plus expérimentés.

La méthode d'échantillonnage par effet boule de neige n'a pas favorisé l'hétérogénéité de l'échantillon, entraînant une prédominance de médecins ruraux, sans que les chercheurs aient la certitude que cette caractéristique implique des réponses divergentes.

4- Les perspectives

Cette étude illustre l'importance de la solidarité entre médecins généralistes d'un département rural. Cette mutualisation des moyens apporte un bénéfice aux patients et aux médecins. Le Code de Santé publique rappelle : « les médecins se doivent assistance dans l'adversité » (18). Le SAS replace le médecin généraliste au cœur de son métier. « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent » selon l'article R4117-77 du Code de Santé Publique (19). Les médecins plus jeunes appréhendent les départs à la retraite des médecins investis dans les SNP. Pour pérenniser le SAS, ils ont conscience que d'autres médecins doivent intégrer le dispositif. Pour cela ils échangent entre eux, les CPTS travaillent à informer sur le SAS, et certains médecins sont prêts à présenter leur expérience et faire connaître son fonctionnement à travers des rencontres, des réunions.

A ce jour, l'organisation du SAS de l'Indre est bien gérée en autonomie par les médecins généralistes. Ils revendiquent son bon fonctionnement et ne veulent ainsi pas adhérer à la plateforme nationale du SAS. Ils veulent garder leur indépendance à l'échelle départementale. Ils craignent que la délivrance des créneaux d'effectif par les urgentistes ne soit pas optimisée aussi finement qu'avec un régulateur libéral généraliste. Ceci reste en discussion pour l'instant.

Pour les SAS ayant peu d'effectif disponible, il pourrait être intéressant de développer la possibilité d'envoyer une prescription médicale à la pharmacie du patient, comme le fait le SAS 36.

Le régulateur rapporte souvent être mis en difficulté avec les personnes ne pouvant se déplacer, malgré une possibilité de faire appel à un service de transport. En pratique, il est difficile de trouver un transport en temps et en heure et les patients du SAS ne sont pas prioritaires. La réflexion dans l'Indre serait de mettre en place des astreintes rémunérées pour les services de transport ou de mettre en place un système de transport organisé par les communes.

Est actuellement en expérimentation dans l'Indre depuis cette année, pour la CPTS du Val de Creuse, le projet « Sac à dos », projet e-santé lancé par l'Agence Régionale de Santé. Il s'agit de proposer des téléconsultations médicales assistées par des infirmier(e)s libéraux, qui se déplacent auprès du patient avec un sac de téléconsultation, comprenant des objets médicaux connectés. Ce dispositif a vocation à être généralisé pour le SAS 36, ce qui permettrait au médecin régulateur du SAS d'évaluer à distance, en lien avec un(e) infirmier(e) un patient ne pouvant pas se déplacer. Ceci permettrait peut-être d'éviter une prise en charge via les urgences lorsque ce n'est pas nécessaire pour ces patients souvent fragiles. Des réflexions sur des médecins effecteurs mobiles dans le SAS, comme actuellement présents pour la PDSA le week-end pourrait aussi être envisagées.

Toujours concernant la régulation, point noir pour beaucoup de médecins, la plupart s'accordent à dire que pour limiter la peur et le risque d'erreur en régulation, il convient d'améliorer la formation des médecins. Il existe des formations spécifiques pour les médecins urgentistes régulateurs, elles pourraient peut-être être ajustées pour s'adapter aux médecins libéraux. Pour diminuer la charge des médecins régulateurs, certains médecins aimeraient donner plus de responsabilités aux OSNP. Mais il devra alors se discuter une formation spécifique et fixer un cadre réglementaire sur les réponses possibles à donner par les OSNP.

Le SAS actuel ne résout pas le sujet des patients nécessitant des soins de suivis par un médecin traitant spécialiste en médecine générale. Avant de s'engager dans le SAS, les médecins craignaient d'être confrontés à de nouvelles demandes de prise en charge de patients en qualité de médecin traitant.

Le SAS 36 expérimente l'offre de soins non programmés dentaires et en kinésithérapie, qui pourrait être élargie à toute la France.

Plusieurs médecins généralistes ont évoqué rendre service et soulager les médecins urgentistes en diminuant le nombre d'appels et le nombre de consultation aux urgences. Il serait intéressant d'aller à la rencontre de ces médecins urgentistes indriens et des ARM pour évaluer leur perception du SAS 36.

D'après la carte de France des SAS en fonctionnement et en cours de conception (1) seulement 4 SAS utilisent le numéro 116 117, il s'agit des SAS 76, SAS 85, SAS 57 et le SAS 36. Ce numéro permet de se distinguer du numéro 15, différenciant la demande de soins

urgents vitaux de ceux non vitaux. Il pourrait être intéressant de le mettre en place dans d'autres départements contribuant à mieux orienter les patients et soulager le 15.

Au-delà du ressenti des médecins, il serait intéressant d'explorer le ressenti des patients des territoires où existe un SAS. Comprendre leur motivation à avoir recours au SAS, leur attente vis à vis du SAS, aiderait à optimiser ce service. Les médecins généralistes de notre étude pensent qu'il faut renforcer l'éducation des patients à leur santé, les informer sur l'offre de soins à laquelle ils peuvent prétendre en fonction de leurs symptômes et du degré d'urgence.

CONCLUSION

Les médecins du SAS 36 ont une volonté forte de s'aider face à la désertification médicale de l'Indre. Ils sont prêts à fournir un effort supplémentaire en s'investissant dans le SAS, mais ils veulent que cet effort soit réparti et que l'ensemble des médecins indriens jouent le jeu.

Les médecins effecteurs ont su trouver leur organisation personnalisée, sans se sentir surchargés. Ils ne sont pas mis en difficultés face aux patients qu'ils reçoivent et se sentent utiles dans la majorité des consultations. Les médecins régulateurs se sentent aussi libres de choisir leur créneau de régulation mais ils ont besoin de temps libre pour réguler, les journées où leur interne en stage est présent, apparaît comme la principale solution. Les médecins ont conscience que la régulation permet d'optimiser le recours aux soins et donc de diminuer le recours aux consultations systématiques. Pour répondre à la peur des médecins de faire de la régulation, les régulateurs encouragent les médecins à s'entraîner et se former.

Les médecins ont conscience de la détresse des patients qui n'ont pas de médecin traitant. Ils pensaient aider des patients sans médecin mais finalement ils doivent aussi gérer des patients dont leur médecin est absent ou débordé.

Les médecins veulent alerter sur certains abus de consommation du soin des patients. Les médecins sont demandeurs de communiquer une large information aux patients sur quand et comment avoir recours aux soins. Les régulateurs se retrouvent en difficulté face aux patients isolés ou socialement précaires ne pouvant se déplacer et aimeraient des solutions concrètes.

Quasi tous les médecins souhaitent prolonger leur participation au SAS, même certains se projettent à la retraite. En revanche ils craignent pour l'avenir du SAS si leur charge de travail augmente dans les prochaines années face aux départs en retraite de plusieurs médecins.

REFERENCES

1. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 17 sept 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>
2. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2018 [cité 17 sept 2023]. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>
3. Buzin A. Pacte de refondation des urgences. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019.
4. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2020 [cité 17 sept 2023]. Ségur de la santé : 22 sites pilotes retenus pour préfigurer le service d'accès aux soins (SAS). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/segur-de-la-sante-sites-pilotes-service-d-acces-aux-soins-SAS>
5. INSEE. Dossier complet – Département de l'Indre (36) | Insee [Internet]. 2023 [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-36>
6. INSEE. 2023 [cité 5 sept 2023]. Densité des médecins généralistes - Pour 100.000 habitants - Indre | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010761009>
7. Le Berre JS. lanouvellerepublique.fr. 2016 [cité 12 sept 2023]. Médecins de garde : changements en vue. Disponible sur: <https://www.lanouvellerepublique.fr/indre/medecins-de-garde-changements-en-vue>
8. ARS Centre Val de Loire. L'ARS a actualisé le zonage médecin en Centre-Val de Loire [Internet]. 2023 [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/lars-actualise-le-zonage-medecin-en-centre-val-de-loire>
9. ARS Centre-Val de Loire. 2022 [cité 12 sept 2023]. Les Communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts>
10. Angevert L. What's Up Doc. 2022 [cité 12 sept 2023]. « Je suis Présidente d'une CPTS dans l'Indre, il y a une bonne dynamique, on peut innover, lancer des projets médicaux pour mieux soigner. ». Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/je-suis-presidente-dune-cpts-dans-lindre-il-y-une-bonne-dynamique-peut-innover-lancer-des>
11. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 12 sept 2023]. La rémunération des professionnels engagés dans le SAS. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/la-remuneration-des-professionnels-engages-dans-le-sas>

12. Caruso M. Projet SAS 50 : description des étapes de la mise en place du Service d'Accès aux Soins dans le département de la Manche et évaluation du dispositif à partir d'une enquête auprès des acteurs [Thèse d'exercice]. Université de Caen Normandie ; 2021.
13. Ourliac M. La place du médecin généraliste régulateur au sein du SAS 86 [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers ; 2022. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/66460>
14. Berthoux C. Perception des médecins généralistes effecteurs au sujet du SAS 37 [Thèse d'exercice]. Université de Tours ; 2022.
15. Macron E. elysee.fr. 2023 [cité 11 sept 2023]. Le Président de la République présente son cap pour la santé. Disponible sur : <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2023/01/06/le-president-de-la-republique-presente-son-cap-pour-la-sante>
16. Zamord T. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud-Gironde [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux ; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02958965>
17. Liard M. Ressenti des médecins généralistes installés sur le territoire de Combours sur leur offre de soins non programmés et perspectives d'évolution concernant cette offre [Thèse d'exercice]. Université de Rennes ; 2021. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03552170>
18. Légifrance. Article R4127-56 - Code de la santé publique [Internet]. 2004. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912924
19. Légifrance. Articles R4127-77 - Code de Santé Publique [Internet]. 2004. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006198778?init=true&page=1&query=devoir+du+medecin+de+participer+a+la+permanence+des+soins&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000006912949#LEGIARTI000006912949

ANNEXES

Annexe 1 : A priori et auto-questionnement des chercheurs : Les 7 questions d'après l'Initiation à la recherche qualitative en santé*

**Lebeau JP, Aubin-Auger, Cadwallader et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Saint-Cloud : Global Média Santé et CNGE Productions ; 2021 : p42-47*

1- Quelle est ma question initiale ?

Comment les médecins effecteurs du SAS 36 perçoivent ce nouveau service pour répondre à la demande de soins Non Programmés de leur territoire ?

2- Comment en suis-je venue à me poser cette question ?

J'ai découvert l'existence du SAS 36 en mai 2022 lors du début de mon stage en SASPAS dans l'Indre. Deux de mes maitres de stage universitaires étaient très investis dans le SAS 36. J'ai donc au cours de mon stage découvert son fonctionnement et pu assister avec mes maitres de stage à de la régulation ou des consultations d'effecteur. J'ai réellement pris conscience de son intérêt lorsque ma famille et mes amis ont eu recours à ce service faute de médecin traitant. Etant affecté par la demande de prise en charge de mes proches, et plus généralement de patient se retrouvant sans médecin traitant, je suis rassurée qu'il existe ce dispositif dans l'Indre. Or il y a de moins en moins de médecins généralistes dans l'Indre et leur emploi du temps sont déjà bien remplis. Alors je me demande comment font-ils dans leur pratique pour « absorber » encore des patients du SAS ? A quel prix sur leur organisation ? Comment vivent-ils cette expérience ? Et je pense aussi aux régulateurs, comment font-ils pour se libérer au moins trois heures de disponibilité pour réguler ? Comment se passe la régulation, qui est nécessaire au SAS ?

3- Si j'étais moi-même interrogé, quelle serait ma réponse ?

En tant que remplaçante je n'ai eu l'occasion que peu de fois de recevoir en consultation des patients orientés par le SAS 36.

Je dirais que la satisfaction de rendre service aux patients serait la finalité positive de cette expérience. Le fait que ce soient plutôt des consultations avec une pathologie aigüe seraient peut-être rapides et simples. Qu'en organisant son emploi du temps de façon souple, permettrait de s'adapter en cas de rendez-vous non pourvus.

Mais ce qui pourrait me poser des problèmes serait la peur de l'augmentation du temps de travail, l'indisponibilité pour mes propres patients, les situations complexes qui nécessiteraient un suivi. La peur de l'épuisement personnel et l'épuisement de ce service.

4- Pourquoi suis-je convaincue que ma question est pertinente ?

Savoir comment les médecins vivent cette expérience du SAS 36 dans leur pratique quotidienne permettrait d'améliorer son fonctionnement au niveau de l'Indre mais aussi d'avoir des idées d'optimisation pour sa généralisation nationale. Rapporter l'expérience de ces médecins, leurs ressentis, leurs motivations, leurs limites... pourraient aussi renseigner des médecins qui ne participent pas à ce service. En vue de la généralisation du SAS, prendre en compte l'organisation des médecins à l'échelle individuelle et territoriale me paraît nécessaire. Le risque de surcharge de ce service est une réelle crainte.

5- Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ?

Que le SAS est utile pour aider les patients sans médecin traitant disponible. Utile aussi pour mieux organiser et répartir la demande de soins non programmés. Qu'il répond à une demande de soins.

Qu'ils rencontrent des difficultés pour la gestion de leur planning avec des créneaux à rajouter, des créneaux non pourvus... Des craintes liées aux motifs de consultations.

Que la majoration de la consultation soit une motivation supplémentaire.

Qu'une bonne régulation permet d'optimiser l'effectif pour éviter la surcharge.

Que maximiser le nombre de médecins impliqués pourrait répartir l'effort.

6- Quelles réponses est-ce que je n'attends pas des participants ?

Que les médecins effecteurs veuillent augmenter de façon importante leurs nombres de créneaux mis à dispositions.

Que les régulateurs veuillent augmenter leur temps de régulation.

Que l'organisation du SAS ne soit pas adaptable à chaque territoire mais strictement la même au niveau national.

7- Quelle est finalement ma question de recherche ?

Finalement je ne veux pas juste savoir comment les médecins perçoivent ce service mais plutôt comment ils le vivent concrètement dans leur pratique quotidienne. Et je pense que je ne dois pas me limiter au vécu des médecins effecteurs mais m'ouvrir aussi à celui des médecins régulateurs, leur rôle étant essentiel.

Ainsi ma question est :

Comment les médecins effecteurs et/ou régulateurs du Service d'Accès aux Soins de l'Indre (SAS 36) vivent-ils l'expérience de ce nouveau service ?

Annexe 2 : Trame d'entretien semi- dirigé

Présentation de l'investigatrice, de l'étude et du recueil des données :

Je suis médecin généraliste remplaçante. J'ai fini mon internat en novembre 2022. J'ai découvert le SAS 36 grâce à mes maitres de stages au cours de mon dernier SASPAS dans l'Indre. J'ai souhaité m'intéresser au SAS 36 et notamment à l'expérience des médecins qui y participaient. Et pour ça les Dr RUIZ et Dr LE LIBOUX codirigent cette thèse.

Pour cette thèse, j'ai besoin de réaliser des entretiens que je vais enregistrer à l'aide de mon dictaphone sur mon téléphone. Je vais vous poser des questions plus ou moins dirigées auxquelles vous répondrez librement et sans risques. Cet entretien sera ensuite retranscrit sur Word de façon anonyme puis cet enregistrement sera supprimé.

Ainsi consentez-vous à participer à cette étude ?

Questions :

Je vais commencer par vous poser trois questions sur votre pratique :

- En quelle année vous êtes-vous installé ?
- Quel est votre milieu d'exercice : urbain ou rural ?
- Quel est votre mode d'exercice : seul, en groupe, en MSP ?

Parlons maintenant du SAS :

- 1- Comment avez-vous connu le SAS ?
- 2- Pour vous, c'est quoi le SAS ?
- 3- Qu'est-ce que vous en pensiez avant de commencer ?
- 4- Pourquoi vous y être engagé ?
- 5- Vous faites quoi dans le SAS ?
- 6- Vous avez commencé quant à y participer ?

Questions Efficacité :

Pour médecin effecteur :

- 1- Comment organisez- vous votre planning pour gérer les créneaux réservés au SAS ?
- 2- Racontez-moi comment se passe les consultations ? Racontez-moi s'en une qui vous revient en tête ?
- 3- Qui sont les patients que vous voyez ?
- 4- Que retenez-vous de votre expérience en tant qu'effecteur ?
- 5- Encourageriez-vous d'autres médecins à faire de l'efficacité ? Par exemple, à moi en tant que jeune médecin ? ou à des confrères réfractaires ?
- 6- Que pensez-vous de la majoration de quinze euros de la consultation ?

Pour médecin non effecteur (après les questions sur la Régulation)

- 1- Ça vous ferait envie de faire de l'efficacité ?

- 2- Qu'est ce qui pourrait vous faire changer d'avis ?

Questions Régulation :

Pour médecin effecteur :

- 1- Avez-vous eu d'autres expériences/ formations en régulation médicale ?
- 2- Comment vous organisez-vous pour réguler ?
- 3- Racontez-moi comment ça se passe ?
- 4- Quelles sont les situations qui vous ont marqué le plus ?
- 5- Que diriez-vous aux médecins qui trouvent difficile de faire de la régulation ?

Pour médecin non régulateur (après les questions sur l'effectif)

- 1- Est-ce que vous auriez envie de faire de la régulation ? (Pourquoi ?)
- 2- En avez-vous déjà fait ?
- 3- Qu'est ce qui pourrait vous faire changer d'avis ?

Questions finales :

- 1- D'un point de vue général, quels sont les retours de vos confrères généralistes ou urgentistes sur le SAS ?
- 2- Quelles améliorations souhaiteriez-vous pour l'organisation du SAS 36 ?
- 3- Comment voyez-vous votre engagement à l'avenir au sein du SAS ?
- 4- Souhaitez-vous ajouter autre chose ?
- 5- Pensez-vous à un confrère ou une consœur qui pourriez participer à notre étude ?
- 6- Est-ce que vous accepteriez d'être recontacté après cet entretien si je souhaite vous demander des précisions sur notre échange ?

Remerciements

Vu, les Directeurs de Thèse

Dr Sylvaine Le Liboux

Handwritten signature of Dr Sylvaine Le Liboux in black ink.

Dr Christophe Ruiz

Handwritten signature of Dr Christophe Ruiz in black ink.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

LÉVÊQUE Laura

52 pages – 1 figure – 1 tableau– 1 Schéma – 2 annexes

Résumé :

Introduction : Le Service d'Accès aux Soins est un nouveau dispositif permettant d'orienter et de prendre en charge les patients en demande de soins urgents, sans médecin traitant ou lorsque celui-ci est indisponible. Le département de l'Indre a été choisi pour expérimenter le SAS comme 21 autres départements. L'Indre est un département rural, organisé en Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), dynamique dans la gestion des Soins Non Programmés (SNP), qui a su créer un SAS qui fonctionne. Ce nouveau service doit se généraliser à l'échelle nationale mais n'a été que peu étudié.

Objectif : Etudier l'expérience des médecins généralistes régulateurs et /ou effecteurs du SAS 36 et comprendre leur vécu.

Méthode : Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée entre mars et juillet 2023. 10 entretiens semi-dirigés ont été menés auprès des médecins généralistes régulateurs et/ou effecteurs du SAS 36.

Résultats : Les médecins se sont investis dans ce service pour s'entraider et offrir aux patients de leur territoire une solution à leur demande de soins urgents. Ils se sont organisés pour recevoir les patients sans surcharger leur planning. Ils se sentent valorisés dans leur fonction car ils se trouvent utiles pour les patients ainsi que pour leurs confrères généralistes et urgentistes. Cependant ils font face à des difficultés, surtout en régulation, pour lesquelles ils cherchent des solutions. Ils souhaitent pérenniser leur fonction au sein du SAS 36 tant que cela leur sera possible.

Discussion : Améliorer l'expérience des médecins du SAS 36 est possible via le recrutement de nouveaux médecins, la formation à la régulation, la prise en charge des patients isolés. Pour répondre au mieux aux attentes des patients, il faudrait étudier le vécu des patients habitant dans un territoire couvert par un SAS.

Mots clés : Service d'accès aux soins, soins non programmés, médecin généraliste

Jury :

Président du Jury : Professeur Matthias BUCHLER

Directeurs de thèse : Docteur Sylvaine LE LIBOUX

Docteur Christophe RUIZ

Membres du Jury : Docteur Céline RANTY

Date de soutenance : 14/12/2023