

UNIVERSITE CÔTE D'AZUR

ANNEE 2024



**THESE D'EXERCICE DE MEDECINE**

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

**SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS (SAS) :**  
**QUEL VÉCU POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN CORSE ?**  
**Une étude qualitative**

Présentée et soutenue le 14/03/2024,

A la faculté de Médecine de Nice

Par **Emeline POIRÉ**

Né(e) le 25/06/1992, à Nogent-sur-Marne (94)

**MEMBRES DU JURY**

Président :

Monsieur le Professeur David DARMON

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur Augustin Vallet

Monsieur le Docteur Nicolas Hogu



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

**Doyen**

**Pr. Jean DELLAMONICA**

**Vice-doyennes**

**Pédagogie**

**Pr. Véronique ALUNNI**

**Recherche**

**Pr. Barbara SEITZ-POLSKI**

**Relations internationales**

**Pr Fanny BUREL-VANDBOS**

Conservateur de la bibliothèque

Mme Danièle AMSELLE

Directrice administrative des services

Mme Isabelle CALLEA

**Doyens Honoraires**

M. Patrick RAMPAL

M. Daniel BENCHIMOL

M. Patrick BAQUÉ



### Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Véronique	ALUNNI	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M Nicolas	AMORETTI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. Rodolphe	ANTY	Gastro-entérologie (52.01)
Mme Florence	ASKENAZY-GITTARD	Pédopsychiatrie (49.04)
M. Philippe	BAHADORAN	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Stéphanie	BAILLIF	Ophthalmologie (55.02)
Mme Sylvie	BANNWARTH	Génétique (47.04)
M. Patrick	BAQUÉ	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. Emmanuel	BARRANGER	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. Emmanuel	BENIZRI	Chirurgie Générale (53.02)
M. Michel	BENOIT	Psychiatrie (49.03)
M. Gilles	BERNARDIN	Réanimation Médicale (48.02)
M. J-Philippe	BERTHET	Chirurgie Thoracique (51.03)
M. André	BONGAIN	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. Alexandre	BOZEC	ORL- Cancérologie (47.02)
M. Jean	BREAUD	Chirurgie Infantile (54.02)
Mme Véronique	BREUIL	Rhumatologie (50.01)
M. Nicolas	BRONSARD	Anatomie Chir Ortho et Traumato (42.01)
M. Olivier	CAMUZARD	Chirurgie Plastique (50.04)
Mme Fanny	BUREL-VANDENBOS	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Michel	CARLES	Mal. infect. ; trop. (45.03)
M. Laurent	CASTILLO	O.R.L. (55.01)
M. Nicolas	CHEVALIER	Endo.diab.mal. métab (54.04)
M. Patrick	CHEVALIER	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme Giulia	CHINETTI	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. Thomas	CLUZEAU	Hématologie (47.01)
M. Jacques	DARCOURT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. David	DARMON	Médecine Générale (53.03)
M. Jean	DELLAMONICA	Réanimation médicale (48.02)
M. Jérôme	DELOTTE	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. Jérôme	DOYEN	Radiothérapie (47.02)
M. Milou-Daniel	DRICI	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. Matthieu	DURAND	Urologie (52.04)



### Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Vincent	ESNAULT	Néphrologie (52-03)
Mme	Christelle	ESTRAN-POMARES	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	Guillaume	FAVRE	Physiologie (44.02)
M.	Emile	FERRARI	Cardiologie (51.02)
M.	J-Marc	FERRERO	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Denys	FONTAINE	Neurochirurgie (49.02)
M.	J-Paul	FOURNIER	Thérapeutique (48-04)
M.	Eric	GILSON	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	Valérie	GIORDANENGO	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	Lisa	GIOVANNINI-CHAMI	Pédiatrie (54.01)
M.	Olivier	GUERIN	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	Nicolas	GUEVARA	Oto-Rhino-laryngologie ( 55.01)
M.	Jean	GUGENHEIM	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	J-Michel	HANNOUN-LEVI	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Reda	HASSEN KHODJA	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	Xavier	HÉBUTERNE	Nutrition (44.04)
M.	Paul	HOFMAN	Anat. cytol. path. (42.03)
M.	Olivier	HUMBERT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	Antonio	IANNELLI	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	Carole	ICHAJ	Anesth. réa. (48.01)
M.	Marius	ILJÉ	Anat. cytol. path. (42.03)
M	Elixène	JEAN-BAPTISTE	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Georges	LEFTHERIOTIS	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
Mme	Sylvie	LEROY	Pneumologie-Addictologie (51.01)
M.	Jacques	LEVRAUT	Médecine d'urgence (48.05)
M.	Michel	LONJON	Neurochirurgie (49.02)



### Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Charles	MARQUETTE	Pneumologie (51.01)
M.	J-François	MICHIELS	Anat. cytol. path. (42.03)
Mme	Pamela	MOCERI	Cardiologie (51.02)
M.	Henri	MONTAUDIÉ	Dermatologie (50.03)
M.	Nicolas	MOUNIER	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	J-Christophe	ORBAN	Anesth. réa. (48.01)
M.	Bernard	PADOVANI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	Philippe	PAQUIS	Neurochirurgie (49.02)
Mme	Véronique	PAQUIS	Génétique (47.04)
M.	Thierry	PASSERON	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	Thierry	PICHE	Gastro-entérologie (52.01)
M.	Christian	PRADIER	Epid., éco. santé (46.01)
Mme	Virginie	RAMPAL	Chirurgie Infantile (54.02)
M.	Pierre	ROHRLICH	Pédiatrie (54.01)
M.	Eric	ROSENTHAL	Médecine Interne (53.01)
M.	Christian	ROUX	Rhumatologie (50.01)
M.	Raymond	RUIMY	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	Sabrina	SACCONI	Neurologie (49.01)
Mme	Nirvana	SADAGHIANLOO	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Stéphane	SCHNEIDER	Nutrition (44.04)
Mme	Barbara	SEITZ-POLSKI	Immunologie (47.03)
M.	Antoine	SICARD	Néphrologie (52.03)
M.	Pascal	STACCINI	Biostat. inf.méd. TC (46.04)
M.	Pierre	THOMAS	Neurologie (49.01)
M.	Albert	TRAN	Hépatogastro-entérologie (52.01)
M.	Geoffroy	VANBIERVLIE	Gastro-entérologie (52.01)



### Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

#### MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Damien	AMBROSETTI	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Caroline	BERNARDI	Médecine légale et droit de la Santé (46.03)
Mme Julie	BERNARDOR	Pédiatrie (54.01)
Mme Ghislaine	BERNARD-POMIER	Immunologie (47.03)
Mme Tiphanie	BOUCHEZ	Médecine Générale ( 53.03)
Mme Julie	CONTENTI-LIPRANDI	Médecine d'urgence ( 48-04)
M. Johan	COURJON	Mal. infect. ; trop. (45.03)
Mme Bérengère	DADONE-MONTAUDIÉ	Cancérologie-radiothérapie (47.02)
M. Alain	DOGLIO	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. Arnaud	FERNANDEZ	Pédopsychiatrie ( 49-04)
Mme Charlotte	HINAULT	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. Mathieu	JOZWIAK	Médecine intensive-Réanimation (48.02)
Mme Brigitte	LAMY	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme Elodie	LONG-MIRA	Cytologie et Histologie (42.02)
M. Michaël	LOSCHI	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. Romain	LOTTE	Bact-vir ; Hyg.hosp. (45.01)
Mme Marie-Noëlle	MAGNIÉ	Physiologie (44.02)
M. Arnaud	MARTEL	Ophthalmologie (55.02)
M. Nihal	MARTIS	Méd int. ; gériatrie (53.01)
M. Damien	MASSALOU	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
Mme Sandra	MUSSO-LASSALLE	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Mourad	NAÏMI	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme Céline	OCELLI	Médecine d'urgence ( 48-04)
M. Charles	SAVOLDELLI	Chir. maxill. & stom (55.03)
M. Fabien	SQUARA	Cardiologie (51.02)
Mme Susanne	THÜMMLER	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M. Antoine	TRAN	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme Aurlane GROS Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme Rebecca LANDI Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Mme Emeline MICHEL Médecine interne-Gériatrie (53.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme Christine LEBRUN-FRENAY Neurologie (49.01)  
 Mme Brigitte MONNIER Médecine Générale (53.03)  
 Mme Flora TREMELLAT-FALIERE Médecine palliative (46.05)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme Céline CASTA Médecine Générale (53.03)  
 M. Fabrice GASPERINI Médecine Générale (53.03)  
 M. Marc-André GUERVILLE Médecine Générale (53.03)  
 Mme Maud RAQUIN-POUILLON Médecine Générale (53.03)



### Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

#### Constitution du jury en qualité de 4ème membre

##### Professeurs Honoraires

M.	Marc	ALBERTINI	M.	Pierre	GIBELIN
M.	Jean	AMIEL	M.	J-Yves	GILLET
M.	Daniel	BALAS	M.	Patrick	GRELLIER
M.	Michel	BATT	M.	Dominique	GRIMAUD
M.	Etienne	BÉRARD	M.	Philippe	HOFLIGER
M.	Bruno	BLAIVE	M.	Jacques	JOURDAN
Mme	Florence	BLANC-PEDEUTOUR	M.	J-Philippe	LACOUR
M.	Patrice	BOQUET	M.	J-Claude	LAMBERT
M.	André	BOURGEON	M.	Michel	LAZDUNSKI
M.	Patrick	BOUTTÉ	M.	Yves	LE_FICHOUX
M.	J-Noël	BRUNETON	M.	J-Claude	LEFEBVRE
Mme	Françoise	BUSSIERE	M.	Roger	MARIANI
M.	J-Pierre	CAMOUS	M.	Pierre	MARTY
M.	Bertrand	CANIVET	M.	René	MASSEYEFF
M.	Jill-patrice	CASSUTO	M.	Mathieu	MATTEI
M.	Marcel	CHATEL	M.	Jean	MOUIEL
M.	Alain	COUSSEMENT	M.	Jérôme	MOUROUX
Mme	Dominique	CRENESSE	Mme	Martine	MYQUEL
M.	Guy	DARCOURT	M.	Dominique	PRINGUEY
M.	Fernand	DE_PERETTI	M.	Gérald	QUATREHOMME
M.	Pierre	DELLAMONICA	M.	Marc	RAUCOULES-AIMÉ
M.	Jean	DELMONT	Mme	Dominique	RAYNAUD
M.	François	DEMARD	M.	Philippe	ROBERT
M.	Claude	DESNUELLE	M.	Joseph	SANTINI
M.	Claude	DOLISI	M.	J- Baptiste	SAUTRON
M.	Patrick	FENICHEL	M.	Maurice	SCHNEIDER
M.	Alain	FRANCO	M.	Antoine	THYSS
M.	Pierre	FREYCHET	M.	Jacques	TOUBOL
M.	J-Gabriel	FUZIBET	M.	Dinh Khlem	TRAN
M.	Pierre	GASTAUD	M.	Emmanuel	VAN OBBERGHEN
M.	J-Pierre	GÉRARD			



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

M.C.U. Honoraires

M.	Jacques	ARNOLD	M.	Marcel	GASTAUD
M.	Bernard	BASTERIS	M.	Jean	GIUDICELLI
M.	José	BENOLIEL	M.	Jacques	MAGNÉ
Mlle	Rose-Marie	CHICHMANIAN	Mme	Nadine	MEMRAN
Mme	Michèle	DONZEAU	M.	Raymond	MENGUAL
M.	Roméo	EMILIOZZI	M.	Patrick	PHILIP
M.	Thierry	FOSSE	M.	J-Claude	POIRÉE
M.	Philippe	FRANKEN	Mme	Marie-Claire	ROURE
M.	Rodolphe	GARRAFFO	M.	Jean	TESTA
			M.	Pierre	TOULON



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	François	BERTRAND	Médecine Interne
M.	Patrice	BROCKER	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	Daniel	CHEVALLIER	Urologie
Mme	Manuella	FOURNIER-MEHOUAS	Médecine Physique et Réadaptation
M.	Patrick	JAMBOU	Coordination prélèvements d'organes
M.	Mathieu	LEBOEUF	gynécologie- obstétrique
Mme	Geneviève	NADEAU	uro-gynécologie
M.	Guillaume	ODIN	Chirurgie maxillo-faciale
M.	Frédéric	PEYRADE	Onco-Hématologie
M.	Bertrand	PICCARD	Psychiatrie
M.	J-François	QUARANTA	Santé Publique

# Remerciements

Aux membres du jury :

Merci à Monsieur le Professeur David Darmon de m'avoir fait l'honneur d'être le président de mon jury de thèse. Je vous remercie de votre investissement universitaire et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Merci à Monsieur le Docteur Nicolas Hogu d'avoir accepté de diriger cette thèse, pour la disponibilité, l'accompagnement et la bienveillance dont vous avez su faire preuve tout au long de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Merci à Monsieur le Docteur Augustin Vallet de m'avoir proposé ce sujet de thèse qui m'a passionné, pour ton aide et ton investissement tout au long de mon parcours. Ta force de travail est pour moi une source d'admiration.

Aux participants de cette étude, merci pour votre disponibilité, et aux échanges enrichissants qui ont permis ce travail.

À ma famille, ma mère, ma sœur et mon frère, merci pour votre soutien indéfectible depuis toujours. Vous êtes mon sang, ma force et ma fierté. À nous.

À l'homme de ma vie, mon amour, mon pilier, mon loulou. Je ne sais pas si j'aurais pu survivre à tout ça sans toi.

À mes amies, merci du fond du cœur pour votre aide et votre soutien.

À Lumia et Gaspacho, pour vos ronrons réconfortants.

# Liste des abréviations

**AMU** : Aide Médicale d'Urgence

**CNIL** : Commission nationale de l'informatique et des libertés

**CPTS** : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

**DREES** : Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques

**MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

**OSNP** : Opérateurs de Soins Non Programmés

**PDSA** : Permanence des Soins Ambulatoires

**ROSP** : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

**SAMU** : Service d'Aide Médicale d'Urgence

**SAS** : Service d'accès aux soins

**SNP** : Soins Non Programmés

**URPS-ML** : Unions Régionales des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux

# Sommaire

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>13</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE.....</b>	<b>15</b>
1. TYPE D'ÉTUDE.....	15
2. POPULATION.....	15
3. RECUEIL DES DONNÉES.....	15
4. ANALYSE DES DONNÉES.....	16
5. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES.....	16
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>17</b>
1. CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS.....	17
2. REPRÉSENTATIONS.....	17
3. FACTEURS FAVORISANTS.....	18
3.1. Amélioration de l'accès aux soins pour les patients.....	18
3.2. Coordination des SNP.....	18
3.3. Désengorgement des urgences.....	19
3.4. Pratique personnelle.....	19
4. FACTEURS LIMITANTS.....	19
4.1. Charge de travail supplémentaire.....	19
4.2. Mésusage.....	20
5. RÉMUNÉRATION.....	20
6. PERSPECTIVES DE MISE EN PLACE SUR LE TERRITOIRE.....	21
<b>DISCUSSIONS.....</b>	<b>22</b>
1. RÉSULTAT PRINCIPAL.....	22
2. COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE.....	23
3. FORCES ET LIMITES.....	25
4. PERSPECTIVES.....	25
5. CONCLUSION.....	26
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>27</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>31</b>
1. ANNEXE 1 – INFOGRAPHIE « SAS : COMMENT ÇA MARCHE ? ».....	31
2. ANNEXE 2 – GUIDE D'ENTRETIEN N°1.....	32
3. ANNEXE – GUIDE D'ENTRETIEN N°4.....	33
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>34</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>35</b>

# Introduction

La médecine ambulatoire se trouve en première ligne dans la réponse aux soins non programmés (SNP), entendus comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence vitale, et dont la prise en charge ne peut être ni anticipée ni retardée. Les SNP ne comprennent que les soins dispensés entre 8h et 20h en semaine, et le samedi matin, c'est-à-dire en dehors des horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA), pendant lesquels une organisation spécifique existe.

Pourtant en pratique, du fait d'une progression continue de la consommation des soins (1,2) et d'une démographie médicale en baisse constante (3), la demande de soins ambulatoire ne trouve pas toujours de réponse : 55% des personnes éprouvent des difficultés à obtenir un rendez-vous médical et 14% déclarent ne pas avoir été reçus car le praticien qu'ils ont contacté refusait les nouveaux patients (4). En parallèle, le nombre de passage aux urgences augmente d'environ 3% par an en France et s'est établi en 2019 à plus de 22 millions contre 14 millions en 2004 (5). Dans son rapport de 2019, la Cour des Comptes pointe du doigt le fait que cette croissance a porté essentiellement sur les passages non suivis d'hospitalisation, dont le nombre a fortement augmenté en 2014 et en 2015 (+ 5 % par an), un peu moins en 2016 (+2,4 %) (6). Et en effet, la proportion des urgences graves en France est d'environ 10% et reste stable dans le temps (7).

Pour faire face à ces problématiques, le Ministère des Solidarités et de la Santé a développé un nouveau modèle de prise en charge des patients, le Service d'accès aux soins (SAS). Proposé dans le cadre du Pacte de refondation des urgences en 2019 (8) et réaffirmé lors du Ségur de la santé en 2020 (9), ce dispositif a pour but d'articuler et améliorer la gestion des urgences et celle des demandes de soins non programmés. Selon le Code de la santé publique, le SAS « a pour objet d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de délivrer à celle-ci les conseils adaptés et de faire assurer les soins appropriés à son état. Il est organisé et géré par les professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé. » (10).

Accessible à tous par téléphone, il assure 24h/24 et 7j/7 une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente (AMU) et une

régulation de médecine générale en journée pour les SNP. Cette dernière est portée à la fois par des médecins régulateurs et des opérateurs de soin non programmés (OSNP). Ils ont notamment pour rôle de trouver des rendez-vous de médecine de ville dans les 48h pour les patients dont le besoin de SNP a été confirmé par le médecin régulateur (cf. Annexe 1). Ce système est basé sur le volontariat des médecins généralistes effecteurs qui rendent disponibles des créneaux de consultation (via le partage de leur agenda sur une plateforme numérique (11)). En contrepartie, ils sont éligibles à une rémunération de 1400 euros/an dans le cadre du forfait structure, complétée par une majoration de 15 euros (cotation « SNP ») pour toute consultation orientée par le SAS (12).

Sur l'année 2021, 22 sites pilotes ont ainsi été sélectionnés dans 13 régions différentes pour tester cette organisation, avec pour but une généralisation du SAS sur l'ensemble du territoire national (13).

En ce qui concerne la Corse, l'île est particulièrement exposée à la menace des crises sanitaires. Elle est la région de France métropolitaine où la population augmente le plus fortement (14). Le vieillissement de sa population est particulièrement marqué. Les personnes de plus de 75 ans représentent environ 10% de la population et devraient atteindre 21% dans les prochaines décennies (contre 16% France entière) (15). L'augmentation de la demande de soins induite du vieillissement de la population est à prendre en considération. L'accès aux soins est également soumis à une pression accrue en période estivale, avec une population qui double pendant la saison touristique (16). Sa démographie médicale est stable, mais vieillissante. En 2011, on dénombrait 27% de médecins âgés de plus de 60 ans, leur proportion est passée à 41% en 2018 (17).

En 2021, le travail de thèse du Dr De Abreu a mis en évidence une discontinuité des soins en médecine générale en Corse en journée, en dehors des horaires de PDSA (18). Or, cette difficulté d'accéder aux soins en horaires de SNP est associée à un plus grand recours à l'utilisation des services de soins primaires en PDSA (19), et donc aux services hospitaliers. La problématique de l'accès aux soins en ville ne pouvant être résolue quantitativement par le nombre de médecins généralistes, le développement sur le territoire corse d'organisations améliorant l'accès aux SNP tel que le SAS prend sens.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les facteurs pouvant favoriser ou limiter la participation des médecins généralistes de Corse à une nouvelle organisation de l'accès aux soins par le SAS sur le territoire insulaire.

# Matériel et méthode

## 1. Type d'étude

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, en s'inspirant du concept de la théorisation ancrée. Ce type d'étude et la technique de l'entretien sont apparus comme les plus adaptés pour favoriser la libre expression des médecins généralistes et faire émerger des concepts permettant de répondre à la question d'étude.

## 2. Population

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste, installé en libéral, en région Corse. Les critères de non-inclusion étaient les médecins généralistes remplaçants, ayant une activité trop spécifique (orientée gynécologie, médecine du sport...) ou ayant une activité exclusivement salariée. Les critères d'exclusions étaient le refus de participer à l'étude, le retrait du consentement, l'indisponibilité, ou un formulaire de consentement incomplet. Un médecin généraliste a refusé de participer à l'étude, par refus de collecte des données.

L'échantillon était raisonné, en recherche de variation maximale, et adapté en cours d'analyse aux besoins d'exploration des concepts émergents. Le recrutement a initialement été effectué d'après la liste des Unions Régionales des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux (URPS-ML) de Corse puis par effet boule de neige grâce au bouche-à-oreille. Les médecins généralistes ont été contactés par appels téléphoniques, afin de leur présenter l'étude et de recueillir leur accord pour participation.

## 3. Recueil des données

Le guide d'entretien était constitué de questions ouvertes avec des questions de relance pour approfondir les réponses si nécessaire ou pour relancer l'entretien, et avait été testé au préalable sur deux médecins généralistes. Ces entretiens n'ont pas été inclus dans l'étude. Ce guide a ensuite évolué au fur et à mesure de la réalisation des entretiens (cf. Annexes).

Les entretiens ont été effectués exclusivement en présentiel, sur le lieu de travail ou au domicile des participants, le choix ayant été laissé à leur convenance. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone (Philips dvt1160) et d'un téléphone mobile (Samsung).

Ils ont été retranscrits intégralement et anonymisés. La retranscription a été la plus fidèle possible, incluant les silences et le non verbal, sur ordinateur à l'aide d'un logiciel de traitement de texte LibreOffice. Le nombre d'entretiens, non déterminé a priori, a été répété jusqu'à saturation des données.

## 4. Analyse des données

L'analyse qualitative des données a été réalisée au fur et à mesure du recueil de données, par processus itératif en comparaison constante, pour adapter le guide d'entretien et le préciser.

Un codage des verbatim a été effectué à l'aide du logiciel LibreOffice selon une analyse thématique par le chercheur principal. Un second chercheur a réalisé un double codage sur 5 entretiens, les codes ont été comparés et les divergences ont fait l'objet d'un consensus. Ces codes ont été ensuite regroupés en catégories créées au fur et à mesure de l'analyse des entretiens. Ces catégories ont ensuite été rassemblées en grands thèmes.

Une triangulation des données a été réalisée par deux personnes : le chercheur et son directeur de thèse.

## 5. Aspects éthiques et réglementaires

Au début de chaque entretien, un consentement était signé par le médecin interrogé et un exemplaire conservé. L'anonymisation des données a été assurée par l'utilisation d'un pseudonyme " X + numéro " attribué à chaque médecin, ainsi que la suppression des éléments pouvant faciliter l'identification des participants. Les enregistrements audios ont été détruits une fois l'étude achevée.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements de données à caractère personnel d'Université Côte d'Azur sous la référence UCA-R23-169 en date du 26/05/2023, ainsi qu'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sous la référence 2229907 en date du 27/04/2023.

# Résultats

## 1. Caractéristiques des participants

Au total, 16 médecins ont été inclus dans l'étude. Les entretiens se sont déroulés sur une période de deux mois, du 21/11/2023 au 24/01/2024. La durée moyenne des entretiens était de 25 minutes, et la médiane de 22 minutes. La saturation théorique des données a été obtenue après avoir interrogé 12 médecins, quatre entretiens supplémentaires ont été réalisés pour un renforcement des données. Les profils des participants sont précisés dans le tableau 1. La moyenne d'âge des participants était de 46 ans.

Médecin	Age	Genre	Département	Lieu d'installation	Mode d'installation
X1	43	F	2A	Urbain	Groupe
X2	47	H	2A	Semi-rural	Seul
X3	64	H	2A	Rural	Groupe
X4	30	H	2A	Rural	Groupe
X5	35	H	2A	Semi-rural	Groupe
X6	36	F	2A	Rural	Seul
X7	55	H	2A	Rural	Groupe
X8	34	H	2B	Urbain	Seul
X9	59	H	2A	Rural	Seul
X10	41	H	2A	Semi-rural	Seul
X11	31	F	2B	Urbain	Seul
X12	63	H	2B	Semi-rural	Seul
X13	30	F	2B	Rural	Maison de santé
X14	58	F	2B	Rural	Maison de santé
X15	63	H	2B	Rural	Maison de santé
X16	57	H	2B	Urbain	Maison de santé

*Tableau 1 - Caractéristiques des participants*

## 2. Représentations

La majorité des médecins généralistes interrogés avaient eu connaissance du SAS préalablement à l'enquête, mais très peu étaient informés des modalités d'application « *Je t'avoue que je n'ai pas la définition exacte. Parce qu'on en entend parler mais c'est pas...* » X13. L'information venait le plus souvent soit d'un confrère, soit d'une communication par mail.

Après explications délivrées aux participants, le premier sentiment exprimé à propos du SAS était assez mitigé, « *Honnêtement (rire), c'est quelque chose qu'on faisait déjà.* » X6, « *C'est une appellation toute simple pour quelque chose qu'on a toujours fait quoi !* » X16.

Le doute portait également sur l'utilité d'une nouvelle organisation dans un contexte de manque de médecins « *cette régulation, on va l'améliorer par le SAS [...] mais si rien ne suit derrière, ça risque d'être un échec.* » X12, notamment en milieu rural « *en fait, le seul numéro d'appel sur mon secteur, c'est moi. Que ça passe par le SAS avant ou pas [...] ça ne va pas changer grand-chose.* » X9.

### 3. Facteurs favorisants

#### 3.1. Amélioration de l'accès aux soins pour les patients

Les médecins interrogés se sont accordés sur le fait que le SAS pouvait faciliter l'accès à un médecin généraliste en cas d'absence du médecin traitant ou en cas d'incapacité personnelle de les recevoir « *Mes patients seraient pris en charge le jour où je suis pas là, par exemple. Ou quand je déborde...* » X6.

Ils ont également évoqué l'amélioration de l'orientation des patients « *parce que sinon, ils peuvent se retrouver avec des portes closes, des cabinets fermés. Ils ne savent pas vers qui aller, ça c'est une évidence.* » X16, mais ont surtout pointé la potentialité du SAS sur l'accès aux soins pendant la période estivale « *la population qui triple et les gens en plus ici ne savent pas à qui s'adresser* » X10, « *Je pense qu'un système qui permet à des touristes d'accéder à des médecins lorsqu'ils sont dans un territoire qu'ils connaissent pas, ça ne peut être qu'intéressant.* » X12.

#### 3.2. Coordination des SNP

La plupart des médecins interrogés voyait un bénéfice à un exercice plus structuré et coordonné « *C'est une belle opportunité de mutualiser les choses. Et de toute façon, on est dans la gestion d'une pénurie. Il n'y a plus assez d'effecteurs.* » X9, sur la mise en commun des moyens « *Parce que des fois, il y a aussi des créneaux [...] d'urgence qui ne se remplissent pas... et c'est un peu dommage parce que je suis sûre que le SAMU, il déborde d'appels et qu'il pourrait nous les renvoyer s'il savait...* » X6.

Certains ont apprécié l'intérêt d'une régulation des SNP « *Moi je pense que oui, le frein du 15, ça serait pas mal.* » X15, afin d'effectuer une première évaluation du « degré d'urgence » avant la consultation médicale, à la fois pour les consultations qui mériteraient une orientation hospitalière, mais aussi pour les consultations ne nécessitant pas un avis

médical dans les 48 heures « *Ce qu'il peut apporter en plus, c'est d'avoir une efficacité un peu plus... Un peu meilleure sur la régulation* » X3.

### 3.3. Désengorgement des urgences

Sur ce sujet, les interrogés étaient unanimes : « *Alors évidemment que le SAS ça doit servir à ça. Le SAS ça a du sens. « SAS » c'est pour que ça soit un vrai sas avant l'ouverture de la grande porte des urgences.* » X15, l'intérêt « *c'est que chaque patient puisse essayer de trouver une solution sans aller aux urgences et pour désengorger un peu les urgences.* » X16.

Et si cette réorientation des patients avait pour tous un intérêt de santé publique, certains y voyaient aussi un avantage pour le patient « *Et puis, il y a moins d'attente. Nous, on leur donne un horaire alors qu'aux urgences, ils y allaient, c'était 4heures d'attente, ça peut être long.* » X13.

### 3.4. Pratique personnelle

Si la grande majorité des médecins interrogés n'ont pas trouvé d'intérêt pour leur pratique personnelle à la mise en place du SAS, quelques-uns ont évoqué la diversification de leur exercice de médecin généraliste « *Ça change un peu du suivi* » X10.

## 4. Facteurs limitants

### 4.1. Charge de travail supplémentaire

Comme on pouvait s'y attendre, le premier facteur limitant évoqué par les médecins généralistes a été l'augmentation de leur charge de travail « *c'est toujours le facteur limitant* » X10, et du manque de temps disponible « *il faudrait que je, j'ajoute du temps à mon planning en fait pour participer au SAS* » X1, « *ça fait du temps de travail en plus. Déjà qu'on est un peu surchargé, c'est compliqué* » X14.

Et certains craignaient des répercussions sur leur propre patientèle « *Tous les jours, nos horaires de consultations non programmées sont remplis. Donc [...] si on augmente nos plages, on va avoir des difficultés à suivre nos patients chroniques* » X16, « *Ça se rajoute et ça augmente peut-être le délai de rendez-vous programmés* » X11, avec même un effet potentiellement paradoxal « *Parce que si j'intègre à mes rendez-vous [...] de soins non programmés [...] ça veut dire que j'ai, qu'il y a des patients de ma patientèle qui vont pas pouvoir avoir de créneaux d'urgence, donc qui vont peut-être être vus en SAS par d'autres médecins alors que j'avais des créneaux d'urgence potentiels [...] c'est pas... logique pour les patients quoi.* » X1

## 4.2. Mésusage

Parmi les médecins interrogés, quelques-uns ont évoqué le risque de mésusage de la population générale, et du consumérisme « *il y en a une minorité, certes, mais quand même qui font de la consommation de santé. Il faut limiter ce genre de dérive.* » X10, et un risque de détournement du SAS en plateforme de prise de rendez-vous « *Là en fait, le SAS, on transforme notre... on transforme le SAMU en secrétariat médical* » X9, « *maintenant, il faut faire le 15 pour prendre rendez-vous* » X4.

## 5. Rémunération

Lorsqu'ils étaient interrogés sur l'attractivité de la valorisation financière du SAS, certains médecins ont trouvé la démarche positive « *On va être payé pour un travail qu'on fait déjà.* » X4, et l'ont trouvée justifiée pour le temps de consultation supplémentaire apporté par un patient inconnu du cabinet.

Mais la majorité n'a pas défini la rémunération comme intéressante « *L'attractivité ne passe pas par la rémunération, il me semble* » X3, « *il y a la ROSP [ndlr : Rémunération sur Objectif de Santé Publique], il y a le service rendu à la population.* » X6, certains l'ont même trouvée très insuffisante « *être disponible [...] que ce soit moi ou d'autres confrères déjà surchargés, 1400 € par an sur une année, c'est anecdotique.* » X10, « *On est tellement bas au niveau de la rémunération en France que tu vois, ça paraît ça aussi dérisoire* » X15.

Beaucoup ont pointé du doigt une certaine ambivalence du système, par rapport aux SNP de leurs propres patients « *c'est parfaitement injuste que pour le même acte, parce qu'il y a eu un coup de téléphone au SAS et pas à ma secrétaire, ça soit plus cher* » X5, mais aussi de leur pratique générale « *J'ai toujours trouvé ça bizarre d'être rémunérée, bah du coup 41,50 € maintenant pour voir une otite et que nos consultations de chroniques super chronophages et super complexes qui nous prennent trois quarts d'heure et pas cinq minutes, elles restent à 26,50 €. C'est pour moi un peu l'aberration du système où nous, on nous pousse à faire de la quantité plus que de la qualité.* » X6.

## 6. Perspectives de mise en place sur le territoire

Les médecins interrogés étaient unanimes sur la nécessité d'adapter l'organisation du SAS aux contraintes de leurs territoires respectifs « *Les régions, elles ont chacun leur vérité. Ce qui est vrai à Calenzana, c'est pas vrai à Cargèse, ou dans l'Alta Rocca.* » X15, en coordination avec les acteurs locaux « *Un truc imposé où on va te dire « On a créé le machin et ça marche comme ça.* » sans concerter en dessous comment ça fonctionne et comment ça se passe sur le terrain, ça ne marchera pas. Et personne l'utilisera. [...] Mais si c'est fait vraiment en concertation avec les acteurs locaux, je pense que ça peut être super. » X6, et les organisations locales déjà mises en place « *Il faudrait commencer par accepter... accepter que les associations ou en tout cas les territoires qui s'organisent mais qui ne veulent pas participer directement à ce système, ne soient pas exclus des financements ou des revalorisations.* » X12

La notion de collaboration entre les effecteurs d'un même territoire dans l'organisation du SAS apparaissait souvent pour les participants comme un facteur prédominant de sa bonne fonctionnalité « *Mais on a aujourd'hui besoin d'une coordination, d'un travail en équipe. Voilà. Et le SAS ? Il faut que ça passe par ce biais là aussi. Parce que moi tout seul, si j'allais mettre mon agenda [...] sur le SAS, ils allaient me filer des... des créneaux comme ça, j'aurais pas, je l'aurais pas fait.* » X15, « *Parce que si les médecins ont déjà une forte activité comme de partout en Corse, c'est un peu difficile à gérer. Si c'est un groupe de médecins où ils sont trois ou quatre ou cinq, c'est plus facile.* » X16.

Certains participants ont évoqué comme idée d'organisation, une régulation territoriale « *Pourquoi pas mettre en place une régulation locale, hein ? Ça serait plus logique, déjà, plus simple et plus logique. Voilà, le médecin qui régule, il sait, il est du territoire, il connaît les médecins plus ou moins, il sait où ils se situent, il connaît la région...* » X5. La communication avec la régulation paraissait être un point nécessaire pour beaucoup d'entre eux « *pour être sûr d'être d'accord avec la régulation* » X10, « *ça pourrait même se mettre en place, je pense, avec [...] une secrétaire dédiée à [...] qui connaît... qui a le numéro de tous les médecins et qui peut les appeler et « Est-ce que tu peux recevoir ce monsieur ? » » X8.*

D'autres ont évoqué la possibilité d'une gestion des SNP en un lieu unique, qui leur paraissait pertinente sur leur territoire « *une structure de soins non programmée où... sur le même principe que la maison médicale de garde, dans un local dédié où pareil, on tournerait la journée cette fois-ci.* » X5, « *Ça, c'est des choses, les gens se le disent vite, un lieu identifié* » X12.

# Discussions

## 1. Résultat principal

Cette étude avait pour objectif de mettre en évidence les facteurs pouvant influencer sur la participation des médecins généralistes de Corse à une nouvelle organisation des SNP par le SAS.

Si peu des médecins généralistes interrogés semblaient y voir un avantage pour leur pratique personnelle, tous se sont accordés sur l'intérêt positif susceptible d'améliorer l'accès aux soins des patients. La mutualisation des ressources et la cohésion des SNP semblaient être des points clés pour la bonne fonctionnalité du SAS en Corse, et qui pourraient contribuer au désengorgement des urgences.

Une autre notion apparue au cours de l'enquête était la potentialité du service du SAS sur l'accès aux soins en période estivale, pourvoyeuse d'une forte augmentation des SNP.

Ainsi les notions de morale et de service public semblaient prédominer sur l'intérêt personnel, corroboré par le fait que la rémunération ne semblait pas être un facteur attractif pour la plupart des participants. Si certains l'ont estimée tout de même appréciable, d'autres l'ont jugée clairement insuffisante au vu du service rendu. Et beaucoup ont souligné l'incohérence du manque de revalorisation des soins prodigués à leur propre patientèle.

Le premier frein apparu comme susceptible de limiter la participation des interviewés au SAS était la méconnaissance de cette nouvelle organisation, tant sur ses modalités que sur son champ d'exercices. Cette constatation pourrait suggérer un intérêt à une communication renforcée sur le sujet, auprès des médecins généralistes mais également de la population générale pour minimiser le risque de mésusage du service relevé par les participants.

La surcharge de travail estimée par les médecins généralistes semblait également limiter leur capacité d'adhésion. En effet, tous étaient déjà organisés de manière à recevoir des SNP sur leurs journées de travail, et envisageaient difficilement l'intégration de créneaux supplémentaires. Le SAS semblait également moins pertinent pour les médecins exerçant en zone rurale et couvrant un large territoire géographique, le relais vers des confrères étant limité.

Ainsi, sur les perspectives de mise en place du SAS en Corse, les médecins interrogés étaient unanimes quant à la nécessité d'adapter l'organisation en tenant compte des spécificités territoriales.

## 2. Comparaison avec la littérature

Dans cette étude, les médecins interrogés craignaient la surcharge de travail que pouvait potentiellement entraîner l'organisation par SAS. En effet, selon la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des statistiques (DREES), les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 54 heures lors d'une semaine de travail ordinaire (20). Pour eux, cela risquait soit d'impacter leur vie personnelle par allongement des plages de travail, soit d'avoir des répercussions sur leur propre patientèle par décalage des rendez-vous programmés. Mais les résultats d'un travail de thèse mené en 2022 par le Dr Berthoux auprès des médecins généralistes effecteurs du SAS 37 en phase pilote n'ont pas retrouvé ces contraintes (21). Au contraire, ils ont même mis en avant la simplicité d'adhésion au dispositif et de mise en œuvre au quotidien, et l'absence de répercussion sur la charge de travail quotidienne. La chercheuse suggérerait même que ce faible impact sur le temps de travail pouvait être un des facteurs d'augmentation du nombre d'effecteurs depuis la mise en place du SAS, par effet de « bouche-à-oreille » entre confrères. Ces résultats pourraient ainsi venir contrebalancer l'impact du SAS estimé par les médecins généralistes de notre étude.

Dans son rapport de 2021 sur les impacts positifs du SAS sur l'accès aux soins, le Conseil de l'Ordre National des Médecins (CNOM) retrouvait des avis assez mitigés (22). Ces résultats semblaient concorder avec les premiers retours d'expérience des SAS pilotes (23) qui déclaraient ne pas être en mesure d'évaluer l'impact de la mise en place du SAS du fait du caractère récent du projet. Les résultats de notre étude concordent cependant avec ceux du travail mené en Indre-et-Loire. Le SAS 37 était jugé utile pour la plupart des répondants, à la fois pour le médecin, pour le patient et pour le territoire (21). Les médecins interrogés s'accordaient également sur l'effet positif de la limitation des recours aux urgences évitables. Mais l'impact du SAS sur les passages aux urgences est encore difficilement mesurable à ce stade, les données remontées par les sites pilotes encore insuffisantes pour effectuer une analyse complète (23). D'autre part, l'impact sur les passages aux urgences étant multifactoriel, la méthode expérimentale mise en place rend difficile la preuve d'une baisse des passages aux urgences grâce à la mise en place du SAS (24).

Sur les mesures financières incitatives du SAS (12), les résultats de notre étude sont également concordants avec ceux du travail du Dr Berthoux, qui ne les jugeaient pas forcément déterminantes (21). Son travail met plutôt en évidence les notions de déontologie et

de devoir au cœur des motivations. Le manque de performance des dispositifs d'intéressement dans le domaine médical avait d'ailleurs déjà été évoqué par l'économiste Nicolas Da Silva, qui avançait que les médecins ne paraissent pas exclusivement intéressés par l'aspect financier, qu'intervenaient d'autres motivations particulièrement importantes pour les professionnels, comme la bonne pratique, la relation avec les patients, la reconnaissance (25).

Le risque de mésusage et de consumérisme de la population évoqué par les médecins généralistes dans notre étude est corroboré par les chiffres de la DREES dans son enquête nationale menée en 2013 auprès de 52 000 patients qui se sont présentés dans 736 points d'accueils des urgences (26). Les résultats retrouvaient qu'un certain nombre des patients motivaient leur venue par la possibilité de faire des examens complémentaires dans la foulée (23%) ou souhaitaient avoir accès à un spécialiste (12%). La notion de temporalité semblait aussi avoir une certaine importance pour certains patients qui ressentaient un besoin de voir leur problème rapidement réglé (27%). Et en effet, les premiers retours d'expérience des SAS pilotes révèlent que pour la branche médecine générale, près de 50 % des décisions prises par les SAS sont des conseils médicaux téléphoniques et que cette part a tendance à s'accroître avec le temps (23). Cela témoigne d'un autre aspect important du déploiement du SAS pour la santé publique, à savoir l'éducation à la santé pour un bon usage des organisations de soin.

L'adaptation du SAS au territoire corse, en tenant compte des organisations préexistantes dans la gestion des SNP, semblait être un point primordial pour tous les médecins libéraux interrogés dans notre étude. C'était également la position de la Conférence Nationale des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Libéraux de 2019 qui affirmait que chaque territoire devait pouvoir développer de façon souple des organisations qui tiendraient compte à la fois de la démographie du territoire et de l'offre (27). Les responsables de filière des SAS pilotes identifiaient d'ailleurs ce point comme un facteur clé de succès pour permettre la bonne mise en place du SAS (24). Le retour d'expérience SAS a ainsi recommandé pour la mise en place du SAS sur les territoires de s'appuyer sur les différentes structures d'exercice coordonné (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) et centres de santé) existantes, et d'adapter l'échelon d'organisation et d'action du SAS, qui pourrait être départemental, interdépartemental, etc. selon les territoires jugés les plus pertinents pour les acteurs et les organisations (23).

### 3. Forces et limites

La généralisation du SAS à l'ensemble du territoire national prévue d'ici la fin de l'année 2024 fait de cette étude un sujet d'actualité (28).

L'approche qualitative définie dans cette étude a été choisie afin de permettre une analyse inductive sans hypothèse initiale. La méthode était inspirée de la théorisation ancrée, permettant une analyse par comparaison constante des données pour l'identification de concepts issus d'un processus sociétal.

L'échantillon a été recherché en variation maximale en termes d'âge, de lieu et de mode d'exercice, ce qui en fait une grande force de l'étude. Une des limites est le fait que les médecins femmes sont moins représentées.

Le choix d'effectuer des entretiens semi-dirigés a permis le libre discours des participants. Le guide d'entretien a évolué plusieurs fois au cours de l'étude devant l'émergence de nouvelles hypothèses non encore envisagées (cf. Annexes). L'investigateur principal de l'étude étant novice, les conditions de l'entretien n'étaient peut-être pas optimales. Les biais d'investigation ont été réduits par la réalisation de deux entretiens tests non inclus dans l'étude. La chercheuse aurait également pu retourner la retranscription des entretiens aux participants pour commentaire et/ou correction.

Le double codage des premiers verbatim a permis de limiter la partialité de la chercheuse. La saturation des données a été déterminée par deux personnes, la chercheuse et son directeur de thèse. Une triangulation de l'analyse aurait permis de renforcer la validité interne de cette étude.

En dehors des points sus-cités, les critères COREQ (ligne directrice pour l'écriture de travaux de recherche qualitative) ont été respectés (29).

### 4. Perspectives

L'adaptation du SAS aux différents territoires apparaît comme un point clé de son efficacité. Il pourrait donc être pertinent d'intégrer les différentes organisations locales déjà présentes sur le territoire insulaire à cette nouvelle organisation des SNP. La diversité démographique et géographique de la Corse en fait un territoire bien spécifique, et des organisations adaptées, en collaboration avec les différents acteurs locaux, sembleraient également une piste à envisager pour optimiser l'effectif sur le territoire.

Une communication renforcée auprès des acteurs locaux apparaît également essentielle au développement de l'effectif, mais aussi envers la population générale, pour favoriser l'adhésion et la bonne utilisation de cette nouvelle organisation de prise en charge.

Dans un second temps, il pourrait également être intéressant d'envisager une extension du système à d'autres spécialités, telles que la psychiatrie ou la gériatrie, comme c'est le cas dans d'autres territoires, qui pourraient permettre une fluidification du parcours du soin.

## 5. Conclusion

Le SAS est un nouveau modèle de prise en charge des patients proposé pour pallier aux problématiques de santé actuelles, et qui vise à être étendu à l'ensemble du territoire national. Sa bonne fonctionnalité est dépendante de la construction de l'offre d'effectif de soins non programmés sur les différents territoires. La Corse, de par son insularité, sa démographie, et ses caractéristiques géographiques en fait un territoire bien spécifique.

Les résultats de cette étude ont montré que si la surcharge de travail estimée par les médecins généralistes de Corse pouvait être un frein majeur à leur participation au SAS, une organisation en cohésion avec le territoire leur semblait utile pour l'amélioration de la prise en charge des patients, et notamment sur la période estivale, pourvoyeuse d'une augmentation des SNP. La proportion des zones rurales et leur faible densité médicale semblent toutefois limiter la pertinence du SAS sur ces territoires. L'aspect financier ne semblant pas être un facteur attractif de participation, les motivations proviendraient davantage d'une envie d'investissement et de collaboration pour l'amélioration du système de soins. Et cette nouvelle organisation doit essentiellement passer par l'intégration des organisations et acteurs locaux à la construction de l'offre de soins.

## Références

1. Direction de la Recherche des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de>
2. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/01-enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin>
3. Arnault DF. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. La démographie médicale. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
4. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2024. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>
5. Les établissements de santé - édition 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021>
6. Le rapport public annuel 2019 | Cour des comptes [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>
7. Grall DJY. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences | vie-publique.fr [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/rapport/35007-rapport-sur-la-territorialisation-des-activites-durgences>

8. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2024. Pacte de refondation des urgences. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>
9. A D, A D. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2024. Ségur de la santé : les conclusions. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions>
10. Article L6311-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043423341](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043423341)
11. Agence du Numérique en Santé [Internet]. Service d'accès aux soins (SAS). Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/sas>
12. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2024. La rémunération des professionnels engagés dans le SAS. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/la-remuneration-des-professionnels-engages-dans-le-sas>
13. Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction no DGOS/R2/2020/129 du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentateurs du service d'accès aux soins [Internet]. 2020. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2020/20-10/ste\\_20200010\\_0000\\_0088.pdf](https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2020/20-10/ste_20200010_0000_0088.pdf)
14. En Corse, 343 700 habitants au 1er janvier 2020 - Insee Flash Corse - 74 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6680462>
15. La Corse pourrait compter 21 000 seniors dépendants en 2030 - Insee Analyses Corse - 25 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4126110>
16. Tourisme en Corse : en 2023, la tendance à la hausse est stoppée par le repli de la clientèle résidant en France - Insee Analyses Corse - 51 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7732149>

17. Agence régionale de santé Corse | Ensemble pour une île de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.corse.ars.sante.fr/>

18. de Abreu MM. Étude de la continuité des soins en médecine générale en dehors des horaires de permanence des soins ambulatoires en Corse. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]: Université d'Aix Marseille; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03279773>

19. Zhou Y, Abel G, Warren F, Roland M, Campbell J, Lyratzopoulos G. Do difficulties in accessing in-hours primary care predict higher use of out-of-hours GP services? Evidence from an English National Patient Survey. *Emerg Med J EMJ*. mai 2015;32(5):373-8.

20. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>

21. Berthoux C. Perception des médecins généralistes effecteurs au sujet du SAS 37. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Tours, France]: Université de Tours; 2022. Disponible sur: <https://www.univ-tours.fr/>

22. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Publications. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications>

23. DGOS\_Marie.R, DGOS\_Marie.R. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024. Le retour d'expérience des 20 SAS pilotes. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/le-retour-d-experience-des-20-sas-pilotes>

24. Benoiton M. Amélioration de l'accès aux soins par la mise en place et le déploiement du service d'accès aux soins sur le territoire national [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon; 1971-...., France]: Université Claude Bernard; 2022. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6dn44x8>

25. Da Silva N. Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. Rev MAUSS. 2013;41(1):93-108.
26. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/urgences-la-moitie-des-patients-restent-moins-de-deux-heures>
27. Les réponses des Médecins Libéraux à l'engorgement des Services d'Urgences | CN URPS-ML [Internet]. Disponible sur: [https://cn-urps-ml.org/communiqu%C3%A9\\_presse/les-reponses-des-medecins-liberaux-a-l-engorgement-des-services-d-urgences/](https://cn-urps-ml.org/communiqu%C3%A9_presse/les-reponses-des-medecins-liberaux-a-l-engorgement-des-services-d-urgences/)
28. A D, A D. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2024 [cité 12 janv 2024]. Généralisation du Service d'accès aux soins (SAS). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/generalisation-du-service-d-acces-aux-soins-sas>
29. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care. Déc 2007;19(6):349-57.

# Annexes

## 1. Annexe 1 – Infographie « SAS : comment ça marche ? »

### Service d'accès aux soins (SAS) : comment ça marche ?

#### 1 ACCÈS AU SAS VIA LA PLATEFORME TÉLÉPHONIQUE LOCALE

Si le médecin traitant n'est pas disponible, un contact : le SAS

Un assistant de régulation médicale (ARM) écoute, estime le degré d'urgence et oriente l'appelant vers...



#### 2 QUALIFICATION DU BESOIN



**URGENCES**  
Un assistant de régulation médicale d'urgence (ARM)



**MÉDECINE GÉNÉRALE**  
Un opérateur de soins non programmés (OSNP)

EN FONCTION  
DES RESSOURCES  
DU TERRITOIRE ET  
DES BESOINS DES  
PATIENTS

Pharmacies  
de garde

Centres anti-poison

Réseaux gériatrie,  
périnatalité...

Dispositif psychiatrie  
(Vigilans...)

Dispositif d'appui  
à la coordination  
(DAC), structures  
médico-sociales  
...

#### 3 RÉGULATION MÉDICALE



Un médecin régulateur d'urgence

Le médecin oriente vers un service d'urgence, déclenche l'intervention d'un SMUR ou d'une ambulance, mobilise les services de secours



Un médecin régulateur libéral

L'OSNP ou le médecin oriente et peut prendre rendez-vous pour le patient en fonction de ses besoins (cabinet médical, visite à domicile...) via la plateforme digitale SAS

**UNE COLLABORATION ÉQUILIBRÉE ENTRE LA MÉDECINE  
D'URGENCE ET LA MÉDECINE DE VILLE**

[www.solidarites-sante.gouv.fr/sas](http://www.solidarites-sante.gouv.fr/sas)

## 2. Annexe 2 – Guide d’entretien n°1

### Grille d’entretien

#### **Thème 1 : État des lieux**

- Travaillez-vous seul ou en groupe ?
- Travaillez-vous sur ou sans rdv ?
- Comment vos appels téléphoniques sont-ils gérés ?
- Participez-vous à la PDSA ?
- Prenez-vous en charge des Soins Non Programmés (SNP) dans votre cabinet ? Combien de patients "urgents" ou de SNP recevez-vous par jour ou par semaine ?
- Êtes-vous organisé avec vos confrères dans le territoire ?

#### **Thème 2 : Points positifs du SAS**

- Quels sont pour vous les facteurs attractifs d’une organisation par SAS ?
- En quoi cela améliorerait-il vos conditions de travail ?

#### **Thème 3 : Points négatifs du SAS**

- Quels sont pour vous les facteurs limitants d’une organisation par SAS ?
- En quoi cela pourrait-il limiter votre participation ?

#### **Thème 4 : Attentes**

- Quelles seraient vos attentes quant à la mise en place du SAS sur la région ?
- Y êtes-vous globalement plutôt favorable ou défavorable ?

### Caractéristiques personnelles

- Nom :
- Prénom :
- Sexe :
- Âge :
- Numéro de téléphone :
- Commune d’exercice :

### 3. Annexe – Guide d’entretien n°4

#### **Grille d’entretien**

##### **Thème 1 : État des lieux**

- Pouvez-vous commencer par me raconter votre organisation personnelle au niveau de SNP ? (Travaillez vous seul/en groupe ? Sur/sans rdv ? Comment vos appels téléphoniques sont-ils gérés ? Combien de SNP/semaine ?)
- Quelle est votre attitude au cabinet face à une demande de soins non programmés d’un patient de votre ligne MT ? Et qu’en est-il pour une demande hors de votre patientèle MT ?
- Quel territoire géographique couvrez-vous dans le cadre des SNP ?
- Êtes-vous organisé avec vos confrères dans le territoire ? Si oui, comment ? Si non, souhaiteriez-vous l’être ?
- Participez-vous à la PDSA ?

##### **Thème 2 : Représentation**

- Pouvez-vous me raconter votre première impression/ressenti quand vous avez entendu parler pour la première fois du SAS ?
- Qu’est-ce que cela a évoqué chez vous ?
- Aviez-vous déjà entendu parler du SAS avant notre entretien ?

##### **Thème 3 : Points positifs du SAS**

- Quels sont pour vous les facteurs attractifs d’une organisation par SAS ?
- En quoi cela améliorerait-il vos conditions de travail ?

##### **Thème 4 : Points négatifs du SAS**

- Quels sont pour vous les facteurs limitants d’une organisation par SAS ?
- En quoi cela pourrait-il limiter votre participation ?
- Que pensez-vous du système de rémunération du SAS (ROSP et cotation SNP?)
- À votre avis, quel impact le SAS peut-il avoir sur la période estivale ?

##### **Thème 5 : Attentes**

- Quelles seraient vos attentes quant à la mise en place du SAS sur la région ?
- Quelle organisation proposeriez-vous si vous deviez décider de sa mise en place?
- Y êtes-vous globalement plutôt favorable ou défavorable ?

# Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

# Résumé

**Introduction :** Le Service d'accès aux soins (SAS) est un nouveau modèle de prise en charge des patients développé par le Ministère des Solidarités et de la Santé ayant pour but d'articuler et améliorer la gestion des urgences et celle des demandes de soins non programmés. La participation des médecins effecteurs à cette nouvelle organisation est un point clé de sa bonne fonctionnalité. Les spécificités démographiques et géographiques de la Corse en font un territoire particulièrement exposé aux problématiques d'accès aux soins.

**Objectif :** Le but de cette étude était d'évaluer les facteurs pouvant influencer sur la participation des médecins généralistes de Corse à une nouvelle organisation de l'accès aux soins par le SAS.

**Matériel et méthode :** Cette étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes installés en Corse. L'analyse des données s'est inspirée de la méthode de la théorisation ancrée. Le recrutement s'est terminé par saturation des données.

**Résultats :** Au total 16 participants ont été inclus dans l'étude. Les entretiens réalisés ont initialement révélé une méconnaissance globale du SAS. Si les médecins interrogés n'y voyaient que peu d'intérêt personnel, et n'ont pas jugé la rémunération comme un facteur attractif de participation, tous se sont accordés sur l'amélioration de la prise en charge des patients, et notamment pendant la période estivale, pourvoyeuse de soins non programmés. La faible démographie des zones rurales a cependant paru limiter la pertinence du SAS sur ces territoires. Sur les perspectives de mise en place du SAS en Corse, les médecins interrogés étaient unanimes quant à la nécessité d'adapter l'organisation en tenant compte des spécificités territoriales.

**Conclusion :** Le renforcement de la communication autour du SAS pourrait faciliter sa mise en place sur la région Corse. Il semblerait également pertinent pour sa bonne fonctionnalité de tenir compte des disparités démographiques et géographiques de l'île qui pourraient nécessiter des adaptations territoriales, et d'intégrer les organisations et acteurs locaux à ce processus.

**Mots-clés :** soins primaires, médecins généralistes, service d'accès aux soins, recherche qualitative, Corse