

« Pour un Pacte de Refondation des Urgences »

RAPPORT

DE
THOMAS MESNIER
DEPUTE DE CHARENTE
ET
DU PROFESSEUR PIERRE CARLI
PRESIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'URGENCE HOSPITALIERE

Avec le concours de Stéphanie FILLION et Hamid SIAHMED,
membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Décembre 2019



« Pour un Pacte de Refondation des
Urgences »



TOME 2



LE SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS

LE SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS	71
1 INTRODUCTION	73
2 DEFINITION, OBJECTIFS	76
2.1 LA DEFINITION DU SERVICE D'ACCES AUX SOINS EST GUIDEE PAR SES OBJECTIFS	76
2.2 ASSURER UN CONTINUUM DANS LA PRISE EN CHARGE DES SOINS AMBULATOIRES NON PROGRAMMES QUI NE SE SUBSTITUE EN AUCUN CAS AU RECOURS AU MEDECIN TRAITANT	78
2.3 UN PERIMETRE DES MISSIONS ET UNE ORGANISATION OPERATIONNELLE DU SERVICE D'ACCES AUX SOINS QUI QUESTIONNENT DANS LA CONSTRUCTION DU SERVICE D'ACCES AUX SOINS.....	79
2.3.1 <i>La question de la généralisation et de l'élargissement du 116 117 à H24 doit être posée.....</i>	79
2.3.2 <i>Le modèle 112/116-117 repose sur la mise en place d'un numéro générique 112 pour l'ensemble des appels d'urgence et d'un numéro 116-117 dédié à la prise en charge de la permanence et de la continuité des soins par la médecine générale via une régulation médicale</i>	80
2.3.3 <i>Le modèle 112/15/116-117 repose sur la mise en place d'un numéro générique 112, le maintien d'un numéro 116-117 dédié à la prise en charge de la permanence et de la continuité des soins par la médecine générale et du 15 pour l'aide médicale urgente</i>	84
2.3.4 <i>Le modèle 112/113 repose sur la mise en place d'un numéro générique 112 « secours » et d'un numéro générique 113 « santé » avec un niveau 1 unique transverse neutre de métier.....</i>	85
3 UN PERIMETRE DES MISSIONS ET UNE ORGANISATION OPERATIONNELLE DU SERVICE D'ACCES AUX SOINS, INNOVANTS QUI REPOSENT SUR UN GUICHET UNIQUE SANTE, UN ACCES UNIVERSEL EN LIGNE ET UN CATALOGUE DE RESSOURCES DISPONIBLES.....	86
3.1 LE NUMERO UNIQUE AMU ET PDSA DEJA RECOMMANDE DANS DE NOMBREUX RAPPORTS	87
3.2 UNE PLATEFORME SAS TELEPHONIQUE SANTE QUI REPOSE SUR UN NUMERO BIEN IDENTIFIE POUR REpondre AUX BESOINS DE CHAQUE FRANÇAIS	88
3.2.1 <i>Une plateforme de premier niveau métier pour sécuriser l'orientation des appels dans des délais courts vers l'aide médicale urgente ou vers l'organisation des soins non programmés ambulatoires.</i>	89
3.2.2 <i>Des ressources hospitalières et ambulatoires évolutives pour un fonctionnement optimal de la plateforme SAS téléphonique.....</i>	93
3.3 LE PERIMETRE DU SAS DOIT REpondre PROGRESSIVEMENT A L'ENSEMBLE DES BESOINS DE SANTE	94
3.4 MIEUX STRUCTURER LES RELATIONS SAS - AMU - CENTRE DE TRAITEMENT DE L'ALERTE DES SDIS GARANTES D'UN PARTENARIAT RENFORCE	96
3.5 BATIR UN SERVICE D'ACCES AUX SOINS POUR ORIENTER LES PATIENTS VERS CETTE ORGANISATION PLURI-PROFESSIONNELLE DE SANTE ORGANISEE	99
3.5.1 <i>Par une évolution des modalités d'exercice de la régulation des soins ambulatoires</i>	99
3.5.2 <i>Le SAS : une éducation, une information et une orientation vers l'organisation territoriale de la réponse aux SNP</i>	102
3.6 UN SERVICE EN LIGNE, NATIONAL, QUI A POUR CIBLE D'OFFRIR LE MEME CATALOGUE DE RESSOURCES DANS CHAQUE TERRITOIRE.	103
3.6.1 <i>Une plateforme digitale grand public qui doit être conçue avec un accès direct des professionnels de santé</i>	104
3.6.2 <i>Une nécessaire adaptation aux réalités territoriales qui doit s'inscrire dans la modernité et la promotion de la e-santé.....</i>	105

3.7	LA REUSSITE DE LA MISE EN ŒUVRE DU SAS IMPOSE UNE GOUVERNANCE TERRITORIALE VILLE-HOPITAL STRUCTUREE ET BASEE SUR NOUVELLE APPROCHE FEDERATIVE DES ACTEURS.....	106
3.8	LA DELEGATION DU NUMERIQUE EN SANTE DU MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE ET L'ASIP SANTE PEUVENT CONCEVOIR ET DEPLOYER LE SAS NUMERIQUE TOUT EN RESPECTANT LE CADRE ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE DE LA SANTE DEFINI DANS LA DOCTRINE DU NUMERIQUE EN SANTE	108
3.9	LA PLATEFORME TELEPHONIQUE SAS : UN DEPLOIEMENT PROGRESSIF DE LA SOLUTION CIBLE, NECESSITANT DES CONDITIONS ADEQUATES DE SECURITE ET UNE VIGILANCE SUR LES PLANS ORGANISATIONNEL, JURIDIQUE ET TECHNIQUE	111
3.10	UN CADRAGE ET UN SUIVI NATIONAL SONT INDISPENSABLES A LA MISE EN ŒUVRE D'UN SAS QUI REPONDE AUX OBJECTIFS FIXES.....	115
3.10.1	<i>La mise en place d'un comité national de suivi constitue un premier vecteur structurant du cadrage du SAS.</i>	115
3.10.2	<i>Un pilotage opérationnel rapproché doit s'assurer du respect de la mise en œuvre du service d'accès aux soins</i>	115
3.10.3	<i>La mise en œuvre du service d'accès aux soins suppose une démarche par étape avec des contraintes</i>	117
3.11	LE CALENDRIER DE DEPLOIEMENT SUPPOSE UN PHASAGE EN PLUSIEURS ETAPES EN TENANT COMPTE DES ORGANISATIONS TERRITORIALES	119
4	LES IMPACTS FINANCIERS DU SERVICE D'ACCES AUX SOINS SONT DELICATS A EVALUER ET MERITENT UNE ATTENTION PARTICULIERE	123
4.1	L'IMPACT FINANCIER GLOBAL DES PLATEFORMES DIGITALE ET TELEPHONIQUE RESTE A CONSOLIDER	123
4.2	FINANCEMENT DES MOYENS DU VOLET HOSPITALIER ET DU VOLET AMBULATOIRE NECESSAIRES AU FONCTIONNEMENT DES PLATEFORMES TERRITORIALES	125
5	UNE DEMARCHE PEDAGOGIQUE ET DE COMMUNICATION DE GRANDE AMPLEUR EST MISE EN PLACE, DANS LA DUREE SUR LE BON USAGE DU NUMERO SANTE.	128
6	CONCLUSION.....	130
	RECOMMANDATIONS.....	131
ANNEXE 1 :	COHERENCE AVEC LES TRAVAUX MENES PAR LA MISSION INTERMINISTERIELLE MARCUS	133
ANNEXE 2 :	FICHE DE POSTE OSNP	134
ANNEXE 3 :	FICHE DE POSTE SUPERVISEUR.....	137

1 Introduction

Ces dernières années, l'activité des urgences n'a cessé d'augmenter en France comme partout en Europe. Le nombre de passages annuel a doublé en vingt ans (près de 21,9 millions en 2018) et le nombre d'appels reçus par les SAMU se situe actuellement aux alentours de 29 millions. Les raisons de cette situation sont multiples. Les urgences sont devenues pour certains patients, un point de passage systématique de tout parcours de soins, même non urgents, dans un système de santé où l'accès aux soins en ville est devenu de plus en plus difficile. Ainsi, avec un flux de patients mal orientés et la difficulté de trouver une place ou un lit en sortie des urgences, un engorgement croissant des services d'urgence est inévitable avec des tensions inhérentes à cette situation.

Le grand débat national sur l'organisation de l'Etat et des services publics dont la synthèse a été publiée en juin 2019, a fait remonter les difficultés de certains usagers pour accéder aux services publics de la santé. Ces services sont identifiés comme ceux qui doivent le plus évoluer et qu'il est nécessaire de renforcer dans les territoires.

Ce constat partagé de longue date par l'ensemble des acteurs du système de santé a conduit à des avancées en matière d'accès aux soins et de découplage du système de santé, portées par la loi pour l'organisation et la transformation de notre système de santé⁴³ de juillet 2019 qui apportent des réponses à ces préoccupations (réforme des études en santé, négociations conventionnelles sur les assistants médicaux, partages de compétences dans le cadre de l'exercice coordonné, chantier du numérique en santé...).

Afin de traiter en profondeur la question des urgences et de trouver des solutions durables, une mission nationale a été confiée en juin 2019 par le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé, au député Thomas Mesnier et au professeur Pierre Carli, président du conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH).

Les préconisations de cette mission ont conduit la Ministre des solidarités et de la santé le 9 septembre 2019, à arrêter un plan de refondation des urgences en 12 mesures clés⁴⁴ pour promouvoir des organisations nouvelles, soutenir les professionnels de santé et améliorer les soins pour tous sur le territoire national. Des moyens supplémentaires y seront consacrés sur la période 2019-2022.

La première de ces mesures est la mise en place d'un **service d'accès aux soins (SAS)** dans tous les territoires, reposant sur un partenariat entre professionnels hospitaliers et libéraux. Ce service distant universel, vise à répondre 24h/24, 7j.7, 365J/an, à la demande de soins des français.

Des travaux complémentaires sont engagés pour définir les modalités d'organisation du SAS. Ainsi, une équipe projet composée de Laurent Bréchat, médecin libéral à la maison de santé pluridisciplinaire d'Avoine (Indre et Loire), Patrick Goldstein, médecin chef du SAMU 59, Alain Prochasson, médecin libéral à Metz et président de l'Association départementale de permanence des soins de Moselle et Vanessa Solviche, cadre de santé au SAMU 57 et infirmière de formation, installée le 3 octobre 2019 par la ministre des Solidarités et de la Santé, doit à l'issue de deux mois de

⁴³ Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

⁴⁴ Les autres mesures se déclinent autour du déploiement d'une offre de consultations médicales et de prise en charge des soins non programmés complète en cabinet, maison et centre de santé (mesures 2 à 6), du renforcement de la qualité et de la sécurité des prises en charge dans les services d'urgence (mesures 7 à 11) et de l'anticipation des hospitalisations « non programmées » après passage au service d'urgence (mesure 12).

concertation auprès des professionnels de santé, proposer différentes organisations possibles du SAS.

Parallèlement, une mission interministérielle de modernisation de l'accessibilité et de la réception des communications d'urgence pour le sécurité, la santé et les secours (MARCUS) est diligentée⁴⁵ pour définir les actions à mettre en place après l'expertise et les propositions de la mission conjointe IGAS- IGA émises en 2018 sur la question de la simplification des appels d'urgence et une meilleure coordination entre les services de secours, de soins et de sécurité.

Le président de la République s'est engagé, lors de son discours de campagne de Nevers, le 6 janvier 2017 à la mise en place d'un portail national d'information en santé permettant à la population de disposer d'informations actualisées et fiables notamment sur l'offre de soins, les services et équipements disponibles, les modalités de prise de rendez-vous et les délais. *« Ce portail permettra de disposer d'informations actualisées et fiables sur les maladies, les médicaments, les services publics à proximité, les modalités de prise de rendez-vous et les délais, parce que l'égalité d'accès à l'information, ce n'est rien d'autre, aussi, que l'égalité d'accès à la santé ».*

Le service d'accès aux soins(SAS) s'inscrit dans le cadre du Pacte de refondation des urgences, ce qui a été rappelé lors de la communication de la ministre des Solidarités et de la Santé du 9 septembre 2019 et du Comité de suivi du Pacte de refondation des urgences du 8 novembre 2019⁴⁶, notamment ses premiers axes :

- Un service universel, accessible à tous, sur tous les territoires, quel que soit le lieu d'appel, en zone urbaine comme en zone rurale, participant ainsi à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales.
- Un garant collectif du bon fonctionnement de l'offre de soins de chaque territoire;
- Un service fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les libéraux et les professionnels de l'urgence hospitalière, en lien également, avec les services de secours;
- Un principe et une garantie fixés d'extension de la régulation hospitalière à la régulation des soins de ville ;

Le SAS doit s'inscrire aussi dans les grandes orientations de la politique du numérique en santé déclinées au travers de la doctrine du numérique en santé et des valeurs d'éthiques fortes. A ce titre, il doit notamment s'appuyer sur les référentiels de données nationaux (données CNAM et répertoire opérationnel des ressources) et les référentiels documentaires en vigueur (interopérabilité, sécurité).

⁴⁵ Equipe pluridisciplinaire co-pilotée par le ministère de l'intérieur et le ministère des solidarités et de la santé

⁴⁶ Le groupe de suivi réunit les représentants des professionnels impliqués (sociétés savantes de médecine d'urgence, de médecine générale et de gériatrie, collège infirmier français, collège de la masso-kinésithérapie), de syndicats (SAMU-Urgences de France, association des médecins urgentistes de France, syndicats de médecins généralistes, syndicats de la fonction publique hospitalière), le collectif Inter-Urgences, les fédérations et conférences hospitalières, des représentants d'usagers ainsi que des agences régionales de santé (ARS), de la haute autorité de santé (HAS), de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et de l'administration centrale du ministère. Y siègent également, au titre de la mission qu'Agnès BUZYN leur a confiée conjointement en juin dernier, le député Thomas MESNIER et le professeur Pierre CARLI, président du conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH). Les représentants d'autres professions ou organismes y seront invités selon l'ordre du jour de chaque séance pour permettre l'implication de tous sur les différentes mesures.

Pour mener à bien ses travaux, la mission a réalisé de nombreuses auditions. Plus de 140 personnes ont été entendues.

Deux séances de travail ont eu lieu avec la mission interministérielle de modernisation de l'accessibilité et de la réception des communications d'urgence pour la sécurité, la santé et les secours (MARCUS) en présence de La Direction générale de la Sécurité civile et de la Gestion des crises (DGSCGC) du ministère de l'Intérieur (*Cf. annexe1*).

La mission a pris en compte différentes initiatives pouvant se rapprocher du service d'accès aux soins. Afin de recenser et d'analyser les pratiques existantes dans des actions de soins non programmées menées dans certains territoires, la mission a pris le parti de mener des consultations les plus larges possibles. Elle a décidé aussi de se rendre sur le site de la plateforme d'appels d'urgence de Paris (PFAU). Elle a analysé des documents et les contributions écrites qui lui ont été adressées. Elle a également procédé par rencontres et contacts locaux pour échanger sur les expériences validées et les scénarios possibles de mise en œuvre du service d'accès aux soins.

Le rapport donne les éléments de guidage concernant le service d'accès aux soins en vue d'une première phase grandeur nature pour l'été 2020. Les mois et les années suivants permettront son incrémentation, en ajustant le dispositif en fonction des évaluations réalisées sur les bases d'indicateurs définis préalablement à sa mise en œuvre. Ce rapport met également en avant des initiatives marquantes qui, dès juin 2020, pourraient illustrer l'accès aux soins territorial, même si, à ce stade, les actions mises en œuvre n'en auront pas toutes les caractéristiques.

La définition du service d'accès aux soins est développée en première partie du rapport. Elle est centrée sur la réponse aux besoins en soins non programmés. Elle rend nécessaire un encadrement et accompagnement susceptibles de répondre aux exigences inhérentes à tout projet de cette ampleur et aux spécificités d'une organisation coconstruite par la médecine ambulatoire et hospitalière.

La mise en œuvre du service d'accès aux soins nécessite un cadrage national tenant compte de l'existant et d'une souplesse territoriale qui doit contribuer à terme à la réduction des inégalités sociales et territoriales. Elle doit être basée sur une gouvernance structurée et des données partagées, objet de la deuxième partie du rapport.

La troisième partie du rapport met en relief les conditions de réussite du service d'accès aux soins. Elle permet de prendre les décisions nécessaires pour la mise en œuvre du SAS.

En conclusion, la phase de préparation du service d'accès aux soins peut être achevée d'ici l'été 2020, en poursuivant la grande mobilisation de ses acteurs, en lançant un ambitieux chantier au sein de l'Etat pour la mise en œuvre rapide d'une plateforme numérique et téléphonique, des agences régionales de santé, pour une organisation concertée et volontariste de l'offre de soins non programmés au sein des territoires et pour rendre les changements effectifs, en joignant les efforts de tous, libéraux et hospitaliers, comme initié dans le cadre de Ma Santé 2022.

2 Définition, objectifs

Le rapport “Pour un Pacte de Refondation des Urgences” (Tome1) identifie une hausse continue du recours aux urgences correspondant pour partie à des prises en charge injustifiées. Cette tendance traduit les difficultés d'accès à des consultations simples non programmées et à organiser une permanence des soins effective en ville, par :

- Manque d'orientation initiale ;
- Défaut de réponse à la demande de soins non programmés en journée ;
- Manque d'effecteurs ;
- Défaut d'organisation intra-hospitalier ;

La mission a fait des recommandations pour que tous les usagers du système de santé puissent trouver des réponses aux demandes de soins sur l'ensemble du territoire et offrir à chacun un service simple et lisible pour accéder, à toute heure et à distance, à un professionnel de santé qui lui fournira un conseil, une téléconsultation, du télésoin, une orientation vers une consultation sans rendez-vous ou lorsque cela s'avère nécessaire, un service d'urgence avec ou non, l'engagement d'un SMUR ou d'un transport sanitaire. Les centres de réception et de régulation des appels le font déjà partiellement. Il faut créer avec l'ensemble des professionnels concernés un nouveau concept d'accès global aux soins.

L'accès par la régulation libérale permettrait de distinguer les situations qui relèvent des structures d'urgences de celles relevant d'une prise en charge ambulatoire. Cette proposition centrée sur l'accès aux soins non programmés a été étudiée dans le cadre des travaux de la mission. Le pacte de refondation des urgences prévoit que la conception de ce projet majeur serait engagée avec l'ensemble des parties prenantes pour présenter une organisation cible concertée de ce nouveau service qui devra être effectif à l'été prochain.

2.1 La définition du service d'accès aux soins est guidée par ses objectifs

Le service d'accès aux soins est un outil de la nouvelle stratégie nationale de santé (SNS), dont le premier axe est de mettre en place un service universel, accessible à tous, sur tous les territoires, quel que soit le lieu d'appel, en zone urbaine comme en zone rurale, participant ainsi à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Il participe à la réorientation du système de santé en faveur d'un engagement collectif au bon fonctionnement de l'offre de soins de chaque territoire et répond aux enjeux de santé publique.

Les objectifs de la mise en place de ce nouveau service permettant un accès aux soins non programmés (SAS) sont multiples :

- Répondre à la demande de soins des patients à l'échelle des bassins de vie en structurant l'ensemble de l'offre de soins ;
- Désengorger les services d'urgences hospitalières qui sont par défaut, un recours pour répondre à la demande de soins non programmés, face à un décalage croissant entre la demande et l'offre de soins ambulatoire ;

- Informer plus et mieux les usagers sur la disponibilité et l'offre de soins de proximité avec les outils numériques et répondre de manière adaptée à la demande de soins ;
- Renforcer et organiser le service public confié aux médecins face aux risques d'initiatives privées à but lucratif qui iraient à l'encontre d'un égal accès aux soins sur le territoire et contribuerait au désengagement des professionnels de santé ;
- Favoriser l'éducation et le bon usage du système de soins.

Le SAS est identifié comme la clef de voute d'une nouvelle organisation des réponses aux demandes de soins. Il doit reposer sur une co-construction ville-hôpital symbolisant un modèle organisationnel basé sur le respect mutuel.

Cette « nouvelle donne » dépasse largement le cadre de la simple plateforme de réception des appels et concerne autant la réflexion territoriale sur l'organisation des demandes de soins.

Le respect des prérogatives et champs d'actions de chacun sera l'un des piliers essentiels de ce modèle efficient pour les usagers comme pour les professionnels de santé.

Le développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dont les missions socles concernent l'amélioration de l'accès aux soins non programmés et l'accès au médecin traitant modifiera à court ou moyen terme l'organisation territoriale.

Fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les libéraux et les professionnels de l'urgence hospitalière, en lien avec les services de secours, cette plateforme doit permettre aux citoyens dès juin 2020, de pouvoir accéder 24H/24 à distance à un professionnel de santé pour des réponses allant du conseil à la téléconsultation, ou l'orienter selon son état de santé, vers une consultation sans rendez-vous ou vers un service d'urgence, voire engager un SMUR ou un transport sanitaire (*Cf. Tome 1*).

Il doit répondre aux besoins des usagers sur tout le territoire y compris dans les « déserts médicaux » où le recours à un médecin traitant est difficile par manque de professionnels.

Distincte de l'aide médicale d'urgence, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) s'est substituée à l'obligation de garde médicale inscrite jusqu'en 2003 dans le code de déontologie médicale. Au-delà de la distinction juridique, la limite entre l'urgence vitale et la demande de soins relativement urgents qui peuvent relever de la PDSA ou du recours à des soins non programmés (SNP) s'avère difficile à fixer. En outre, cette modélisation de la réponse régulée sur les horaires de PDSA conduit trop souvent à utiliser celle-ci comme vase de débordement pour répondre à des demandes de soins non programmés qui auraient dû être prises en charge en journée

Le principe initial est une modification de paradigme permettant de considérer un véritable continuum dans cette prise en charge et d'oublier le principe de permanence de soins, totalement différencié de l'organisation diurne, pour aller vers le concept global de prise en charge des demandes de soins non programmés; la permanence de soins bien entendu s'intègre dans ce dispositif, elle est d'ores et déjà organisée et financée.

2.2 Assurer un continuum dans la prise en charge des soins ambulatoires non programmés qui ne se substitue en aucun cas au recours au médecin traitant

Avant de définir ce que sera le service d'accès aux soins, il convient de déterminer ce qu'il ne sera pas. Il ne substitue en aucun cas à la médecine de premier recours, à la médecine générale ou aux autres numéros d'accès aux soins non programmés tels que l'appel vers des maisons médicales de garde ou l'appel vers des maisons pluridisciplinaires de santé structurées ou l'appel vers d'autres structures.

L'offre de SNP est définie comme une organisation permettant à un patient d'avoir un rendez-vous chez un médecin généraliste le jour même ou dans les 24 heures. Elle inclut donc l'ensemble des besoins sur 24 heures, indépendamment de l'organisation de leur réponse. L'organisation en journée des réponses à la demande des SNP ambulatoires est fondamentale pour éviter qu'ils ne se déversent sur les horaires de PDSA. Elle ne se substitue pas non plus à des sollicitations directes par l'utilisateur des CPTS et de leur organisation et est également l'interface permettant à l'utilisateur un recours non programmé à un professionnel de santé (infirmières, masseurs kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens).

La vocation du SAS est donc d'organiser, comme cela a été demandé par la ministre, un ensemble de réponses que l'on peut globalement subdiviser en deux sous chapitres, d'une part l'urgence médicale ou l'urgence santé, qui continuera à relever de ce que sont les SAMU et l'aide médicale urgente et les soins ambulatoires non programmés, d'autre part.

Il y a donc sur ce point un changement de paradigme. **Il s'agit d'assurer un continuum dans la prise en charge des réponses aux demandes de soins ambulatoires non programmés reposant sur une nouvelle organisation de jour complétée par celle de la permanence des soins ambulatoires.** C'est bien de cela que l'utilisateur a besoin, d'une réponse 24 h/24 en n'importe quel point du territoire, faisant appel à des outils modernes (*Cf. Infra*) et en aucun cas **ne se substituant à l'appel de la médecine de premier recours.**

Plusieurs options sont possibles en matière d'accès téléphonique au SAS et de modalités de traitement des appels, et les organisations territoriales pourraient, sous couvert d'un guichet lisible pour l'utilisateur, varier dans leurs choix d'organisation. La mission a étudié plusieurs scénarios organisationnels pour définir le périmètre et l'organisation du SAS dont les conditions de réussite de mise en œuvre sont exigeantes. La mission s'est attachée à mesurer la robustesse des hypothèses de création du SAS au regard des impératifs suivants :

- Valeur ajoutée pour l'utilisateur;
- Compatibilité avec les principes fondamentaux et les trajectoires du projet;
- Adhésion des principaux acteurs concernés.

2.3 Un périmètre des missions et une organisation opérationnelle du service d'accès aux soins qui questionnent dans la construction du service d'accès aux soins

2.3.1 La question de la généralisation et de l'élargissement du 116 117 à H24 doit être posée

Le 116 117 correspond au numéro réservé par la commission européenne en 2009 pour l'accès au service médical de garde hors urgence. L'article 75 de la loi de modernisation de notre système de santé⁴⁷ de janvier 2016, instaure un numéro national d'accès à la permanence des soins ambulatoires et prévoit également que le directeur général de l'ARS décide du numéro privilégié d'accès à la PDSA dans sa région, le 116 117 ou le 15. Le principe du libre choix, plutôt que la fixation unilatérale de l'utilisation d'un numéro unique sur le territoire national est le fruit d'un compromis entre les médecins urgentistes et les médecins libéraux.

Le décret⁴⁸ de juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la PDSA précise que ce numéro est le 116 117 et que sa mise en service est constatée par arrêté au plus tard le 15 janvier 2018 sur le territoire national. Cet arrêté n'a pas été pris dans l'attente d'un arbitrage sur le devenir de ce numéro. Cette généralisation du 116 117 est par ailleurs souhaitée par l'ensemble des syndicats de médecins libéraux.

La publication au 31 décembre 2018, du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale souligne que selon l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes (MG), 43 % des médecins assurant des gardes considèrent que la création d'un numéro unique n'incluant pas l'AMU et les urgences hospitalières serait efficace pour améliorer le fonctionnement de la PDSA et 40 % qu'elle serait inefficace⁴⁹. En dehors des 3 régions pilotes 32 % des CDOM ont déclaré être favorables à la mise en place du 116-117⁵⁰.

Trois régions pilotes (Pays de la Loire, Normandie et la Corse) ont été choisies pour expérimenter le 116 117 et depuis le 5 avril 2017, le 116 117 est effectif dans ces trois régions pilotes. Elles ont obtenu des financements « Fonds d'Intervention Régional » (FIR) pour permettre ce déploiement dans les différents SAMU présents sur leur territoire. D'un point de vue technique, le 116 117 est acheminé sur tout le territoire national (à l'exception de Mayotte) et composable. Toutefois, ce numéro n'est pas connu de la population, jouit d'une faible notoriété et n'est dans les faits pas appelé au-delà des trois expérimentations régionales.

⁴⁷ Article L.6314-1 du code de la santé publique : « La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. En application de l'article L. 1435-5, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. Lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente, l'accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins. Cette permanence est coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence.

« La régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente, dès lors que ces plateformes assurent une régulation médicale des appels. »

⁴⁸ Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 modifié relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires

⁴⁹ Source : Enquête auprès des médecins généralistes sur la PDSA, ELABE, 2019

⁵⁰ Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Plus d'un tiers des départements possèdent également un numéro d'appel départemental ou régional à 4 ou 10 chiffres donnant accès aux plateformes de régulation médicale. Il est à préciser qu'à ces numéros peuvent également s'ajouter ceux des structures qui, comme SOS médecins, participent localement à la PDSA. Le 15 reste le mode d'accès privilégié à la régulation médicale et est disponible sur l'ensemble du territoire. Pour 13 départements, la régulation « déportée » depuis le domicile ou le cabinet du médecin est effective. Cette organisation permet une plus grande participation des médecins à la régulation, notamment en cas de contraintes géographiques.

De facto, dans la plupart des départements où il est déployé, il permet donc indirectement de joindre le SAMU, aux horaires de la PDSA, sans que l'appelant en ait nécessairement conscience au moment de composer le numéro. Dans les régions pilotes, les appels au 116 117 parviennent aujourd'hui le plus souvent dans les Centres 15 où ils sont décrochés par des ARM et traités comme des appels au 15. Le 116 117 présente donc avant tout l'intérêt de donner une indication sur la gravité d'un appel avant son décroché.

Selon la DGOS, la méthode de comptage des appels au 116 117 n'est pas harmonisée. L'expérimentation a été lancée au cours de la période de la réserve électorale réduisant ainsi de manière significative la communication. Malgré toutes ces imperfections et biais possibles, la hausse des appels au 116 117 sur la première année serait de 8 %.

Les données transmises sur l'évolution de cette activité l'année suivante sont très variables selon les départements : allant d'augmentations importantes des appels au 116 117 (+8 % dans le 44, +16 % dans le 72, +13 % dans le 2B, +21 % dans le 61) à une désaffection liée à l'absence de décision sur la généralisation du numéro (-17 % dans le 2A, -10 % dans le 49, -12 % dans le 85).

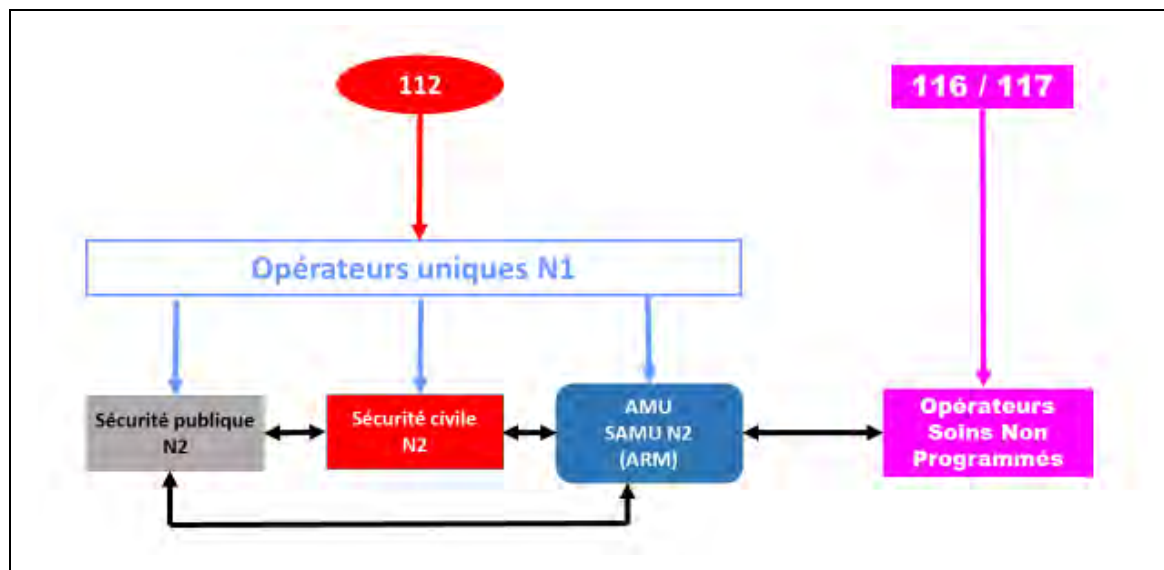
Permettre une régulation médicale par les MG des appels 24h/24, nécessiterait d'adapter le cadre juridique de la PDSA (actuellement il n'y a pas de distinction entre les horaires de la régulation médicale et l'effectif). Un article législatif modifiant l'article L.6314-1 du code de la santé publique serait nécessaire afin que le numéro national de la permanence des soins (116 117) ne soit pas réservé seulement à la PDSA mais devienne un numéro d'appel pour la continuité et la permanence des soins ambulatoires, en réponse aux demandes de soins non urgents.

2.3.2 Le modèle 112/116-117 repose sur la mise en place d'un numéro générique 112 pour l'ensemble des appels d'urgence et d'un numéro 116-117 dédié à la prise en charge de la permanence et de la continuité des soins par la médecine générale via une régulation médicale

Dans ce scénario, le 112 devient numéro unique des urgences et les appels aux anciens numéros, qui ne sont pas supprimés tout de suite sont automatiquement réacheminés vers le 112.

Le 112, numéro européen pour les appels téléphoniques d'urgence, a été institué par une décision du Conseil du 29 juillet 1991, précisée par des directives en 1998 (sur la généralité et la gratuité du 112), 2002 et 2009 (sur le service universel des télécommunications).

Schéma 1 : Réception et le traitement des appels d'urgence (fusion du 15/17/18 dans le 112)



Source : Mission SAS

Sans préjuger du choix des numéros il convient d'analyser l'expérience du citoyen déclinée en matière de secours et de sécurité et également en matière de santé. La mission rappelle que les appels « Santé » représentent le plus gros volume d'appels d'urgence en France (Cf. tome 1). Selon le rapport IGA/IGAS d'octobre 2018⁵¹, « le nombre d'appels d'urgence sur le périmètre 15-17-18-112 s'établirait à environ 70 millions en 2016, répartis comme suit : 29,2 millions d'appels au 15, 22,3 millions d'appels au 17, 12,3 millions d'appels au 18 et 5,5 millions d'appels au 112 (hors appels 112 réceptionnés par les SAMU qui sont vraisemblablement intégrés dans les appels au 15). Cet ordre de grandeur est cohérent avec le nombre d'appels d'urgence que la France a déclaré avoir reçu dans l'enquête 2017 de la Commission européenne, soit 64 millions d'appels ».

Dans le scénario présent, le patient aurait le choix entre composer un numéro identifié comme « urgences » ou un numéro 116-117 identifié comme relevant d'une prise en charge moins urgente, non programmée adressée à un médecin généraliste. Aujourd'hui, la mauvaise connaissance du 116 117, les évolutions de comportement de la population et les difficultés d'accès rapide à des médecins dans certaines zones géographiques conduisent à l'appel au 15 pour des soins non programmés pendant et en dehors des horaires de PDSA. Cette option reviendrait donc à généraliser une pratique différenciée, organisée et gérée par la médecine ambulatoire.

Cela fait reposer sur le patient un premier niveau de tri de ses symptômes ce qui, pour certains, correspond à une responsabilisation pleine et entière du patient et/ou de son entourage face à l'apparition de symptômes aigus et pour d'autres une prise de risques inconsidérée.

⁵¹ Rapport IGA/IGAS : Evaluation de la mise en œuvre du référentiel du secours d'urgence à personne et de l'aide médicale urgente et propositions d'évolutions - Octobre 2018

Trois éléments importants sont à prendre en compte :

- Toutes les études sont concordantes pour relever un taux d'erreurs⁵²⁵³ par défaut de 8 à 10 % lorsque le patient joint directement un service dédié à la continuité et à la permanence des soins alors qu'il relève en réalité d'une prise en charge par l'aide médicale urgente. Il y a là une perte de temps reliée directement à une perte de chance dans le cadre de ces pathologies potentiellement vitales.
- Sur la majorité du territoire national, la médecine générale est actuellement en difficulté pour prendre en charge l'ensemble des appels relevant de la permanence des soins, en particulier lors des périodes de nuit profonde. Cette activité est assurée par les médecins de l'aide médicale urgente grâce au partenariat avec les SAMU en mutualisant les ressources disponibles. A ce titre, la généralisation du 116 117 implique soit une organisation spécifique à la médecine ambulatoire, soit une clarification des relations entre les responsables des soins non programmés et les hôpitaux responsables des Centres 15. Par ailleurs, l'échelle territoriale départementale semble insuffisante au regard des capacités des médecins libéraux dans certains départements, à mettre en œuvre un tel dispositif à H24. Les expériences européennes identiques illustrent une saturation du 116/117 (ou équivalent) et l'absence d'impact sur le volume d'appels urgents.
- La France connaît un particularisme européen dans la gestion du secours d'urgence à la personne par les sapeurs-pompiers qui représente 84 % de leur activité⁵⁴. La gestion conjointe de ces situations avec le SAMU représente 15 à 20 % de l'activité actuelle du SAMU. C'est l'illustration d'une problématique essentiellement Santé prédominant en France, les SAMU traitant actuellement la majorité des appels d'urgence.

Au patient de déterminer l'urgence de sa demande dans un système saturé constitue une perte de chance et dont l'organisation territoriale requiert un partenariat ville-hôpital.

2.3.2.1 Un parcours de soins pour l'appelant complexe selon le choix effectué

Dans cette configuration le patient qui contacte le 112 est initialement en contact avec un opérateur de premier niveau chargé de faire le tri de ce qui relève de la sécurité (police gendarmerie), du secours (pompiers), ou du soin. Si la répartition de l'appel vers les forces de sécurité ne pose pas de problème particulier, la répartition des appels entre les sapeurs-pompiers et le SAMU est complexe au regard de la nature des appels. Le fait de cantonner la plateforme à une fonction d'orientation présente des insuffisances du point de vue de la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Une répartition algorithmée⁵⁵ dans un délai de 30 secondes par un premier niveau ne saura se suppléer à la qualification de l'appel par un Assistant de Régulation Médicale. L'adressage de l'appel vers un niveau deux sera macroscopique et corrélé à un fort niveau d'engagement opérationnel pour tous les appels orientés vers les secours.

⁵² Portugal : Soudé 24 vers INEM : 8,4% Rapport IGA IGAS 2018 TOME II Page 225

⁵³Angleterre : NHS 111 vers 999 : 11% <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2017/01/NHS-Ambulance-Services.pdf>

⁵⁴ Données statistiques 2018 DGSCGC et rapport Cour des Comptes « les personnels des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et de la sécurité civile » -mars 2019

⁵⁵ Ces algorithmes d'aide à la décision seraient élaborés, sous l'égide de la HAS en lien avec les sociétés savantes des acteurs concernés.

Passé ce premier niveau, l'appel sera confié à un assistant de régulation médicale (ARM) (niveau deux) qui devra orienter l'appel soit vers le médecin régulateur de l'aide médicale urgente soit vers la plate-forme de continuité/permanence des soins 116-117. Il y a donc dans ce modèle deux intermédiaires entre l'appelant et le médecin régulateur si l'appel relève de l'aide médicale urgente et probablement trois intermédiaires si cet appel relève d'une prise en charge de médecine générale. La France serait ainsi le seul pays où un appel au 112 pourrait être réceptionné et traité par trois personnes (l'opérateur 112 de premier niveau, puis l'ARM et l'opérateur SNP puis le médecin régulateur) avant décision.

Une répartition macroscopique des appels associée à un engagement opérationnel majoré, une régulation médicale retardée et satellisée.

Dans le cas où le patient contacte le 116-117, l'appelant est mis en contact avec un opérateur de soins non programmés de niveau 1 qui n'aura pas les compétences ni la formation d'un assistant de régulation médicale. Si l'on compare ce premier niveau avec ce qui est actuellement réalisé dans les plateformes téléphoniques de médecine générale, SOS-Médecins par exemple, cet opérateur n'a pas de rôle de tri mais se contente de prendre les coordonnées de l'appelant afin de transmettre l'appel, dans l'ordre d'arrivée, à un médecin régulateur. Le patient présentant une urgence avérée ou potentielle aura donc une perte de temps avant la qualification de son appel par un médecin et donc potentiellement une perte de chance.

2.3.2.2 Un modèle aux conséquences multiples en contradiction avec les objectifs du pacte de refondation des urgences

Le système français actuel est accusé de mal gérer les effecteurs et par la même de surcharger l'activité opérationnelle des sapeurs-pompiers tout en n'utilisant pas au mieux les capacités des transporteurs sanitaires. Un tel modèle aura nécessairement des conséquences :

- En prenant exemple sur des modèles européens comparables, le taux de recours au transport des patients vers l'hôpital est beaucoup plus élevé que le modèle français actuel. Ainsi, l'utilisation d'un 112 comme seul numéro de l'urgence aura pour conséquence une sollicitation encore plus importante des moyens sapeurs-pompiers incompatible avec leurs capacités et difficultés actuelles ;
- Les deux plateformes 112 et 116-117 auront à utiliser des ambulances sans pouvoir coordonner les demandes. Ceci aboutira à une augmentation des carences ambulancières et là aussi à une sur-sollicitation des moyens des SDIS.

Des interventions encore plus nombreuses, une pression sur les établissements de santé renforcée en contradiction avec l'objectif de désengorgement des urgences

Si l'hypothèse d'une plate-forme d'appel polyvalente « urgences » et d'une plateforme d'appel pour la permanence/continuité des soins peut être portée en avant par des organisations professionnelles, la mission considère cette solution comme peu opérationnelle et à risque:

- Faire porter au patient la qualification de la gravité de sa situation entraîne de facto un pourcentage d'erreurs générateur de risque, en dehors de l'accès habituel à l'équipe de soins primaires ;
- La mise en défaut des filières de soins et des parcours de raisonnés de prise en charge aigue pour les SCA, les AVC etc....

- Cette solution générera une forte augmentation de la sollicitation des moyens des SDIS non compatible actuellement avec leurs capacités opérationnelles et leur aspiration à se recentrer sur le cœur de leurs missions ;
- La nécessité de requalifier précisément les missions des uns et des autres, afin que l'opérateur de premier niveau 112 oriente correctement l'appel vers le niveau métier adéquat, sera potentiellement génératrice de conflits entre le monde du secours et celui de la santé. Il ne semble pas envisageable qu'un tel travail puisse être réalisé dans un délai court ;
- En se basant sur l'existant et compte tenu des ressources, la médecine générale ne peut faire face que partiellement à la généralisation des plateformes 116-117 fonctionnant à H24 sans mutualisation des moyens et un partenariat fort avec l'AMU. Certains départements et régions risquent de perdre le peu de régulateurs libéraux déjà impliqués et attachés à un fonctionnement « sécurisant » dans les SAMU ;
- Cette hypothèse organise le retrait annoncé de la régulation médicale des appels relevant de l'aide médicale urgente. La gestion de « l'urgence » à l'anglo-saxonne engorgera encore paradoxalement les SAU avec un décroché qui aura tendance à s'affranchir de toute régulation médicale en répondant par « un appel, une ambulance, les urgences ».

La mission a surtout identifié dans ce scénario, le risque majeur de schisme ville-hôpital qui va totalement à l'encontre d'un service de santé moderne.

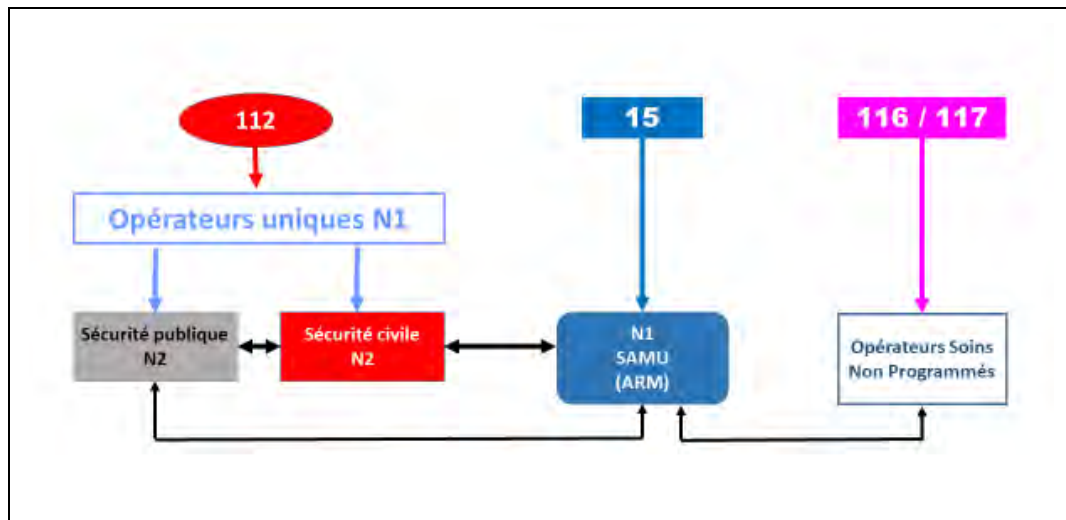
Mesurer le risque du retrait de la régulation médicale réalisée par les SAMU pour les appels urgents et pour les soins non programmés.

2.3.3 Le modèle 112/15/116-117 repose sur la mise en place d'un numéro générique 112, le maintien d'un numéro 116-117 dédié à la prise en charge de la permanence et de la continuité des soins par la médecine générale et du 15 pour l'aide médicale urgente

Cette hypothèse avec un niveau 1 unique transverse neutre de métier ne répond pas à la commande présidentielle de simplification et de lisibilité. Elle manque d'ambition et est corrélée à de nombreuses contraintes.

Elle est en apparence plus neutre. Il s'agirait de rajouter à l'organisation actuelle une plateforme supra départementale de premiers niveau recevant le 112. Les structures actuelles du SAMU et de la régulation de la permanence et de la continuité des soins restants dans leurs locaux actuels.

Schéma 2 : Réception et le traitement des appels d'urgence
(maintien du 15 et fusion du 17/18 dans le 112)



Source : Mission SAS

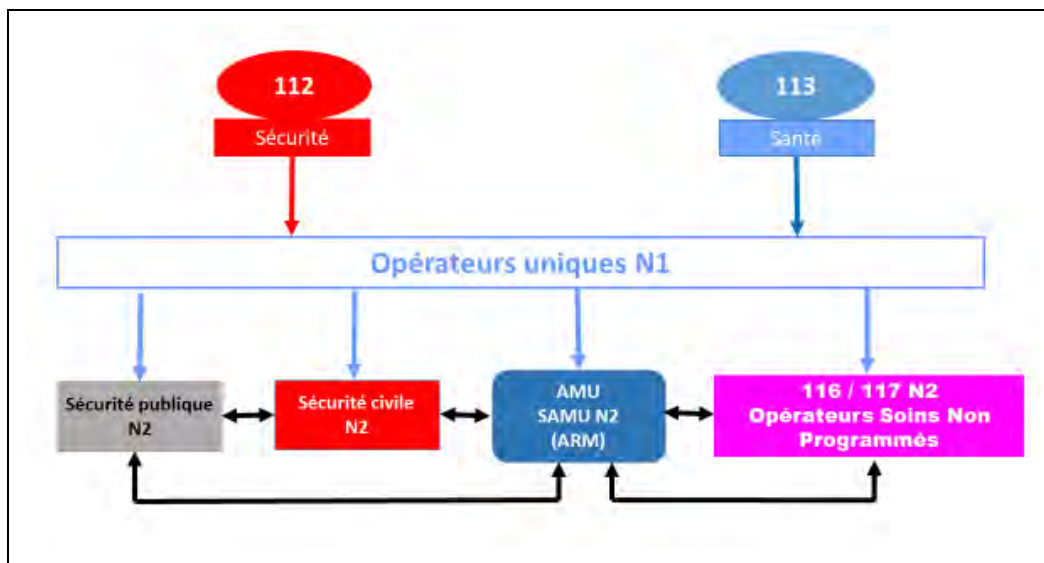
Cette solution aurait le bénéfice de continuer à faire travailler de concert la régulation de l'aide médicale urgente et la régulation de la continuité et de la permanence des soins, même si les canaux d'arrivée seraient différents. Les bénéfices attendus seraient à la hauteur du faible niveau de restructuration proposée dans cette hypothèse.

L'existence de ce nouveau niveau supra-départemental entraînerait une augmentation des délais de prise en charge pour les appels relevant de l'aide médicale urgente, une augmentation des relais et donc une perte d'information et *in fine*, une perte de chance pour le patient. Par ailleurs, ce nouveau niveau, agnostique, nécessitera la mise en place de moyens supplémentaires tant en locaux qu'en personnels sans pour autant diminuer les moyens des centres « métier » qui continueront à fonctionner en aval.

2.3.4 Le modèle 112/113 repose sur la mise en place d'un numéro générique 112 « secours » et d'un numéro générique 113 « santé » avec un niveau 1 unique transverse neutre de métier

Si cette hypothèse répond à une simplification et à une meilleure lisibilité pour nos concitoyens, elle concentre sur un premier niveau d'opérateurs neutres l'ensemble des flux sécurité, santé et secours.

Schéma 3 : Réception et le traitement des appels d'urgence reposant sur deux numéros génériques 112 et 113



Source : Mission SAS

La performance d'un premier niveau de décroché est liée à sa fluidité. La mission souligne que prendre le risque de concentrer l'ensemble des appels par cette entrée, c'est accepter en cas de congestion de ne pas pouvoir traiter prioritairement les situations d'urgences.

L'orientation macroscopique des appels et le rallongement des délais de traitements s'imposent aux citoyens. La multiplicité des interlocuteurs, particulièrement pour les appels relevant de la santé, est une réalité et impacte une prise en charge de qualité.

Une meilleure lisibilité pour la population, est pénalisée par un goulot d'étranglement unique facteur de retard d'accès aux soins.

Dans ce contexte, et pour répondre aux besoins en soins non programmés, **la mission plaide pour que ces scénarios de mise en œuvre du service d'accès aux soins soient écartés**. Ils présentent des limites en termes d'efficience avec un risque d'effet contre-productif sur la coopération entre SAMU et SDIS d'une part, et entre ville et l'hôpital, d'autre part.

3 Un périmètre des missions et une organisation opérationnelle du service d'accès aux soins, innovants qui reposent sur un guichet unique santé, un accès universel en ligne et un catalogue de ressources disponibles.

Les différents intervenants, qu'il s'agisse des représentants des usagers mais aussi des représentants des jeunes médecins généralistes ou des internes de médecine générale, ont souligné tout l'intérêt qu'il y avait à un portail unique santé, allant dans le sens de la simplification attendue par les usagers, facilitant ainsi accès et pédagogie, conduisant ainsi à voir séparer d'une part l'urgence secours et sécurité regroupant sécurité civile, police et gendarmerie, et d'autre part la santé.

3.1 Le numéro unique AMU et PDSA déjà recommandé dans de nombreux rapports

En 2006, le rapport de l'IGAS sur l'évolution du dispositif de la permanence des soins souligne l'intérêt d'un numéro unique pour deux raisons, d'abord le souci de simplifier l'accès au dispositif pour l'usager, ensuite l'intérêt pour des équipes de médecins de statuts différents, de mutualiser des compétences et des moyens pour répondre aux objectifs de missions de service public imparties. Ainsi, l'organisation de la PDS et de l'AMU doit être lisible, connue et accessible.

Le CNOM a estimé (2006⁵⁶), qu'il n'appartient pas au patient de déterminer la gravité de son état pour appeler le service d'aide médicale urgente le 15 (SAMU) ou recourir aux ressources médicales ambulatoires disponibles sur son territoire. « *Cette régulation médicale est de la responsabilité du professionnel de santé* ».

En 2007, la Cour des comptes indique que le système serait simplifié avec l'unification des numéros d'appel entre l'hôpital (SAMU-Centre 15) et la ville (centre de régulation médicale libérale) pour le grand public comme les professionnels de santé.

En 2009, le rapport d'information sur la permanence des soins du député P. Boënnec considère fort pertinent la proposition de fusionner toutes les lignes téléphoniques en une seule sous la forme d'un numéro d'appel unique commun à la permanence des soins et à l'aide médicale urgente.

En 2009, la loi HPST «Hôpital, patients, santé et territoire » revient sur les modalités d'organisation de la permanence des soins à l'article L 6314-1 du code de santé publique⁵⁷ qui prévoit « ... *la régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national...* ». Deux autres types de numéro sont disponibles : les numéros de régulation régionale et départementale à 10 ou 4 chiffres et les numéros des associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appel interconnectés avec le numéro national.

L'article 75 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 maintient 3 numéros pour l'accès à une prise en charge non programmée. Celui des associations de permanence des soins et de la régulation médicale accessible par un numéro national de permanence des soins (le 116 117⁵⁸) ou par le numéro national d'aide médicale urgente.

Concernant l'organisation de la régulation médicale, les rapporteurs de la mission d'information du Sénat⁵⁹ sur les urgences hospitalières indiquent que « *l'ensemble des acteurs auditionnés ... dans une unanimité quasi-parfaite, ont regretté la mise en place du nouveau numéro 116-117 en raison de la confusion qu'elle apporte dans un paysage déjà peu lisible* ». Les propositions émises par les

⁵⁶ Rapport d'information n°3672 sur la prise en charge des urgences médicales. Paris : Assemblée nationale ; 2007

⁵⁷ Loi HPST du 29 juillet 2009 article 49 « La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'Etat dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa. **La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national.** Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plateformes assurent une régulation médicale des appels. Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription sont fixées par voie réglementaire ».

⁵⁸ Décret n°2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires

⁵⁹ Rapport d'information de Mmes Laurence COHEN, Catherine GENISSON et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur *les urgences hospitalières*, Juillet 2017

rapporteurs sont de « *revenir sur la mise en place du numéro 116 117 pour l'accès à la régulation médicale de la permanence des soins (proposition n°18) et de généraliser la mutualisation de la régulation médicale entre les équipes de l'aide médicale urgente et les professionnels libéraux (proposition n° 19) ».*

La Cour des comptes rappelle dans son rapport annuel 2019⁶⁰, que « *la multiplication des numéros d'appel (15,17,18, 116-117, numéro SOS Médecin....) déjà soulignée par la Cour en 2014 reste source de confusion pour la population ».*

3.2 Une plateforme SAS téléphonique Santé qui repose sur un numéro bien identifié pour répondre aux besoins de chaque Français

Le principe retenu par la mission est celui d'un point d'entrée unique ou guichet unique, qui délivrerait la réponse appropriée à une situation de soins non programmés, allant de l'urgence médicale au conseil, à la téléconsultation, à l'orientation vers une structure de soins ou une prise de rendez-vous.

Le service d'accès aux soins est un dispositif transparent, à destination de l'utilisateur, qui n'est pas contrairement à ce que d'aucun voudrait laisser entendre un « réhabillage » de dispositifs préexistants. Il repose tout particulièrement sur une nouvelle collaboration, basée sur la confiance, la transparence et une volonté de construire entre la médecine libérale ou la médecine salariée chargée de l'organisation des soins non programmés ambulatoires et la médecine hospitalière, une organisation efficiente pour les professionnels et les usagers du système de santé.

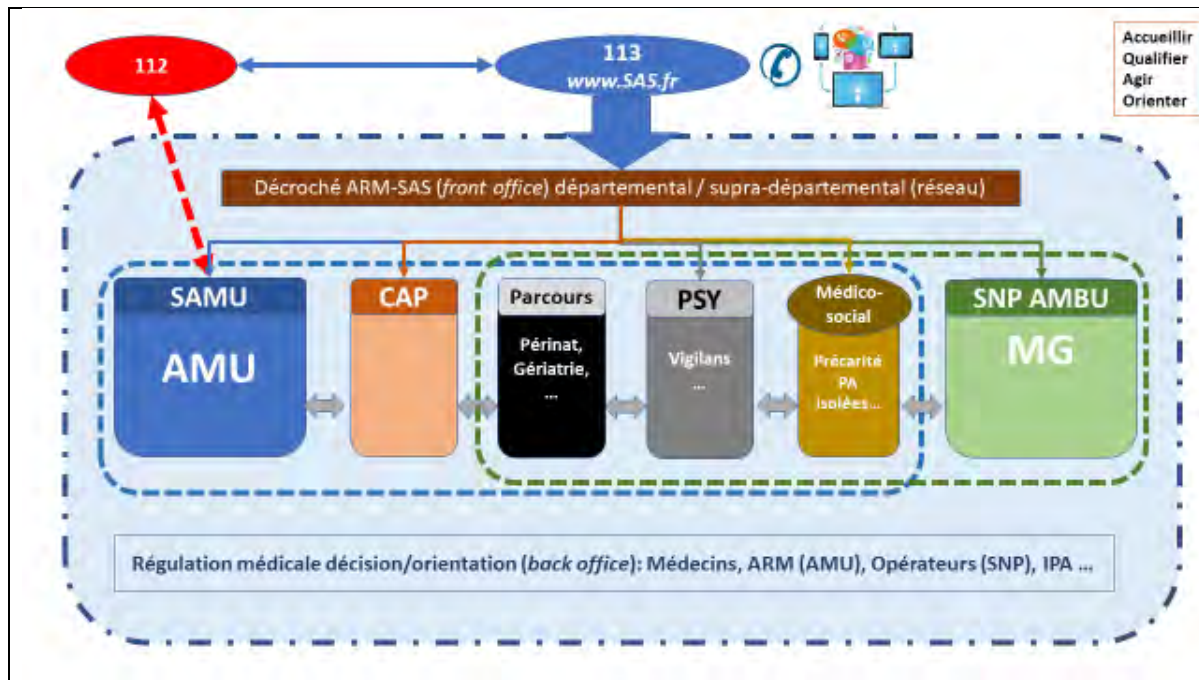
Le service d'accès aux soins s'appuie donc sur un accès facile pour les usagers. Le principe du guichet unique plébiscité par les usagers et leurs associations représentatives au cours de deux entretiens successifs, est renforcé par l'analyse des flux ou plus exactement de la qualification des flux observée sur les numéros 17, 18 et 15 respectivement. Il apparaît très clairement que la majorité des appels sur ces 3 numéros essentiels pour les français sont aujourd'hui à connotation santé et dépassent le taux de 50 %. C'est pour cette raison qu'il a semblé légitime d'isoler un flux santé par rapport à un flux secours et sécurité. Cette demande d'un flux santé identifié a été retenue, encouragée et plébiscitée par la majorité des personnes auditées par la mission.

Ceci sous-entend la création d'un nouveau numéro de téléphone unique, totalement dédié à la santé. Ce point est primordial et est le scénario retenu par la mission SAS.

Il existerait donc en France, et c'est là une modernité absolue, **2 numéros uniques, l'un dédié au secours et la sécurité, l'autre dédié à la santé**, allant de l'urgence médicale au conseil médical en passant par toutes les possibilités de réponses aux besoins des patients. L'existence d'un numéro unique « appels d'urgences » ne répondrait pas à notre sens à l'attente des français et serait de toute manière responsable d'un engorgement prévisible des urgences, ce qui va à l'encontre des objectifs du pacte de refondation des urgences. En effet, si on effectue une **comparaison par rapport à des numéros anglo-saxons ou d'autres expériences, le numéro unique aboutit quasi systématiquement à l'envoi d'un transport ou d'un vecteur sanitaire et à une hospitalisation.**

⁶⁰ Cour des comptes rapport public annuel 2019-février 2019 « Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités » p 211-239

Schéma 4 : Le service d'accès aux soins projeté



Source : Mission SAS

Le guichet unique santé ou « front office », qui repose sur un numéro bien identifié que la mission a dénommé 113 dans le cadre de ses travaux, est pris en charge par des assistants de régulation médicale. Il s'agit là d'une fonction, non d'une appartenance. Ces assistants de régulation médicale, dès lors qu'ils sont en position de « front office » en charge du guichet unique dans le dispositif SAS, relèvent de la gouvernance globale de pratiques partagées de régulation et de triage (*Cf. Infra*) et non pas d'une organisation plus que d'une autre, et tout particulièrement ne sont pas plus liés à l'aide médicale urgente qu'à la prise en charge des soins non programmés ambulatoires.

Cette organisation autour des assistants de régulation médicale représente une garantie de sécurité, permettant ainsi de détecter une urgence vitale et un circuit court de prise en charge afin d'apporter la meilleure des réponses à une situation donnée dans des temps qui ne doivent pas dépasser 30 secondes.

3.2.1 Une plateforme de premier niveau métier pour sécuriser l'orientation des appels dans des délais courts vers l'aide médicale urgente ou vers l'organisation des soins non programmés ambulatoires.

Ceci sous-entend que sur ce bandeau unique, ce premier front d'assistants de régulation médicale aura pour vocation essentielle d'orienter les appels dans des délais courts vers l'aide médicale urgente (ex organisation de type SAMU) ou vers l'organisation des soins non programmés ambulatoires. Ces assistants de régulation médicale n'ouvriront des dossiers de régulation que dans des cas extrêmement limités. Ils s'aideront à terme, d'outils de reconnaissance vocale permettant là aussi une meilleure performance. Il s'agira de mettre en place des plateformes modernes de premier niveau permettant de réceptionner d'autres types de flux que la voix ou de saisir tout le potentiel des nouvelles technologies pour capter les signaux de détresse, ce qui constituerait un puissant levier de modernisation numérique du service public.

SAS « *FRONT OFFICE* »

« *Front office* » se situe dans la salle de régulation : relation synergique avec médecin régulateur
Il est dédié exclusivement aux primo-appelants en s'appuyant sur la segmentation des flux
Armé obligatoirement par des ARM encadrés par un superviseur et un cadre de santé, soumis au secret professionnel

Objectif unique de triage entre AMU et médecine ambulatoire :

- Accueil initial des primo-appelants : « **Service d'accès aux soins, bonjour** »
- Ouverture d'un DR avec seules 2 informations recueillies et saisies : Recueil du nom et du numéro de téléphone de l'appelant (nécessaire pour le contacter en cas de perte de la communication).
- Qualification du degré d'urgence : P0 = Urgence vitale
P1 = régulation médicale immédiate par volet AMU
P2 = régulation médicale différée par MRG, qui peut être mise en attente sans risque pour le patient.

Application d'algorithmes/protocoles pour déterminer s'il s'agit d'une détresse vitale, d'une urgence ou d'une demande qui relève du SNPA. Ces protocoles sont régis pour la gouvernance du SAS, c'est-à-dire partagé et validés entre le volet AMU et le volet médecine ambulatoire.

Nombre de questions réduites au maximum et protocolisées = gain de temps pour garantir 1 DMC à minima et l'atteinte des objectifs suivants : taux d'accueil du « *front office* » = 99.95 %

QS 15 s = 90 %, QS 30 s = 99 %, le temps retenu pour les appels abandonnés sera de 10 secondes (en dessous de cette durée, un appel est réputé n'avoir pas eu lieu d'être).

Arbres décisionnels →→S'appuyer sur des collègues éphémères (MRG et MRU, ARM, superviseur, CDS) pour produire les recommandations officielles « *front office* »

En cas de détection d'une urgence vitale, soit P0, ce qui arrivera dans 8 à 9 % des cas, l'ARM garde l'appelant et reprend une fonction d'ARM AMU :

- Conserve l'appel, crée le DRM
- Engage un prompt secours et un SMUR avant régulation médicale
- Conseille et/ou guide les gestes de secourisme et RCP
- Transfère l'appel immédiat au MRU

Pratiques recommandées par SUdF et d'ores et déjà en vigueur dans les actuels CRRA15.

Rotation des ARM au niveau du «front office» toutes les 4 heures : = lutte contre le risque d'erreur (baisse du niveau de concentration) et lutte contre l'augmentation de la DMC qui augmente avec la fatigue⁶¹. Possible grâce à la polyvalence des ARM au sein de la branche AMU (en vigueur dans tous les SAMU CRRA15 de France et DOM TOM).

Optimiser le traitement des appels grâce à la téléphonie avancée :

- ACR (Advancing Call Routing) : reconnaissance de numéro de l'appelant, pré-qualification de l'appel permettant de faire suivre des scénarios personnalisés (appelants remarquables exemple HAD, pathologies chroniques, soins palliatifs)
- SVI (serveur vocal interactif) : accès à des choix et orientation de l'appel (exemple « urgence vitale taper 1 »). Possibilité pour un niveau de sécurité supplémentaire au cas où toutes les lignes sont occupées.

ACD (Automatic Call Distribution) distribution automatique des appels pour répartition de la charge de travail et garantir l'atteinte des objectifs qualité. Matrice de distribution paramétrée par la co-gouvernance.

⁶¹ Montassier E, Labady J, Andre A, Potel G, Berthier F, Jenvrin J, Pervenne Y. The effect of work shift configurations on emergency medical dispatch center response. Prehop Emerg Care. 2014

3.2.1.1 Une organisation opérationnelle repensée...

Le « *front office* » du numéro unique santé est donc assuré par des assistants de régulation médicale, agents hospitaliers formés dans le cadre des centres de formation des assistants de régulation médicale (CFARM) qui procèderont à la qualification immédiate de l'appel. Au regard de l'évolution du périmètre de l'exercice, la mission suggère après évaluation, de compléter les textes de formation des ARM pour préciser les exigences (notamment nouveaux outils, connaissance des réseaux de soins ambulatoires).

Assistants de régulation médicale Rappel référentiel de formation⁶²

Il convient de rappeler que le volume de la formation ARM proposée par les centres agréés de formation d'assistant de régulation médicale est de **1 470 h d'enseignement** dont 735 h de formation théorique réparties en 9 modules de formation et 735 h de formation pratique/21 semaines (stages de découverte/5 semaines et stages métier/16 semaines.)

Le diplôme s'obtient par l'acquisition de 4 blocs de compétences :

- Bloc1 : Traitement d'un appel dans le cadre du SAMU-Centre 15 (10 semaines, 350h)
- Bloc 2 : Mobilisation et suivi des moyens opérationnels (4 semaines, 140h)
- Bloc 3 : Traitement des informations liées à la régulation, la qualité, la sécurité et à la vie du service (5 semaines, 175h)
- Bloc 4 : Appui à la gestion des moyens en situation sanitaire exceptionnelles (2 semaines, 70h)

La formation des ARM est-elle adaptée aux impératifs d'un SAS ?

Le volet ambulatoire est-il traité ?

Enseignement

Bloc 1, module 1A :

« Connaître l'organisation du système de santé et de la prise en charge des urgences en France »

« Points clés de l'organisation du système de santé en France, rôle des ARS, »

Organisation et cadre législatif et réglementaire de la prise en charge des urgences en France : les différentes structures et leur rôle, les partenaires, la relation ville-hôpital

Bloc 2, module 2A

« Identifier les parcours patients dans le cadre de l'AMU, de l'accès aux soins non programmés et des filières ambulatoires »

« Ressources territoriales pouvant apporter une réponse médicale adaptée à la situation »

Stage découverte en milieu professionnel

« Transport de malades, blessés ou parturientes » (hors SMUR) 2 à 3 jours

« Structure privée recevant des appels » 2 à 3 jours (une semaine avec autre structure publique)

⇒ La nécessité d'appréhender et de comprendre la filière des soins ambulatoires est indiquée.

⇒ Si doute : précisions complémentaires par circulaire ?

Une évolution de la formation à la e-santé est-elle nécessaire ?

Enseignement

Bloc 2, Module 2.b : Les moyens opérationnels liés au traitement de la demande

Connaître le fonctionnement des matériels informatiques et de communication des CRRAs : téléphonie, informatique, visio-conférences, applications d'aide à la prise en charge (fonctionnement, dysfonctionnement, pannes simples)

Bloc 3, module 3a

Connaître et maîtriser les outils radiophoniques, technologie d'information et de communication (TIC)

Explorer, traiter, exploiter et diffuser des documents numériques

Travail en réseau, communication et collaboration avec un ou plusieurs interlocuteurs, automatisation des tâches répétitives, web, réseaux sociaux

⁶² Pr Christine Ammirati pour les CESU

Utilisations des outils de télécommunication et visioconférence

- ⇒ Question posée de l'harmonisation des remises à niveau dans le cadre du livret de positionnement sur ces compétences pour les ARM en poste
- ⇒ Si doute : précisions complémentaires par circulaire ?

Les prises de bilan font-elles partie des compétences d'ARM ?

Enseignement

Bloc 2 : Mobilisation et suivi

« Prioriser les bilans reçus et transmettre les informations au médecin régulateur »

- ⇒ Apport de la reconnaissance informatique de bilans anormaux en complément des compétences de l'ARM

3.2.1.2 Pour assurer une prise en charge et un décroché dans les meilleurs délais.

La détection par l'ARM de « *front office* » d'une situation relevant de l'aide médicale urgente, conduira à orienter cet appel vers le dispositif de type SAMU où la prise en charge se fera à l'identique de ce qui existe aujourd'hui avec quelques nuances :

- Si l'ARM « front office » détecte d'emblée une urgence vitale et afin de gagner du temps, il sera autorisé ici à ouvrir un dossier de régulation médicale classique et à transférer immédiatement l'appel vers le médecin régulateur de l'aide médicale urgente (SAMU) afin d'éviter une redondance et une perte de temps inutiles.
- Si des appels de type urgence santé ou santé arrivent sur le numéro 112, ils devront être réorientés vers la plateforme santé SAS. **S'il s'agit d'une urgence ayant engagé des moyens SDIS dans le cadre d'un prompt secours, ils arriveront directement sur l'aide médicale urgente sans passer par le 113 grâce à un numéro dédié (SDA) dans le principe d'un circuit court de prise en charge**, d'une interconnexion des services et d'un transfert de dossier tel que ceci existe aujourd'hui *Cf. Infra*).

Dans le cas d'une demande relevant des soins ambulatoires non programmés, le 112 sera directement orienté vers un numéro dédié relevant de cette organisation au sein de la plateforme santé. Le principe est que **les appels du numéro unique sécurité ne passent pas par le numéro unique santé**.

L'objectif retenu est celui de **donner une priorité absolue aux primo-appelants**. Ceci sous-entend, en particulier pour le versant aide médicale urgente, que des numéros dédiés soient affectés à tout ce qui relève des rapports inter-hospitaliers, organisation intra-hospitalière, transferts inter-hospitaliers, mise en œuvre de moyens logistiques inter-hospitaliers. Aucune de ces demandes ne devra transiter par le numéro unique santé.

La prise en charge des bilans qui font partie des fonctions de l'aide médicale urgente et des SAMU ne transitera pas non plus par le numéro unique santé. Ils arriveront sur un numéro dédié et seront pris en charge en fonction de la gravité estimée par des médecins régulateurs, éventuellement par des infirmières de pratique avancée et des assistants de régulation médicale. L'évolution se fera pour un certain nombre de bilans dits simplifiés par une intégration automatisée de ces bilans dans les dossiers et logiciels de régulation, afin de libérer du temps humain disponible dans le cadre d'une meilleure fluidité générale de la prise en charge.

Il est envisagé une solidarité inter-plateformes santé dès lors qu'une de ces organisations serait en difficulté technique ou en difficulté de flux d'appels. Ceci fait l'objet de mesures envisagées par le projet SI-SAMU que la mission souhaite voir évoluer dorénavant en **SI Santé**.

Il s'agit de garantir un décroché rapide pour tous les appels d'urgence dès lors que ces plateformes de premier niveau sont correctement dimensionnées. Une plateforme pourrait transférer, comme aux Pays-Bas, un appel vers une autre plateforme en cas de saturation des lignes d'urgence dans une zone donnée.

Il s'agit bien d'affiner et de développer la régulation des flux en amont des urgences pour éviter l'engorgement qui est aujourd'hui connu. **Cette plateforme santé, accessible à tous 24 h/24 par ce nouveau numéro unique, ne sera pas le seul outil à développer puisqu'il s'appuie également sur un service en ligne, national, offrant le même catalogue de ressources dans chaque territoire.**

3.2.2 Des ressources hospitalières et ambulatoires évolutives pour un fonctionnement optimal de la plateforme SAS téléphonique

L'accès au niveau technologies de communication, à la e-santé ou santé digitale, devrait permettre de limiter l'inflation de ressources humaines quelles qu'elles soient, cependant celles-ci devront être correctement évaluées.

Ce « *front office* » 113 requiert un nombre d'assistants de régulation médicale nécessaire pour permettre ce décroché dans des délais au maximum de 30 secondes, fixé par les recommandations de SAMU Urgences de France. La volumétrie des appels est aujourd'hui connue mais elle devrait être au minimum identique à ce que connaissent aujourd'hui les Centres 15 ne bénéficiant pas de la présence de régulateurs libéraux pendant la journée. Ce volume d'appels sera cependant très probablement supérieur car la connaissance de cette nouvelle structuration SAS générera un flux d'appels supplémentaires qui devrait être de l'ordre de 15 %.

Les personnels sur lequel repose aujourd'hui le principe de la régulation médicale sont du côté aide médicale urgente essentiellement des **médecins régulateurs et des assistants de régulation médicale**. Ce dispositif devra être pérennisé. Cependant, la mission estime qu'il convient d'aller vers une économie du temps médical disponible, c'est pourquoi est préconisée à moyen terme, la présence d'infirmiers au sein des régulations d'aide médicale urgente, que ce soit dans un premier temps sur une modalité de protocole de coopération et par la suite, d'infirmiers de pratique avancée. Les missions dévolues à ces infirmiers pourraient être variables d'un centre à l'autre mais avec une orientation claire vers la prise de bilans, secouristes, et/ou la préparation de l'accueil d'un patient dans certaines filières spécialisées (gériatrie, pédiatrie).

Le dispositif SAS doit s'adapter à une masse critique d'activité cohérente justifiant l'emploi des personnels médicaux et non médicaux adaptés. C'est ainsi que si la plateforme est de nature départementale, elle peut être mutualisée à un niveau interdépartemental en nuit profonde, en première partie de nuit ou pendant les « weekend ». Les médecins régulateurs ambulatoires peuvent grâce au dispositif de régulation déportée intervenir sur une échelle supra départementale.

Le **superviseur** est l'encadrant de premier niveau d'une équipe d'assistants de régulation médicale exerçant au sein du SAS. Il exerce sous l'autorité du cadre de santé. Il s'agit d'un **maillon essentiel qui permettra de garantir l'objectif fixé au niveau de front office de réponse à tous les appelants en moins de 30 secondes**. La présence d'un superviseur est souhaitable au regard des recommandations de SAMU-urgences de France. Sa présence est adaptée à l'activité de la plateforme SAS et au nombre d'agents présents.

Son rôle est de piloter et de suivre au quotidien l'activité de la plateforme tant au niveau du front office, que du back office, d'optimiser l'outil de gestion des appels afin de garantir l'atteinte des objectifs quantitatifs impartis, dans le respect des réglementations et des recommandations professionnelles. En cas de difficultés, il peut intervenir directement auprès d'un appelant pris en charge par les ARM.

En fonction des délégations et usages au sein du SAS, il contribue au management de proximité en participant à la professionnalisation des membres de l'équipe (animation d'équipe, actions de formation, tutorat). Son champ d'action concerne l'ensemble du volet AMU ainsi que la gestion du front office. Sur ce point, le pilotage de l'activité et les stratégies d'articulation du front office avec le volet soins non programmés ambulatoire se fera sous l'égide de la co-gouvernance et non pas aux seules décisions du volet AMU et cela même si les ARM sont des professionnels hospitaliers.

Ainsi, en collaboration avec la co-gouvernance du SAS, il contribue à l'optimisation du processus de travail : recueille les statistiques, analyse l'activité, et propose des évolutions pour améliorer la qualité de service notamment pour garantir la qualité de service et les missions du front office.

Afin de coordonner l'activité dans une logique d'anticipation et de performance, il dispose d'un poste de travail dédié, équipé d'outils informatiques et téléphoniques de supervision. Il doit avoir accès à des indicateurs et de statistiques d'activité selon les besoins définis par la structure, au minimum de façon journalière en ce qui concerne l'activité de front office. A titre d'exemple, une fiche de poste est annexée au présent rapport (cf. Annexe 3)

L'organisation du versant soins non programmés ambulatoires repose aujourd'hui sur des **médecins régulateurs** qui pourraient être délocalisés, et sur des **opérateurs de soins non programmés** dont les statuts sont variables d'une organisation à l'autre, et qui devront bien entendu être respectés. Les missions de ce personnel vont être multiples et plus larges que celles qui existent aujourd'hui, allant de l'organisation de la prise de rendez-vous à la connaissance de l'offre de soins programmés, à la mise en œuvre des relations pouvant exister dans le cadre de téléconsultations ou de lien avec les CPTS. **La formation des régulateurs libéraux comme des opérateurs en soins non programmés devra être mise en place et organisée par le secteur ambulatoire.**

Il serait intéressant d'évoquer une réponse à une organisation à 3 niveaux également dans le cadre de cette structuration soins ambulatoires non programmés avec des médecins régulateurs, des opérateurs de soins non programmés et des infirmiers de pratique avancée ou pouvant exercer suivant des protocoles de coopération. Ces infirmiers pourraient avoir comme mission par exemple l'organisation des téléconsultations mais également le conseil thérapeutique dès lors que le diagnostic médical effectué par le médecin régulateur aura été posé.

Sont évoqués pour exemples, les épidémies de gastroentérite, ou afin d'éviter une hospitalisation inutile, le diagnostic initial étant posé par le médecin régulateur, un infirmier pourrait sur protocole donner des conseils aux parents et avoir pour cela le temps nécessaire. Ceci pourrait également s'étendre bien entendu à d'autres types d'appels comme la fièvre du nourrisson, etc...

3.3 Le périmètre du SAS doit répondre progressivement à l'ensemble des besoins de santé

Nous avons jusqu'ici évoqué deux « bras » essentiels du SAS que sont l'aide médicale urgente et les soins non programmés ambulatoires. **Cette plateforme est bien plus ambitieuse puisqu'elle va associer d'autres acteurs sur le principe du guichet unique.** On peut ici citer, les centres antipoison qui devront également être accessibles par ce numéro unique santé et une orientation rapide par le « *front office* », mais également l'urgence médicosociale, la régulation périnatale,

l'organisation des flux gériatriques, la régulation des transports sanitaires privés, la prise en charge du risque psychiatrique de type suicidants, prévention de la récurrence, prise en charge de l'appel initial, etc...

C'est donc un projet ambitieux d'un guichet unique santé, soins non programmés, allant au-delà de l'ex dichotomie « permanence de soins/SAMU » qui est ici proposé. Il convient d'y ajouter d'emblée et rapidement avant le mois de juin 2020, **la mise en relation de ce dispositif avec le parcours de soins gériatriques, tout particulièrement avec les EHPAD**, par le biais de la téléconsultation ou de la télé-visio-décision (mesure 6 du pacte de refondation des urgences).

La mission considère que deux numéros plus directement liés au socle des urgences auraient vocation à être intégrés au numéro unique santé :

- Les numéros des centres antipoison: même s'ils ne sont pas des numéros d'urgence au sens de l'ARCEP, ils ont vocation à traiter des urgences médicales et donc à parvenir au SAS.
- Pour les alertes et la prévention des suicides : la création d'un numéro national de prévention du suicide est prévue par le Plan priorité prévention dont l'action n° 95 a pour objet d' « *étudier les conditions de mise en place d'une ligne d'appel nationale gérée par des professionnels formés à l'intervention téléphonique de crise suicidaire, et capables d'orienter vers les ressources existantes en fonction des situations* ». La mission estime qu'une mutualisation est possible avec le SAS, le partage des locaux des équipes du dispositif VigilansS paraît opportun (cf. exemple de la mutualisation des locaux centre 15 et équipe VigilansS à Lille). Les échanges sont ainsi facilités et la base de données des ressources et acteurs de la prévention du suicide présents sur le territoire peut être partagée, voire co-construite.

Les régulateurs de l'AMU pourront rediriger vers la ligne nationale de prévention du suicide l'ensemble des appels qu'ils identifient comme relevant de la prévention ou de la prise en charge des personnes suicidaires ou de leur orientation. En cas de crise suicidaire, après évaluation et intervention de crise, les répondants pourront décider de rediriger l'appel vers la branche AMU, s'ils estiment qu'il est nécessaire de faire intervenir les secours directement auprès de la personne.

Le guichet unique « numéro santé » est appelé à recevoir des appels à connotation plus sociale que médicale. Une réponse adaptée doit cependant être proposée dès que ce signal « d'urgence sociale » est repéré au niveau du premier niveau de réception du SAS. Ces appels seront traités par un professionnel du médicosocial après analyse en un temps qui peut être différé à 12 à 24 heures.

Ce professionnel (assistant socio-éducatif) présent selon des modalités souples (horaire/mutualisation) gère ces situations en lien avec l'ensemble des organismes concernés afin d'éviter la reproductibilité qui transforme une situation de difficultés sociales en un problème médical. La chute itérative de la personne âgée est une situation exemplaire qui sollicitera ce dispositif. Ainsi, le SAS devra être en situation de repérer les urgences sociales au travers de prises en charge pour des urgences relevant du domaine de la santé et de favoriser une prise en charge globale.

La mission préconise une évolution à terme des plateformes SAS pour qu'elles intègrent davantage la dimension sociale de leur action sanitaire. Concrètement, cela pourrait d'abord passer, à l'occasion du déploiement du SI-SAS, par une plus grande présence de professionnels capables d'entrer en conférence à 3 avec des appelants, quelle que soit l'origine de l'appel.

Même s'il n'y a pas lieu de fusionner l'ensemble des numéros, la mission considère qu'il conviendrait en tout état de cause de veiller à la bonne articulation entre les plateformes SAS et les services qui peuvent être sollicités pour la prise en charge des situations d'urgence spécifiques. Il convient en effet de s'attendre à ce que progressivement, la population retienne le numéro 113 pour toutes les urgences santé.

Recommandation n°1 Assurer à terme une articulation entre le service d'accès aux soins et les dispositifs de prise en charge spécifiques : médico-sociale, périnatale, gériatrique, psychiatrique et centres antipoison.

3.4 Mieux structurer les relations SAS - AMU - Centre de traitement de l'alerte des SDIS garantes d'un partenariat renforcé

La réflexion de la mission SAS autour de deux filières santé et secours et sécurité est confortée par les différents entretiens et visites conduits dans les dernières semaines. En ce qui concerne la relation avec la mission MARCUS, il apparaît très clairement que le « *front office* » proposé au niveau du 112 reste très directement lié aux métiers et ne permet pas d'assurer la fluidité suffisante vers l'aide médicale urgente en cas d'urgence médicale avérée.

Ceci est conforté par des analyses récentes⁶³ de la littérature dans des pays étrangers qui démontrent que l'utilisation du 112 dit « agnostique » lorsqu'il l'est, se traduit par un allongement des temps de réponse lors des filières de type accidents vasculaires cérébraux (AVC), syndromes coronariens aigus (SCA) et donc une perte de chance pour le patient. La visite menée à Paris Porte de Champerret au sein de la plateforme PFAU (17/18/112) des quatre départements parisiens et petite couronne conforte également dans cette approche, puisque le niveau de décroché en première intention est très clairement lié à une « expertise » métier et non à une approche de premier niveau, transversale.

La mission n'est pas non plus favorable à un décroché d'emblée par une filière de type soins non programmés ambulatoires (*Cf. Supra*). En effet, l'analyse des flux et des prises d'appels en terme de qualité démontre que ceci conduit à une autodétermination des patients de plus de 8,5 % et donc également par une perte de chance et un retard de décision lors d'urgences médicales immédiates.

La filière santé avec un « *front office* » géré par des assistants de régulation médicale, une orientation vers l'aide médicale urgente ou les soins non programmés ambulatoire avec bien entendu des process d'interconnexion entre ces deux ARM du SAS nous semble résolument la solution en terme de qualité et de sécurité pour les patients.

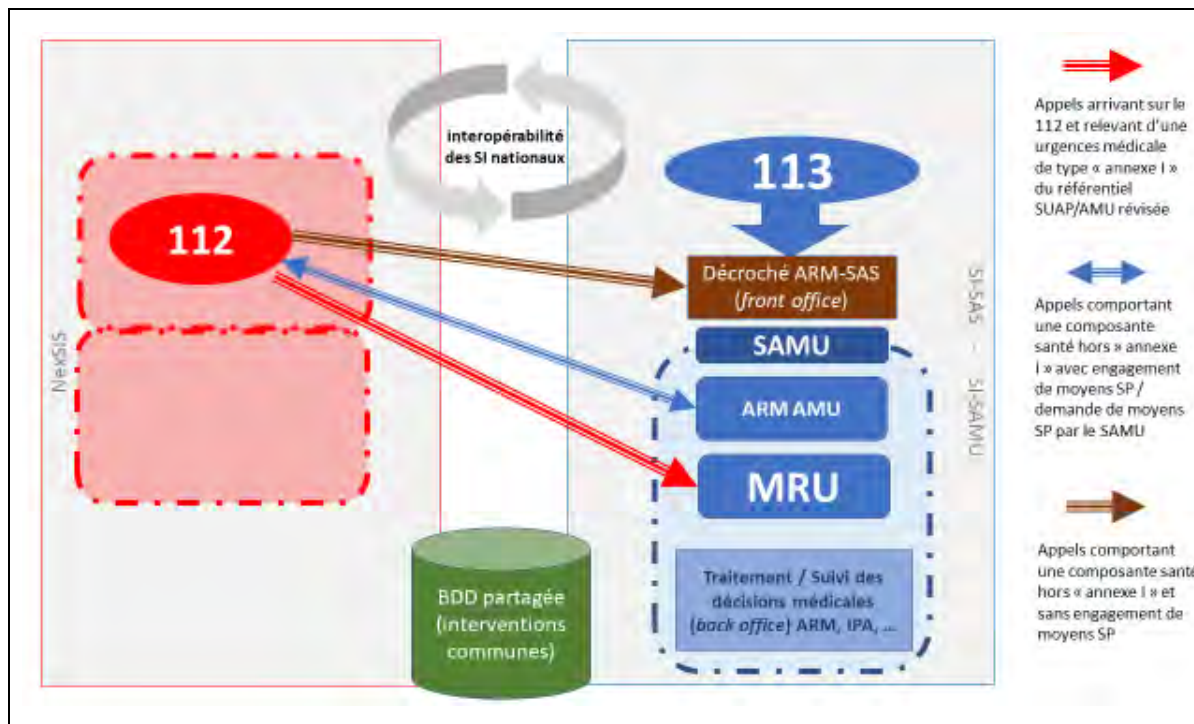
Ce n'est pas pour autant que les rapports entre les centres de traitement de l'alerte (CTA) des SDIS ou demain le 112 secours et sécurité et le 113 santé ne doivent pas être affinés, améliorés dans une volonté de performance partagée.

C'est ainsi que la mission propose que dès lors qu'un appel de type santé serait initialement pris en charge par le 112, il ne soit pas géré par le « *front office* » du 113 mais bien d'emblée par les ARM du bras aide médicale urgente (ARM).

⁶³ Fusion of dispatching centres into one entity: effects on performance. Määttä T, Kuisma M, Väyrynen T, Nousila-Wiik M, Porthan K, Boyd J, Kuosmanen J, Räsänen P. Acta Anaesthesiol Scand. 2010 Jul;54(6):689-95

Au-delà de ces décrochés par ces ARM N2 de la plateforme SAS il conviendra de **définir des surnumérotations ou des numéros prédéterminés assurant au CTA, une interconnexion avec l'arbre aide médicale urgente** dans les meilleurs des délais et dans les meilleures conditions.

Schéma 5 : Dispositif d'interconnexion 112-113



Source : Mission SAS

Cette interconnexion téléphonique doit bien entendu se coupler d'une interconnexion informatique. Les logiciels et les prises de renseignements des opérateurs CTA et des ARM SAMU doivent être très simplement transmis. Ceci doit être indépendant d'une communauté de logiciels d'exploitation du dossier patient. Ce qui se passe dans de nombreux départements français : Nord, Pas-de-Calais, Picardie, Rhône, Moselle...

Il convient également de **faciliter la relation entre aide médicale urgente et CTA des SDIS sur le versant opérationnel**. Les sapeurs-pompiers, dès lors qu'ils sont sur le terrain et s'ils doivent contacter le SAMU, doivent le faire indépendamment du numéro unique santé, arriver directement sur le bras aide médicale urgente et sur la personne la plus compétente pour répondre à leur sollicitation qui sera le plus souvent un Assistant de Régulation Médicale, mais qui n'en est qu'à être prédéterminé et préévalué par les deux parties, mais pourrait être un accès direct au Médecin régulateur. Pour cela, il convient de **définir des numéros d'accès direct des chefs d'agrés des véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV), des infirmiers des véhicules légers infirmiers (VLI) vers des ARM du bras aide médicale urgente (AMU)**.

Les bilans dits simplifiés pourraient bénéficier d'une orientation hospitalière dès le début de la mission. Il ne sera alors pas nécessaire de repasser par le bras aide médicale urgente du SAS, dès lors que l'état clinique du patient ou de la victime ne s'est pas modifié et que le Chef d'agrés du VSAV et/ou l'infirmier du VLI ne modifient pas l'orientation prédéterminée. De nouvelles perspectives vont ensuite rapidement s'ouvrir sur des prises de bilans automatisés informatisés et des transmissions transparentes depuis le lieu de l'intervention quel qu'il soit vers le dossier de régulation du SAMU.

Un dispositif spécifique et sécurisé 112/AMU est activé lors de l'émergence d'une situation sanitaire exceptionnelle. Les liaisons cellule de crise/cellule de crise sont renforcées et totalement indépendantes des flux 112/113. Il faut ici évoquer la saturation des lignes d'urgence lors d'une situation de crise et le principe du bandeau téléphonique partagé inter SAMU représente une garantie de sécurité.

L'ensemble de ces process doivent faire l'objet de nouvelles relations constructives et partagées entre les SDIS, le SAS et plus particulièrement le bras aide médicale urgente du SAS.

Ceci doit faire l'objet d'une réactivation des conventions bipartites sous la double autorité du Préfet et du Directeur général de l'agence régionale de santé.

Recommandation n°2 Demander par instruction aux préfets et DG ARS de veiller à la structuration des relations SAS - AMU - Centre de traitement de l'alerte des SDIS garantes d'un partenariat renforcé lors de la mise en place des plateformes SAS.

BACK OFFICE

Régi par le volet AMU, fonctionnement identique SAMU CRR15

ARM = mêmes missions qu'actuels CRR15

Cadre d'interopérabilité avec le SDIS : plateforme virtuelle interconnectée

Cf reco CISU (en attente du premier livrable)

Appels du SDIS priorités via la SDA (sélection des appels) : ne passent pas par le « *front office* » mais ont accès priorisé à un ARM AMU (ou bilan ou gestion des moyens selon les besoins)

Possibilité de retransmettre l'appel vers le 112 lorsqu'il s'agit d'une demande de secours

Interconnexion des logiciels métiers permettant l'échange automatisé d'informations utiles pour :

- Demander l'engagement d'un prompt secours
- S'assurer l'engagement du vecteur de secours sollicité
- Informer de l'engagement d'un vecteur de l'AMU (SMUR, médecin effecteur, ambulance) ou des FO
- Réceptionner les bilans SDIS et confirmer l'orientation dans le parcours de soins par un accès priorisé à l'ARM ou l'IDE gestion de bilan sur protocole de coopération (gain de temps)
- Possibilité d'optimiser le traitement des bilans grâce aux nouvelles technologies : orientation connue dès l'engagement du moyen de secours, transmission automatisée du bilan qui s'incrémente dans le logiciel métier, lecture du bilan ARM ou IDE, pas de rappel téléphonique et confirmation de l'orientation initial si bilan correspond et n'est pas évolutif en terme de gravité (idée transposable aux VLI mais via des protocoles totalement partagés et validés.
- Numéro d'urgence dédié afin de garantir l'accès au médecin régulateur dans les plus brefs délais (Cf Advancing Call Routing)
- Partage des statuts d'intervention en temps réel

Conférence à 3 selon les besoins pour optimiser la décision d'engagement secours/santé

RETEX inter équipe : démarche qualité, crée un langage commun, favorise le partage des bonnes pratiques

Convention tripartite SAMU/SDIS/ARS + Faire vivre la convention c'est-à-dire formation commune sur les filières (exemple thrombolyse, thrombectomie, ECMO, le refus de soins) etc.

Intégrer 1 opérateur du CTA au sein du volet AMU du SAS pour optimiser les demandes d'engagement de prompt secours et fluidifier le lien avec le CTA

Source : Mission SAS

3.5 Bâtir un service d'accès aux soins pour orienter les patients vers cette organisation pluri-professionnelle de santé organisée

Il convient ici de définir quels pourraient être l'organisation, le rôle et les partenaires du versant soins ambulatoires non programmés de la plateforme SAS. Les personnels qui travailleront 24 h/24 sur ce versant sont bien entendu des médecins régulateurs, des **opérateurs de soins non programmés** (personnels de réponse) et éventuellement des infirmiers. L'organisation sera adaptée au flux des appels, elle aura une logique territoriale très probablement départementale.

Les compétences visées pour les opérateurs de soins non programmés dépendent des missions confiées. La mission formule les premières propositions :

Missions OSNP	Compétences
- Participer à la prise en charge des appels parvenant au SAS	- Identifier son rôle dans le SAS, les partenaires hospitaliers, libéraux ... - Connaître l'organisation de l'AMU et les relations opérationnelles entre les entités
- Réception d'appels préalablement et rapidement triés par l'ARM	- Utiliser la téléphonie avancée - Identifier les appels relevant de l'AMU pour réorienter l'appel vers les ARMS de l'AMU (titulaires AFGSU 1) - Accueillir l'appelant de façon adaptée et mettre en œuvre les techniques de communication
- Ouvrir un dossier de régulation médicale et orienter vers le « répondant » adapté (médecin généraliste, infirmier ...)	- Utiliser les logiciels métiers avec une prise directe d'informations administratives et le motif d'appel - Utiliser les répertoires des ressources
- Orientation vers « répondant » (médecin, infirmier ...)	- Connaître les missions des répondants potentiels
- Lien avec réseau ambulatoire, réseau hospitalier	- Identifier les parcours, réseaux de soins et ressources territoriales - Orienter vers les ressources disponibles (hors nécessité de régulation médicale) - Transmettre les informations pertinentes aux différents interlocuteurs

Une fiche de poste est proposée par la mission (Annexe2).

3.5.1 Par une évolution des modalités d'exercice de la régulation des soins ambulatoires

L'exigence de disponibilité de médecins régulateurs 24h/24 va imposer une **évolution conceptuelle autour de cette régulation de soins non programmés ambulatoires**. En effet, il semble illusoire d'imaginer que le nombre de médecins volontaires sera suffisant pour être présents au sein de la plateforme SAS 24 h/24. C'est pourquoi, il est préconisé **de favoriser le développement de la régulation « déportée »** au sein éventuellement de cabinets voire même en dehors des heures ouvrables, du domicile de certains médecins généralistes volontaires. Les outils aujourd'hui existent, ils sont opérationnels dans certains départements français. Ces outils seront choisis par l'organisation de régulation libérale de façon autonome, à l'échelon régional.

La régulation peut être déportée vers un autre lieu apportant les garanties suffisantes en termes de traçabilité, de confidentialité et de sécurisation des circuits d'appels. Seront définies à minima:

- Le circuit et les modalités de prise en charge des appels (rôle de chaque acteur, modalité de transfert des appels, visibilité des plannings...) ;
- La compatibilité des SI permettant la circulation sécurisée des appels et des informations (Dossier de Régulation Médicale,) ;
- L'évaluation et les retours d'informations (temps, suites données...).

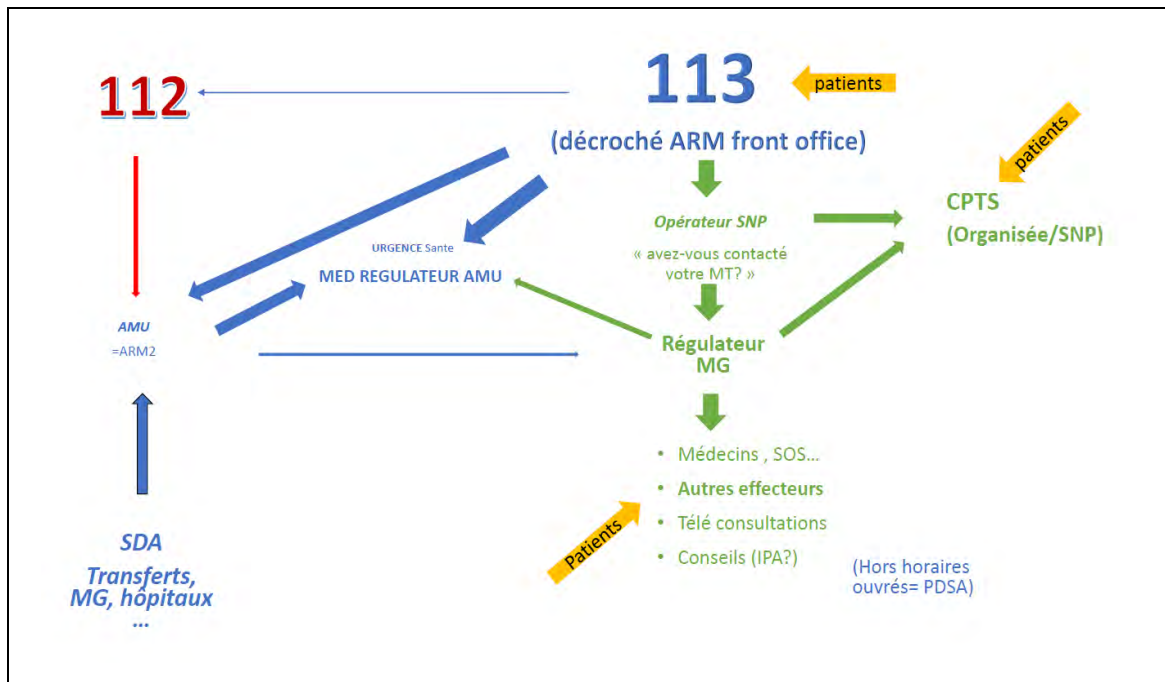
Ceci doit bien entendu s'entourer d'une **démarche qualité⁶⁴ et d'une charte d'utilisation et d'usage rigoureuses validées et certifiées**. Cependant, la mission pense qu'il est peu probable que l'ensemble des médecins régulateurs des soins ambulatoires non programmés souhaitent ce mode d'exercice de la régulation en dehors de la plateforme. Il est préconisé donc de laisser le libre choix au médecin régulateur ambulatoire et de donner la possibilité d'un **système mixte associant une présence physique** pour ceux d'entre eux qui le pourront **à cette régulation délocalisée** évoquée. Par contre, l'ensemble des autres personnels de réponse et de prise en charge doit être présent au sein de la plateforme SAS.

Recommandation n°3 Favoriser le développement de la régulation ambulatoire « déportée » assortie d'une démarche qualité et d'une charte d'utilisation et de bon usage validées et certifiées.

Afin de pouvoir offrir une réponse organisée et structurée, les acteurs de la plateforme SAS soins ambulatoires non programmés devront disposer (Cf. *supra*) d'un véritable catalogue. Le partenaire essentiel sera très probablement après une montée en charge programmée, les CPTS. **La plateforme territoriale SAS devra avoir une parfaite connaissance de l'offre de soins des différentes CPTS de son département si cet échelon territorial retenu est adapté, afin de pouvoir orienter les patients vers cette organisation pluri-professionnelle de santé organisée.**

⁶⁴ Selon les recommandations de bonne pratique de la HAS sur « les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale » mars 2011

Schéma 6 : Les circuits de réponse aux besoins de soins ambulatoires non programmés



Source : Mission SAS

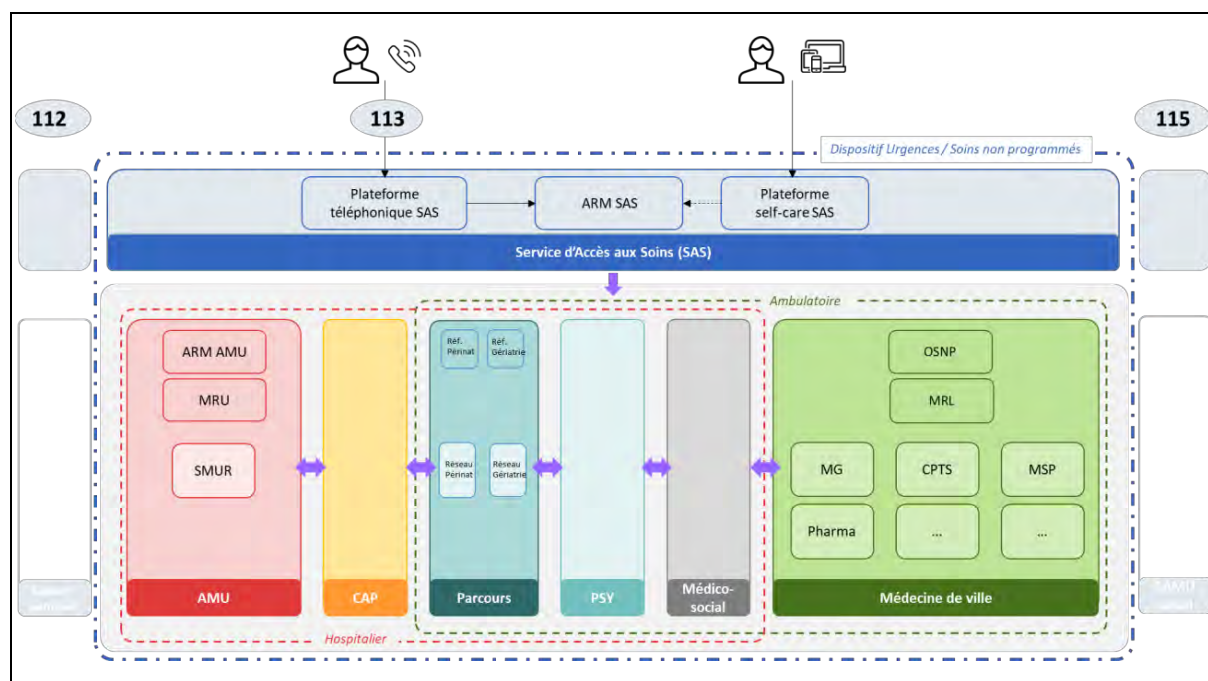
Cependant, il est également nécessaire pour le SAS de connaître en l'absence de CPTS, les autres dispositifs de réponse ambulatoire qui peuvent être des plages disponibles de consultations au sein de cabinets de praticiens libéraux ou de maisons pluridisciplinaires de santé, connaître également le dispositif de maisons médicales de garde, des centres de santé, mais également en associant les autres professionnels tels que les infirmiers, les kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens. Sur le principe des agendas partagés ou ouverts, il peut être proposé qu'une demande de consultation de soins non programmés ambulatoires soit directement accessible à partir du SAS et l'offrir ainsi à un patient.

La mission souligne les risques inhérents à l'utilisation d'outils numériques basés sur une réponse immédiate aux demandes de SNP, souvent favorisée par des structures professionnelles du SNP. Ces outils semblent moins structurants pour les territoires que l'utilisation d'agendas partagés impliquant une réorganisation pluri professionnelle globale des soins primaires.

Cependant, il convient encore une fois d'insister sur le fait que **ce dispositif ne doit en aucun cas devenir à la création du SAS, le seul recours à la médecine ambulatoire et la pédagogie d'accompagnement sera très importante et déterminante.**

En résumé, le schéma suivant présente la façon dont les plateformes SAS vont s'organiser :

Schéma 7 : La plateforme SAS et ses composantes



Source : ASIP/Mission

3.5.2 Le SAS : une éducation, une information et une orientation vers l'organisation territoriale de la réponse aux SNP

La réussite du SAS passe impérativement par **une éducation et une information** des usagers les enjoignant pour toute demande de SNP à contacter dans un premier temps leur médecin traitant ou ESP, dans un second temps le numéro de la CPTS s'il existe, enfin l'utilisation **de la plateforme numérique SAS** (application smartphone, site) et le numéro Santé (113) en cas d'absence de solution.

Afin de promouvoir ce schéma, la plateforme numérique aura un rôle primordial :

- Elle permettra de garder en favori les coordonnées de son MT (tel et agenda en ligne)
- Elle permettra de géolocaliser les organisations locales (CPTS) en charge de la réponse
- Elle permettra d'identifier les autres ressources médicales et para médicales.

Comme indiqué *Supra*, la plateforme téléphonique Santé ne se situe qu'en troisième rideau en journée.

En cas d'appel direct sur ce numéro, les OSNP pourront d'emblée transférer aux organisations locales (CPTS) le cas échéant, sans passer par le médecin régulateur ambulatoire.

Ainsi, **les CPTS garantes de l'organisation territoriale de la réponse aux SNP deviendront à terme, le pilier essentiel de cette réponse**, en bénéficiant d'une porte d'entrée téléphonique référencée et facile d'accès grâce à l'application mobile ou site internet du SAS.

Ce schéma qui à terme permettra de modéliser la réponse sur l'ensemble du territoire, ne doit pas occulter plusieurs réalités :

- La montée en charge des CPTS sur le territoire ainsi que leur degré d'implication dans l'organisation des SNP est très hétérogène ;
- La réponse aux demandes de SNP a été depuis quelques années totalement révolutionnée par l'avènement des agendas en ligne, permettant aux professionnels de santé de libérer le soir pour le lendemain des plages de consultations. Celles-ci sont plébiscitées par les usagers, rassurés par le fait de pouvoir obtenir une réponse.

Il est donc indispensable qu'en attendant la généralisation souhaitée des CPTS, le SAS puisse faciliter l'accès à ses plages de consultations :

- D'une part, en permettant grâce à l'application, de géolocaliser des médecins disposant de ces agendas en ligne et plages disponibles ;
- D'autre part, en permettant de réserver de créneaux à la plateforme téléphonique de régulation selon les besoins du territoire.

Pendant les périodes de PDSA, les CPTS enjoignent les patients à téléphoner au 113 : là encore, la mise à disposition des agendas en ligne pourra permettre de proposer le cas échéant une consultation avec un médecin le lendemain matin par exemple sur le territoire de l'utilisateur.

Ainsi, il apparaît clairement que la réponse à la demande de soins non programmés dépendra selon les horaires, les territoires et les degrés de maturité des CPTS par plusieurs interlocuteurs : médecin traitant, CPTS, autre médecin généraliste et régulation médicale ambulatoire en dernier recours. **Cette lecture de l'offre de réponse doit impérativement être simple pour l'utilisateur et passe donc par l'information, l'éducation, et les outils numériques adaptés.**

3.6 Un service en ligne, national, qui a pour cible d'offrir le même catalogue de ressources dans chaque territoire.

Ce site⁶⁵ issu du portail sante.fr, qui pourrait s'appeler **SAS.fr** ou **URGENCE SANTE.fr** s'appuiera sur les données de la CNAM et une évolution du répertoire opérationnel des ressources (ROR). Il sera disponible dès le mois de juin 2020, permettant à tout un chacun de le consulter sans avoir systématiquement recours à la plateforme santé, dès lors qu'il s'agit d'une volonté de recours à un soin non programmé ambulatoire, en dehors de l'urgence.

Ce site sera accessible grâce à une application pratique et intuitive, depuis une tablette ou un smartphone étant précisé que les associations de patients ont insisté sur l'absence de caractère socialement discriminant de cet outil, bien au contraire.

⁶⁵ La plateforme sante.fr, portail d'accès à l'information de référence pour le grand public, prévu par l'article 88 de la Loi de modernisation de notre système de santé, adoptée le 26 janvier 2016.

« Art. L. 1111-1-1. Un service public, placé sous la responsabilité du ministère chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. Les informations diffusées sont adaptées et accessibles aux personnes handicapées. Il est constitué avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des agences et des autorités compétentes dans le champ de la santé publique et des agences régionales de santé. »

Ce site disposera d'un **véritable catalogue** des différentes possibilités offertes, allant de la consultation non programmée de médecine générale, de maisons pluridisciplinaires de santé, de centres de soins, d'organisations de type CPTS, d'autres professionnels de santé tels que les kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les infirmières, et devra également présenter d'autres services comme des pharmacies ouvertes ou des pharmacies de garde. Ce site permettra également d'afficher les services hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés, avec des possibilités lorsque cela est le cas, de consultations spécialisées directes dans le strict respect du parcours de soin.

Le service d'accès aux soins repose donc sur trois grands principes, le premier déjà évoqué est celui du **guichet unique** ; le second est celui d'un **accès universel en ligne, un catalogue de ressources disponibles**, essentiellement dédié d'une part à la connaissance des soins non programmés ambulatoires mais également à une information à l'usage de la régulation médicale sur les éventuels épisodes de tensions intra-hospitalières. **Il repose également sur cette plateforme santé** qui va se déployer.

3.6.1 Une plateforme digitale grand public qui doit être conçue avec un accès direct des professionnels de santé

La plateforme digitale SAS basée sur les services déjà développés pour Santé.fr, a pour vocation première l'identification rapide des professionnels de santé disponibles autour du patient. L'objectif est d'intégrer progressivement les agendas mis à disposition par les différentes plateformes numériques pour professionnels de santé (PS) afin d'éclairer le patient dans sa recherche, de manière agnostique par rapport aux différents fournisseurs de ce service. **Le conventionnement avec ces fournisseurs est un préalable à la création de l'offre sur la plateforme. Leur valeur ajoutée est indéniable.** Pour exemple, Doctolib collabore actuellement avec 100 000 praticiens sur tout le territoire (45 % des spécialistes et 20 % des généralistes) et prévoit de couvrir 140 000 praticiens fin 2020 (55 % des spécialistes et 26 % des généralistes) et actuellement avec 2 000 établissements de santé, 40 millions de visites / mois et 28 millions de patients utilisateurs, 13 millions de rendez-vous pris dans les 24 heures chez un médecin généraliste sur les 12 derniers mois, 43 % des médecins généralistes présents sur Doctolib sont disponibles dans les 24h et 74 % d'entre eux ont déjà paramétré leur agenda pour recevoir des soins non programmés.

En complément de ce service d'identification des PS, des fiches pratiques sont mises à disposition pour accompagner l'utilisateur dans la démarche à suivre en cas d'urgence ressentie, les gestes simples de prise en charge par soi-même des problèmes de santé bénins, quand et comment faire recours à la médecine de proximité en cas de plus grande difficulté, ...

Les professionnels de santé pourront accéder à la plateforme digitale disponible pour le grand public, avec **la possibilité de modifier directement depuis le back office leurs informations de contact, leur description et de renseigner dans un premier temps le service de gestion de rendez-vous** auquel ils sont abonnés. Ils pourront accéder au temps d'attente aux urgences, donnée mise à disposition uniquement pour les professionnels de santé. Cette plateforme devra fortement associer les différents acteurs de l'offre de soins.

3.6.2 Une nécessaire adaptation aux réalités territoriales qui doit s'inscrire dans la modernité et la promotion de la e-santé

La télémédecine va incontestablement se développer. On peut imaginer les principes à plusieurs niveaux :

- Lors d'un appel d'un patient ou de son environnement, la visualisation directe de celui-ci par le médecin régulateur du SAS d'une part dans le cadre de l'aide médicale urgente mais également dans le cadre des soins non programmés ambulatoires. Il s'agirait là d'une consultation vidéo permettant d'apporter une réponse plus affinée à une situation de demande de soins non programmés.
- A côté de cet appel vidéo entre le patient ou son entourage et le médecin régulateur, la téléconsultation devra être développée entre professionnels de santé dès lors qu'il est difficile d'avoir un accès à un médecin de proximité dans des délais raisonnables. Les échanges avec les pharmaciens et les infirmiers ont été en ce sens très riches d'enseignement. Celle-ci ne doit se faire que dans le cadre d'une organisation mise en place et validée par les acteurs du champs ambulatoire (CPTS etc.). Ce recours aux téléconsultations est réalisé dans certaines situations dérogatoires au parcours de soins coordonné notamment pour un patient sans médecin traitant ou lorsque celui-ci est indisponible dans le cadre d'une organisation territoriale de téléconsultation qui devra organiser une réponse en télémédecine « de manière coordonnée ».

Il existe aujourd'hui des dispositifs de téléconsultation ou télémédecine qui vont bien au-delà de la simple transmission vidéo permettant l'auscultation à distance, la réalisation d'électrocardiogrammes à distance, assurant un examen clinique de première orientation de qualité.

Il pourrait être envisagé par exemple un partenariat avec des pharmaciens qui disposeraient de ces outils intégrés de téléconsultation. Dès lors qu'un patient est à distance d'un médecin de proximité ou d'une structure organisée de soins non programmés ambulatoires, il s'orientera vers ce pharmacien qu'il sait disponible, le lien pourrait être fait entre cette unité de téléconsultation et le médecin du SAS. Une réponse à plusieurs niveaux peut être envisagée, soit par les médecins de la CPTS si les ressources sont suffisantes, par des médecins du territoire sollicité par le SAS ou des médecins extra territoriaux en cas de contractualisation formelle par les CPTS avec des plateformes déportées.

Ce dispositif a également retenu toute l'attention des représentants des professions infirmières audités par l'équipe projet.

Le volet télémédecine sera incontestablement une valeur ajoutée au SAS et est appelé à se développer. Il convient de l'organiser mais également très probablement de l'enseigner et de l'évaluer.

Recommandation n°4 Organiser une réponse en télémédecine « de manière coordonnée » pour le recours aux téléconsultations dans certaines situations dérogatoires au parcours de soins coordonné notamment pour un patient sans médecin traitant ou lorsque celui-ci est indisponible dans le cadre d'une organisation territoriale.

Les évolutions technologiques seront un facteur de succès à la mise en œuvre du SAS. Le premier point est bien entendu l'organisation en soi de la plateforme et des possibilités de réponse du bandeau unique devant faire appel à la santé digitale : intelligence artificielle, reconnaissance vocale, intégration automatisée de bilans, téléconférence, visioconférence avec le patient, téléconsultations

multi-partenariales, dossier médical partagé, etc... Il s'agira d'assurer par les mêmes outils techniques, de travailler avec un SI interactif, progressif avec des jalons à côté du bandeau.

La mission tient à souligner qu'en dehors du principe retenu de portail unique et de « *front office* », un certain nombre de facteurs clés de succès se dessinent : d'une part, ressources humaines médicales et non médicales, partenariat pluri-professionnel entre professionnels de santé, technologie de la e-santé en plein développement appliquée aux soins non programmés, réception des signaux des objets de santé connectés, cartographie précise de l'offre de soins territoriale disponible (SAS.fr), d'autre part.

Recommandation n°5 Inscrire le déploiement du bandeau téléphonique du SAS dans la promotion de la e-santé selon un cahier des charges à définir en rapport avec les objectifs du pacte de refondation des urgences

Ceci relève d'un cahier des charges qu'il convient de définir. Les solutions industrielles existent. Plusieurs d'entre elles aujourd'hui sont particulièrement performantes et très rapidement opérationnelles. La mission estime que doivent être évoquées et envisagées toutes les possibilités de partenariat public / privé afin d'incrémenter les solutions existantes, d'offrir une réponse homogène sur l'ensemble du territoire national dans des délais qui sont aujourd'hui contraints. Le travail réalisé avec la délégation ministérielle du numérique en santé, la DGOS, le SGMCAS et l'ASIP est déterminant dans la définition de l'architecture technique qui permettra de répondre aux enjeux du SAS.

3.7 La réussite de la mise en œuvre du SAS impose une gouvernance territoriale ville-hôpital structurée et basée sur nouvelle approche fédérative des acteurs

Le SAS dans sa gouvernance doit être une réelle opportunité en offrant le « modèle » des nouvelles relations ville / hôpital. **Il s'agit en même temps d'un dispositif libéral et d'un dispositif hospitalier** et avant tout d'un dispositif rompant avec les dogmatismes qui ont pu être source d'un certain nombre de malentendus.

Le SAS devra donc être « co-gouverné » à la fois par la partie aide médicale urgente et donc hospitalière mais également par la partie soins ambulatoires non programmés donc libérale. La mission insiste sur cette **co-gouvernance, cogestion, co-évaluation**, qui s'appuiera sur un comité de pilotage, sur un comité médical dont il faut définir les contenus, mais qui devra cependant être garante d'une souplesse permettant en permanence de s'adapter.

Il s'agit bien de mettre en œuvre le décloisonnement ville/hôpital et de favoriser la mise en réseau des acteurs. **La co-gouvernance est fondamentale pour définir et évaluer le « front office » et l'articulation des deux champs ambulatoires et AMU.** En revanche, **l'organisation de l'AMU doit relever de la responsabilité du secteur hospitalier et l'organisation des soins ambulatoires non programmés du secteur ambulatoire.**

Les Agences Régionales de Santé auront ici un rôle de conseil et d'accompagnement indispensable.

Ceci se traduit obligatoirement par un niveau de confiance de cette nouvelle offre de soins reposant sur un guichet unique, par l'abandon d'un certain nombre de numéros de téléphone : le 15 devra disparaître au profit du numéro unique santé, le 116 117⁶⁶ ou les numéros de téléphone dédiés à la permanence de soins ambulatoires devront également disparaître au profit du numéro unique santé.

⁶⁶ ENQUÊTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS

La gouvernance du SAS sera territoriale, très probablement départementale, mais elle devra cependant donner lieu à une instruction nationale. Au sein de cette gouvernance devront être associés les autres partenaires que seront les CPTS et éventuellement d'autres structures de soins non programmés n'appartenant pas aux CPTS.

Les conditions de réussite de la mise en place du SAS sont exigeantes :

Quels sont les objectifs communs partagés entre AMU et médecine ambulatoire au niveau de la gouvernance du SAS ?

- Mettre en œuvre une démarche qualité commune : assurance qualité qui devra être cogérée et non pas imposée par les SAMU ou les CH
- Construire un plan de formation pour le « *front office* » intégrant le volet SNPA
- Etablir le règlement intérieur de la structure qui s'appuie sur les règles de bonnes pratiques (régulation médicale, télémedecine ...)
- Valider des protocoles communs s'appuyant sur les recommandations professionnelles et les sociétés savantes

Les schémas organisationnels cibles, tant pour la régulation AMU que SNPA, doivent être construits sur la base d'un projet médical commun et concerté pour le territoire concerné. Le projet médical doit se structurer autour d'objectifs à atteindre en termes de qualité de prise en charge des patients, pour un périmètre géographique et populationnel préalablement défini, tout en décrivant les modalités organisationnelles adoptées pour atteindre lesdits objectifs. Le projet médical constitue le socle du projet d'articulation territorial des SAS ;

L'évaluation du dispositif doit permettre de mesurer l'atteinte des objectifs recherchés et les éventuelles sources d'amélioration ;

S'agissant de la structuration de la co-gouvernance, la mission recommande :

- Un **comité médical** (coordination opérationnelle) : 2 responsables (1 médecin urgentiste hospitalier pour l'AMU et 1 médecin généraliste libéral pour la médecine ambulatoire)
+/- Intégration possible d'autres acteurs (cadre supérieur de santé ou cadre de santé, superviseurs) aux choix des partenaires.
- Un **comité de pilotage** : plus ouvert, plus de représentants professionnels intégrés
Volet AMU : Chef de service AMU, cadre supérieur de santé ou cadre de santé, directeur du CH ou son représentant, 1 médecin représentant des urgences/SMUR du département, 1 représentant de la FHF (5 personnes)

Volet médecine ambulatoire : 1 médecin chef du volet SNPA, 1 représentant de l'URPS, 1 membre du conseil de l'Ordre, 1 représentant des MSP etc..., 1 représentants des CPTS

1 représentant des usagers

1 représentant du SDIS

AMBULATOIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALEAU 31 DÉCEMBRE 2018

Sur le 116-117 :

- En dehors des 3 régions pilotes (Normandie, Corse et Pays-de-la-Loire) 32% des CDOM ont déclaré être favorables à la mise en place du 116-117 ;
- Selon l'enquête auprès des médecins généralistes sur la PDSA, ELABE, 2019, 43% des médecins assurant des gardes considèrent que la création d'un numéro unique n'incluant pas l'AMU et les urgences hospitalières serait efficace pour améliorer le fonctionnement de la PDSA et 40% qu'elle serait inefficace

Recommandation n°6 Élaborer une instruction déterminant et garantissant les modalités de cogestion et copilotage des plateformes territoriales SAS et clarifiant les champs de responsabilité de chacun des acteurs ambulatoire et hospitalier

La mission préconise d'intégrer le SAS au sein du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS)⁶⁷ qui doit évoluer dans ses missions et qui serait chargé de piloter et d'évaluer l'organisation départementale de la continuité et de la permanence des soins. Il sera destinataire des données de santé recueillies par les systèmes d'information du numéro santé unique, des organisations territoriales libérales et de l'AMU.

Recommandation n°7 Modifier les articles R. 6313-1 et R. 6313-1-1 du code de la santé publique afin de veiller à l'organisation et l'évaluation de la continuité et de la permanence des soins

3.8 La Délégation du Numérique en Santé du ministère des solidarités et de la santé et l'ASIP Santé peuvent concevoir et déployer le SAS numérique tout en respectant le cadre éthique et réglementaire de la santé défini dans la doctrine du numérique en santé

La mission a mené des séances de travail avec la délégation au numérique, la DGOS et l'ASIP pour s'assurer des capacités à mener ce projet national ambitieux et à forts enjeux. Le SAS est avant tout un dispositif organisationnel, doublé d'un dispositif technologique et applicatif. Concernant, ce dernier volet, il apparaît indispensable de capitaliser sur les initiatives actuelles afin de garantir une mise en œuvre rapide tout en assurant une bonne gestion des fonds publics. Le SAS tel que proposé par la DNS et l'ASIP Santé, s'appuie sur des expertises et des composants existants et mis à l'état de l'art, partageant déjà un périmètre commun avec le SAS, tant sur la finalité et services offerts que sur les acteurs ciblés :

- Santé.fr, portail grand public, disponible sur site web et applications mobiles, site de référence national garantissant l'accès gratuit et le plus large possible à l'information sur la santé et l'offre de soins pour l'usager,
- L'expertise en téléphonie développée par l'ASIP Santé dans le cadre de la mise en place du 116 117 ainsi que sur le programme SI-SAMU,
- Le ROR, RPPS, ADELI, AMELI, FINESS, CNSA ... qui ont pour finalité de décrire l'offre de santé sur l'ensemble des champs, sanitaire et médico-social. Référentiels piliers de l'offre de santé dans la doctrine du numérique en santé, en cours de concertation, ils alimenteront les applications et portail d'orientation, régulation, coordination et information de l'usager.

La mission tient à souligner que la CNAM tient une place importante dans le dispositif du fait des données dont elle dispose sur l'ambulatoire. Dans le champ conventionnel, les délégués de l'assurance maladie (DAM) participent à la récolte de données provenant en particuliers des déclarations des médecins libéraux sur AMELIpro concernant les indicateurs pour la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Dans ce cadre, le forfait structure 2019 prévoit notamment l'affichage des horaires du cabinet dans un annuaire santé, l'implication dans des démarches de prise en charge coordonnée, et les services offerts aux patients. Deux nouveaux indicateurs portent sur les

⁶⁷ Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

équipements permettant la réalisation de téléconsultations : acquisition d'un équipement ou abonnement payant à une solution pour réaliser des téléconsultations avec télétransmission sécurisée...

Dans le respect des grands principes de la doctrine du virage du numérique en santé, et face aux enjeux d'accès à l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et de protection des données des usagers, la gestion et le pilotage du SAS doivent être confiés à des acteurs publics. Loin de s'opposer à l'écosystème privé, la DNS et l'ASIP Santé intégreront les services privés à valeur ajoutée pour le SAS.

En particulier, le conventionnement avec les opérateurs du service de prise de rendez-vous en ligne (Allodocteur, Docavenue, Doctolib, KelDoc ...) pourra permettre d'assurer cette offre sur la plateforme et de sécuriser le calendrier tout en respectant la pluralité des acteurs, le principe d'égalité de traitement pour les professionnels et la gratuité pour l'utilisateur.

Par ailleurs, afin d'assurer une description de l'offre la plus adaptée aux usages des citoyens, le SAS pourra compléter le contrat d'interface « prise de rendez-vous » établi avec les prestataires de service avec un volet dédié à la taxonomie pour récupérer la donnée de description de l'offre déjà disponible auprès des services. Parallèlement, une fonctionnalité d'accès directe au back office pour les professionnels permettra l'enrichissement et la mise à jour des données les concernant.

Il s'agit de diversifier l'offre, de s'appuyer sur les nouveaux outils mais également de déployer des actions à destination des personnes ayant des besoins spécifiques, des publics fragiles, d'éduquer la population au bon usage du système.

Il s'agit également d'harmoniser la proposition de l'offre sur les territoires et de la sécuriser dans le cadre commun du service public afin qu'aucune modification de l'organisation ne puisse priver les citoyens du service dans le futur.

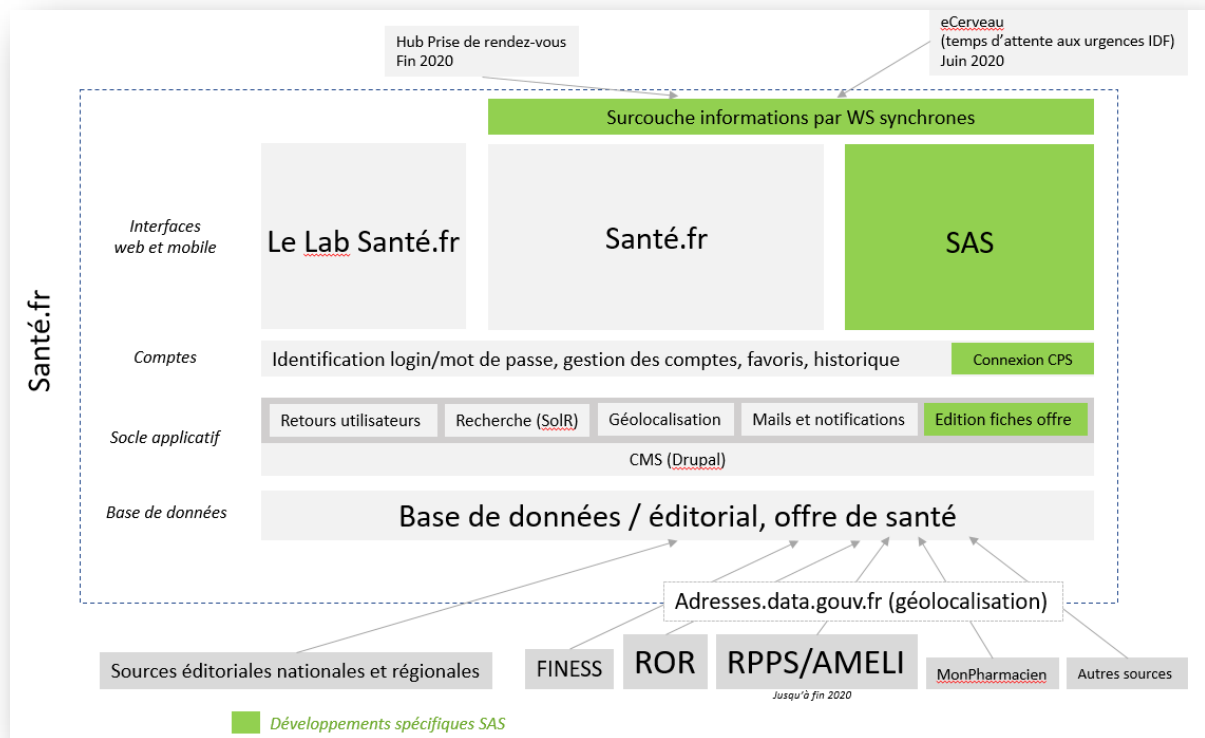
Un enjeu également essentiel du service est celui de la protection des données des usagers. Dans la perspective d'un développement technologique évoluant à un rythme accéléré, il est essentiel de **garantir la confidentialité, la protection des données des usagers et l'accès gratuit et équitable au système de soins**. Pour cela, la mission estime que malgré l'intérêt assuré de s'appuyer sur des offres de service à valeur ajoutée, il demeure essentiel de **préserver le pilotage et la gestion du service par des acteurs publics**.

Cette orientation est cohérente avec les grands principes de la doctrine du virage du numérique en santé qui prône le rôle de l'État socle en lien avec les services privés à valeur ajoutée ainsi qu'avec l'art. L. 1111-13-1.-II du code de la santé publique⁶⁸.

Recommandation n°8 Favoriser le partenariat avec les offreurs de service à valeur ajoutée pour le SAS tout en garantissant la confidentialité et la protection des données des usagers.

⁶⁸ Modifié par la Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Schéma 8 : Architecture de la plateforme digitale



Source : ASIP/DNS

Ainsi, les fonctionnalités attendues par le SAS peuvent d'ores et déjà s'appuyer sur les services existant dans Santé.fr :

- La recherche et la présentation de l'offre éditoriale,
- L'annuaire géolocalisé, alimenté par des nombreuses bases de données nationales et régionales (entre autres, FINESS, RPPS, AMELI, le ROR, MonPharmacien, l'annuaire des Ehpad de la CNSA, etc...)
- La géolocalisation
- Les retours utilisateurs (satisfaction, feedbacks, signalements),
- Les mails et les notifications (via le compte ou en push sur mobile),
- La gestion des comptes, les favoris, l'historique de consultation, etc...

Certaines fonctionnalités feront en revanche l'objet de développements spécifiques :

- Enrichissement et mise en exergue de l'offre de soins non programmés sur le volet géolocalisé (CPTS, ESP, professionnels libéraux, pharmacies de garde, accueil de soins en urgence, permanence de soins ambulatoire, etc...).
- Edition de leurs données directement par les professionnels dans le back-office
- Prise de rendez-vous par renvoi vers les services de prise de rendez-vous (accès à la disponibilité, accès aux agendas)

- Recherche et consultation de contenus d'éducation au bon recours aux urgences, aux bons gestes, à l'orientation dans le système de soins.
- Consultation et réception de contenus spécifiques liés au lieu de résidence de l'utilisateur en lien avec les agences régionales de santé.
- Accès au service en langue étrangère (arabe, anglais...).
- La connexion par carte CPS, qui permettra au professionnel d'éditer les données présentées sur sa/ses fiche(s),
- L'ensemble de connecteurs à des web services synchrones permettant d'afficher, dans les résultats de recherche et dans les fiches des informations provenant de sources tierces (temps d'attente aux urgences, disponibilité/calendrier de prise de rendez-vous, agendas partagés...).

Ce scénario est guidé par l'obligation de résultats et s'écarte de la stratégie portée pour le ROR dans l'objectif d'améliorer drastiquement le service rendu dans un calendrier resserré.

3.9 La plateforme téléphonique SAS : un déploiement progressif de la solution cible, nécessitant des conditions adéquates de sécurité et une vigilance sur les plans organisationnel, juridique et technique

La mission a mené des séances de travail, avec les mêmes acteurs, DGOS, DNS et ASIP chargée du projet SI-SAMU afin d'étudier les différentes possibilités pour atteindre l'objectif cible d'une plateforme téléphonique nationale (dite téléphonie avancée ou bandeau téléphonique SAS) facilitant la gestion et le transfert des appels entre acteurs, notamment pour la régulation à distance, permettant aussi le débordement et l'entraide et dotée d'un système national de gestion (logiciel national de régulation médicale SAS).

La mise en place de la plateforme téléphonique SAS peut comporter 4 volets :

- **L'acheminement des appels 113,**
- Une **solution de téléphonie avancée dédiée 113** (bandeau SAS),
- Un **logiciel de régulation médicale (LRM)**, permettant notamment de renseigner les informations sur l'appelant : nom, contact et motifs de l'appel, ...
- Un **service de statistiques homogènes sur les flux d'appels téléphoniques** (via l'OTN, le service d'opérateur télécom national) offrant un 1^{er} niveau d'entraide entre plate formes.

Mettre en place l'acheminement du 113 dans les différentes plateformes SAS est un projet technique analogue à celui lors de la mise en place du 116 117 réalisé par l'ASIP Santé en 2017-2018. Cette mise en place au travers des infrastructures techniques actuelles des SAMU est réalisable dans un délai d'une année et demi.

Cet acheminement peut être réalisé avec un démarrage du SAS sur tout le territoire national, pour permettre une communication claire et lisible au grand public notamment. Néanmoins pour juin 2020, seule une dizaine de plateformes SAS pilotes pourra être adaptée au niveau de son organisation interne et de sa téléphonie avancée. Pour les SAMU ne faisant pas partie des pilotes, les appels téléphoniques SAS seront acheminés vers un numéro préexistant du SAMU (15 ou le 116 117) et leur traitement se fera de manière analogue au traitement actuellement en vigueur.

Pour les autres plateformes SAS dont la téléphonie n'aura pas été adaptée, le numéro unique santé arrivera sur le 116 117⁶⁹. Néanmoins cette mise en place présente l'inconvénient de ne pas permettre aux opérateurs de pouvoir distinguer quel numéro l'utilisateur a composé pour joindre la plateforme SAS. Il ne sera donc pas possible de différencier les volumes d'appels du 113 versus le 15 ou le 116 117 suivant le choix fait par la plateforme SAS. Pendant cette période temporaire, le SAMU conserve son bandeau téléphonique actuel et son logiciel de régulation médicale.

Si les téléphonies locales permettent d'assurer l'acheminement des appels du SAS, ces mises en place restent artisanales et non optimales en termes de conduite du processus opérationnel et elles ne permettent notamment pas de réaliser de l'entraide entre sites et donc de permettre d'atteindre les objectifs de qualité que se fixe le SAS.

Pour exemple, certains points restent à expertiser, telle que la question de la remontée de l'information de disponibilité du médecin régulateur ambulatoire en « temps réel » pendant la plage de présence de régulation à distance par collecte automatisée (solution technique à identifier, implique un lien avec l'opérateur de téléphonie) du statut occupation/disponibilité de la ligne téléphonique.

Ainsi, l'opérateur de soins non programmés (OSNP) n'aura pas la lisibilité requise au statut de disponibilité/occupation du médecin régulateur ambulatoire pendant cette plage de régulation à distance. Par ailleurs, il n'y a pas d'interconnexion possible entre le LRM AMU et le LRM du médecin libéral (pas de transmission de données possible).

En l'absence d'outils adaptés, la médecine ambulatoire n'aura de possibilité que d'opter dans un premier temps pour une régulation depuis la plateforme, plus sécurisante.

En effet, le SAS se fixe des **objectifs de qualité ambitieux**. L'organisation de ce « *front office* » doit répondre aux exigences des centres d'appels modernes. SAMU-Urgences de France estime que les indicateurs suivants sont nécessaires :

- Taux de charge (TC) des ARM « SAS » à 60 % du fait de la virtualisation de la distribution téléphonique ;
- Taux d'accueil (TA) des appels entrants égal 99,95 % (nombre d'appels décrochés / (nombre d'appels entrants - nombre d'appels abandonnés) ;
- Taux de décroché sous 15 secondes (Qs15) à 90 % des appels⁷⁰ ;
- Taux de décroché sous 30 secondes (Qs30) à 99 % des appels⁷¹.

Pour assurer ces objectifs, il est nécessaire que les SAS intègrent un réseau professionnel et organisent leur « *front office* » en facilitant l'accès du patient grâce à l'entraide entre les SAS voisins. Pour assurer l'entraide entre plateformes SAS, à minima un système de téléphonie national commun entre les différentes plateformes SAS doit être mis en place pour permettre de rendre opérationnels les mécanismes de débordement d'une plateforme SAS sur d'autres. Ces mécanismes peuvent prendre toutes les formes organisationnelles attendues par le métier (entraide et articulation

⁶⁹ Canal qui permet de suivre les volumes d'appels arrivant respectivement sur le 113 et sur le 15 (le 116 117 n'étant pas utilisé hors régions expérimentatrices)

⁷⁰ Hors appels raccrochés dans les 15 secondes

⁷¹ Idem

nocturne mais aussi des logiques de débordement manuel ou automatique sur un SAMU ou plusieurs).

Recommandation n°9 Envisager un système de téléphonie national commun entre les différentes plateformes SAS pour permettre de rendre opérationnels les mécanismes de débordement d'une plateforme SAS, pour assurer l'entraide entre plateformes SAS

Sur les fonctionnements de coopération et d'entraide entre plateformes SAS, cinq scénarios ont été envisagés et analysés et permettent d'atteindre pour quatre d'entre-deux, les objectifs de taux de décroché sous 30 secondes à 99 % des appels. Ils présentent en revanche des plannings de mise en place très différents. Une étude complémentaire sera notamment prévue dans le cadre du programme SI-SAMU pour élaborer la solution outre-mer dont le déploiement n'est prévu aujourd'hui qu'à partir de 2024.

Concernant la régulation « déportée », les scénarios adressent différemment cette thématique clé pour le programme SAS. Dans les cas où il y a capitalisation sur le SI-SAMU, il est possible de s'appuyer sur la mise en œuvre de la régulation « déportée » qui est une priorité aussi pour le programme SI-SAMU qui prévoit de construire dès la fin de la première version complète (V1R01A, prévue par le programme SI-SAMU fin 2020) les deux outils nécessaires à une régulation à distance l'outil LRM et le bandeau téléphonique. Toutefois, il y aura lieu de vérifier que la possibilité de généralisation de la régulation déportée ambulatoire soit bien prise en compte dans le projet SI-SAMU.

Seuls les scénarios offrant une téléphonie partagée par les SAMU sont en capacité d'atteindre les objectifs de qualité de service fixés pour le SAS. Parmi les scénarios envisagés, seul le scénario où le SI-SAMU continue sa progression « Capitalisation sur les briques applicatives et téléphoniques du SI-SAMU », induirait une augmentation du niveau de risque pour le programme SI-SAMU.

Les scénarios 1 et 3 sont les plus pertinents d'un point de vue économique. Ils répondent cependant à des ambitions et contraintes fondamentalement différents :

- Le scénario 1 : Pas de mise en place d'une plateforme de téléphonie nationale pour les plateformes SAS :

Des évolutions des solutions locales sont nécessaires. La téléphonie reste basée sur la version des outils déployés à juin 2020 dans les SAMU (extension des outils de téléphonie existants dans les SAMU). Des évolutions sont demandées aux éditeurs sur les outils pour répondre aux besoins des structures SAS tant sur les volets téléphoniques qu'applicatifs. En revanche, une implémentation des téléphonies SAS avec les téléphonies locales actuelles des SAMU ne permettra pas d'atteindre les objectifs de décroché (QoS) de 99 % à 30 secondes du SAS. Il repose donc sur la mise à niveau des téléphonies locales, ne facilite donc pas l'entraide et l'articulation inter-SAS, ni ne permet la régulation « déportée ». Par ailleurs, il est fortement dépendant de discussions de chaque SAMU avec l'éditeur de sa solution, ce qui peut être vu comme un risque dans la réussite de la mise en œuvre du SAS.

- Le scénario 4 : Modification du programme SI-SAMU en l'état et pour se focaliser exclusivement sur le SAS. Le bandeau (qui fonctionne) est adapté pour répondre aux besoins des structures SAS.
- Le scénario 3 : Capitalisation sur les briques applicatives et téléphoniques du SI-SAMU compte tenu de la continuité du programme SI-SAMU.

Cependant, **la mission propose de retenir le scénario 3 de capitalisation sur la brique téléphonique de SI-SAMU** car les autres scénarios nécessitent de repasser des marchés adaptés pour la construction du SAS (délai nécessaire à la passation des marchés et à la relance de la construction (1 an pour les marchés, 1 an pour la construction du bandeau et de la LRMv1, déploiements entre 2 et 4 ans à partir de T0) ou d'élaborer des spécifications à l'attention des opérateurs en place (Scénario1) pour organiser l'entraide et l'échange de données (cahier des charges national) avec un délai de mise en conformité qui n'est pas compatible avec les objectifs du pacte de refondation des urgences. Toutefois le scénario tenant compte de l'éventuelle modification du programme SI-SAMU en l'état pour se focaliser exclusivement sur le SAS est pris en compte dans l'étude de l'impact financier du SAS. Le bandeau en cours de validation est adapté pour répondre aux besoins des structures SAS.

Ce scénario 3 répond à l'ensemble de l'ambition SAS d'optimisation de la régulation et permet structurellement d'évoluer vers la régulation « déportée ». Comme le scénario 1, il favorise les échanges entre le SAS et les SAMU. Ces avantages, liés à l'unification des systèmes, le rendent par contre totalement lié au développement du programme SI-SAMU (concentration des risques intrinsèquement liée à la mutualisation).

Les développements supplémentaires consisteraient d'une part à adapter le bandeau SI-SAMU avec des fonctionnalités du bandeau SAS et d'autre part de développer les écrans spécifiques pour les nouveaux rôles au sein des plateformes SAS (ARM SAS et OSNP). Le bandeau du SI-SAMU ne permet pas actuellement la régulation « déportée » et ne sera disponible que dans la première version. En termes de volume, ces développements sont faibles car le bandeau SI-SAMU permet via un paramétrage et un petit développement son adaptation.

En ce qui concerne les écrans pour l'ARM SAS et l'OSNP, les outils de régulation médicale de ces deux fonctions sont faciles à produire en déclinaison des écrans de l'ARM et des médecins de régulation. L'ensemble de ces développements seraient ajoutés aux développements à conduire sur l'année 2020 venant alourdir la construction de la première version mais dans des proportions faibles. Néanmoins même si ce développement est relativement faible, il ne pourra pas se faire sans altérer la trajectoire de construction prévue.

En termes de déploiement, il serait judicieux d'assurer une mise en œuvre identique avec celle du SI-SAMU en déployant simultanément les fonctionnalités SAS. Il est néanmoins prévisible que la logique de déploiement du SAS s'implémente dans une logique différente de celle du SAMU, en équipant d'abord les grandes plateformes SAS pour assurer autant que possible l'atteinte rapide du désengorgement des urgences. Il est à noter que le programme SI-SAMU est au début de son déploiement avec le SAMU de Mulhouse en 2020 et n'aura pas encore industrialisé ces processus à ce moment pour en faire bénéficier le programme SAS. **Une stratégie de déploiement devra être affinée et arrêtée.**

Analyse du risque de planning : Même si les développements à réaliser sont relativement faibles, le fait de réaliser le scénario retenu induirait que le programme SI-SAMU ne pourrait plus se dérouler comme il a été prévu car sa trajectoire de construction et de déploiement devrait être revue. Il est à préciser que l'atteinte du jalon « mise en service du bandeau téléphonique à Mulhouse » ne démontre pas à ce stade la capacité du programme à déployer de façon industrielle ce composant dans les 100 autres SAMU. Le déploiement du bandeau téléphonique et du logiciel de régulation médicale (LRM) dans les SAMU, dans le cadre du programme SI-SAMU, s'appuie sur un temps long (estimé à 18 mois de préparation avec chaque SAMU). Ce délai pourrait sans doute être réduit mais le déploiement

d'équipements dans chaque site impose un délai incompressible (à identifier par l'ASIP en relation avec ses industriels et les informaticiens des établissements de santé concernés).

Analyse du risque financier : Le risque financier doit être évalué plus précisément. Même si la quantité de développement est faible et que le programme SAS qui capitalise sur le SI-SAMU prendrait à sa charge les coûts supplémentaires, il est possible que les industriels revisitent leur prétention sur le programme SI-SAMU. Enfin, en termes de budget global la réutilisation du bandeau SI-SAMU pour faire le bandeau SAS serait extrêmement positif au lieu de procéder à une création spécifique dont les coûts sont très importants.

Analyse du risque juridique sur les marchés : Sur la partie logiciel, la prise en compte de ce nouveau périmètre de développement n'est pas conséquente et le fait que la thématique soit proche des SAMU rend envisageable la mise en place d'un avenant permettant d'intégrer ce nouveau périmètre. Sur la partie téléphonique, les volumes traités et le fonctionnement opérationnel par les marchés de télécommunication sont similaires laissant penser un impact marché qui ne soit pas conséquent. Les marchés publics sont adaptés au programme SI-SAMU : la faisabilité juridique de faire porter par ces marchés, les adaptations nécessaires pour le SAS doit être vérifiée. Une analyse de risque juridique doit donc être conduite pour confirmer définitivement ce point.

Recommandation n°10 Sécuriser le scénario de capitalisation sur le bandeau téléphonique de SI-SAMU pour la construction du SI-SAS en évaluant plus finement les risques induits

3.10 Un cadrage et un suivi national sont indispensables à la mise en œuvre d'un SAS qui réponde aux objectifs fixés

3.10.1 La mise en place d'un comité national de suivi constitue un premier vecteur structurant du cadrage du SAS.

La mise en œuvre du service d'accès aux soins nécessitera un suivi pendant toute la durée de sa montée en charge et de son déploiement à l'ensemble des plateformes. La mission propose que chaque trimestre, un comité de suivi national rassemblant tous les acteurs concernés se réunisse pour s'assurer de la mise en œuvre du service d'accès aux soins dans les territoires et en analyser les résultats. Il sera chargé aussi d'identifier les difficultés et les freins rencontrés sur le terrain. Les acteurs régionaux seront force de proposition auprès du comité de suivi national pour l'adaptation éventuelle du plan de déploiement et de ses principales mesures.

Le comité de suivi national veillera au déploiement du service d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, à la communication nationale sur le bon usage du système de soins par la population et au déploiement des systèmes d'information permettant d'exploiter les données de santé issues de l'activité de soins, en urgence comme en continuité des soins. Il assurera l'évaluation nationale du SAS et proposera des adaptations éventuelles.

3.10.2 Un pilotage opérationnel rapproché doit s'assurer du respect de la mise en œuvre du service d'accès aux soins

Ce pilotage opérationnel doit permettre un suivi tant du point de vue de l'objectif de développement de la plateforme digitale que du bandeau téléphonique. **Ce pilotage opérationnel doit également s'assurer que chaque étape du projet est maîtrisée tant sur le fond** que sur les délais prévus. Il conviendra notamment d'assurer le suivi de la réalisation des actions mentionnées dans ce rapport et récapitulant les étapes à mettre en place.

La mission propose que, la coordination du projet pour les différentes directions des ministères sociaux en lien avec une maîtrise d'ouvrage déléguée à l'ASIP Santé soit assurée par le SGMCAS, chaque direction restant compétente dans son champ.

Un chef de projet devra être désigné et assurera également une coordination avec la CNAM.

Ce pilotage suppose des points d'étape réguliers sur l'avancement des différents chantiers nécessaires à la mise en œuvre du service d'accès aux soins. Le projet SAS est un projet stratégique complexe avec un objectif de déploiement à l'ensemble du territoire dès juin 2020. La conduite du projet implique de nombreux acteurs publics et privés à tous les niveaux, ce qui génère une complexité importante.

Les acteurs institutionnels, la DGOS, la CNAM, les ARS pour animer la collecte des données de l'offre de soins nationale, régionale et locale, les collectivités territoriales, les représentants des professionnels de santé : syndicats, ordres, URPS, les associations de patients, les établissements de santé, notamment les DSI pour la téléphonie et la saisie des données du ROR, l'ARCEP, le CCED, les opérateurs télécom, les offreurs de services de gestion des rendez-vous des professionnels, la communauté métier SAS (ARM, MRA, MRU) en capitalisant sur le programme SI-SAMU tant au niveau des spécifications déjà produites que la mécanique de production des spécifications fonctionnelles devront être particulièrement mobilisés durant la montée en charge du projet.

L'expertise, la coordination et la rapidité de validation sont clés afin de sécuriser l'avancement du projet compte tenu de sa complexité inhérente et de l'engagement de la ministre. Pour cela, une implication forte de la DGOS, de la DNS et de la CNAM est essentielle pour assurer un pilotage fort, en lien avec une maîtrise d'ouvrage déléguée à l'ASIP Santé.

La gouvernance, structurée dès le démarrage du projet, doit permettre à la fois un suivi du projet sur le long terme et une concertation de l'ensemble des parties prenantes (professionnels des SAMU, direction des établissements sièges, médecins régulateurs PDSA, Préfets, SDIS, élus locaux, etc.).

Recommandation n°11 Mettre en place un cadrage et un suivi de la mise en œuvre du service d'accès aux soins de sa conception et à son déploiement

3.10.2.1 Un cadrage et un suivi sont indispensables à la mise en œuvre d'un service d'accès aux soins qui réponde aux objectifs de qualité

Le SAS, tant sur le volet plateforme digitale que sur le volet plateforme téléphonique, s'appuie sur les données de l'offre de santé pour assurer l'information et l'orientation des personnes. L'enjeu de qualité des données des référentiels de la e-santé est majeur pour garantir la qualité des informations fournies et des prises en charges subséquentes. Ainsi, pour assurer le niveau de qualité attendue, un renforcement des dispositifs qualité sur les référentiels nationaux doit être mis en œuvre au niveau national :

- La mise en place d'une cellule CNAM, DGOS, DNS de mise en qualité transverse aux référentiels nationaux (RPPS / ADELI / AMELI, FINESS, ROR) : cette cellule se chargera de traiter toutes les difficultés et anomalies rencontrées sur les données, en lien avec les acteurs en charge de ces référentiels ; il s'agira notamment de soutenir et appuyer les processus qualité des différents référentiels, en lien avec les autorités d'enregistrement (AE) et les acteurs de terrain en charge des données (contrôle des activités déclarées et autorisées, saisies, corrections et mise à jour);

- La mise en place d'une cellule de mise en qualité des données de SAS.fr : Cette cellule se chargera de la veille sur les données existantes et des éventuelles corrections nécessaires afin d'assurer aux professionnels de santé un traitement compétitif par rapport aux systèmes concurrents. Cette cellule assurera aussi la boucle de retro qualité en coordination avec la cellule de mise en qualité transverse des données pour synchroniser celles-ci,

La mise en place d'un support téléphonique pour Sante.fr et le portail SAS, hotline gratuite permettra de faire remonter toute anomalie de la part des utilisateurs du portail SAS et de Santé.fr qui rencontrerait un problème.

Au niveau territorial, les données des référentiels nationaux relevant notamment des acteurs locaux, leur mobilisation et animation (également au niveau national) est clé et concerne de nombreux acteurs :

- Mobilisation accrue des ARS, des établissements de santé, des représentants des professionnels de santé, et de ces derniers pour saisie des informations indexées depuis Ameli et RPPS ;
- Mobilisation des collectivités locales (Services départementaux d'incendie et de secours).

Recommandation n°12 Mettre en place d'une cellule de mise en qualité transverse aux référentiels nationaux pour veiller à l'efficacité des informations délivrées au public et aux professionnels

3.10.3 La mise en œuvre du service d'accès aux soins suppose une démarche par étape avec des contraintes

Le démarrage des travaux sur la partie téléphonie est clé pour maîtriser le planning de mise en œuvre de l'ouverture du numéro SAS. En effet, la mise en place de l'acheminement du numéro unique santé au niveau des départements suivant la logique du SAS nécessite de mener un ensemble d'actions dont les durées sont incompressibles :

- Déclaration du numéro unique santé par l'ARCEP comme numéro d'urgence ;
- Mise à jour des Plans Départementaux d'Acheminement des Appels d'Urgence (PDAAU) pour acheminer le 113 dans les plateformes SAS via le recours au Commissariat des communications électroniques de défenses (CCED) qui permet de traiter de manière globalisée ces changements avec l'ensemble des opérateurs de télécommunication. La mobilisation des opérateurs de télécommunication et du CCED génère par ailleurs un délai supplémentaire ;
- Conduite de projets professionnels dans les 10 plateformes SAS pilotes qui nécessiteront des ajustements techniques de leurs infrastructures et de leurs processus organisationnels. Six mois pour conduire ces projets semble difficile et il sera nécessaire de choisir des implantations ayant une véritable appétence pour la mise en place du numéro unique santé et disposant de certaines caractéristiques techniques notamment en termes de lignes téléphoniques disponibles supplémentaires.

L'ASIP Santé a travaillé sur un planning de mise en place. T0 est la date de validation du projet SAS. Le retro planning réalisé démontre la nécessité de disposer de 6 mois minimum de mise en œuvre avec une équipe constituée pour réaliser l'étape 1 du programme SAS proposé. Cette réserve est partagée par la mission, ce qui conduit à recommander un plan d'actions très « serré » pour pouvoir

contenir une éventuelle dérive calendaire, compte tenu de la complexité des projets en jeu, dans une échelle raisonnable permettant aux SAS de voir le jour dans un calendrier contraint.

3.10.3.1 La disponibilité du numéro 113 reste à garantir

Actuellement, le numéro 113 est actif depuis 2001 pour les besoins relatifs à la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Ce n'est pas un numéro d'urgence. En 2010, l'autorité de régulation des communications électroniques, des postes et de la distribution de la presse (ARCEP⁷²) a confirmé ce numéro actif. Il s'avère que le numéro 113 avait été utilisé par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (abandonné pour utiliser des numéros spécifiques à chaque dépendance : des numéros en 0 800 ... ou 39xx sont actuellement utilisés) sans pour autant signifier l'abandon de ce numéro à l'Autorité compétente. Des démarches devront être engagées sans délai pour assurer la disponibilité de ce numéro.

Recommandation n°13 Entreprendre sans délai, les démarches auprès du commissariat aux communications électroniques de défense (CCED) et de l'ARCEP pour assurer la disponibilité du numéro 113.

3.10.3.2 Une procédure à respecter pour la création d'un numéro d'urgence santé

La Commission Interministérielle de Coordination des REseaux et des Services de Télécommunication pour la défense et la sécurité publique (CICRESCE) présidée par le Ministre de l'Economie et des Finances ou son représentant, assure l'instruction des demandes de création de numéro d'urgence par l'intermédiaire d'un groupe de travail dédié. Dans cette commission siègent les représentants de l'ARCEP, du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel, de l'Agence nationale des fréquences, du Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale, de la Fédération Française des Télécom et les représentants concernés de l'ensemble des ministères. L'instruction de la demande est réalisée dans un délai de 4 mois. **La prochaine commission est programmée le mercredi 5 février 2020 et une présentation du SAS devra être proposée dans les meilleurs délais.**

Puis la saisine est transmise à l'ARCEP, autorité administrative indépendante, qui décide ou non la création de ce numéro d'urgence dans un délai de 2 mois.

Un délai supplémentaire de 1 à 2 mois est nécessaire pour la mise en œuvre de la décision, favorable à la création d'un numéro d'urgence par les opérateurs de télécommunication, sur la base des informations transmises par les préfetures⁷³.

Ces délais (plus de 6 mois) peuvent être raccourcis selon l'urgence de la demande qui doit être fortement argumentée pour tendre, à terme, vers la suppression de plusieurs numéros d'urgence existants et la simplification attendue pour les usagers. Des dispositions législatives et réglementaires pour supprimer notamment toute référence au numéro national de la permanence des soins et de l'aide médicale urgente existants, devront être mises en œuvre.

Recommandation n°14 Procéder dans les meilleurs délais à la demande d'instruction de la création du numéro d'urgence santé et son inscription à la séance du CICRESCE du 5 février 2020.

⁷² L'Arcep est l'Autorité de régulation des communications électroniques, des postes et de la distribution de la presse, au statut d'autorité administrative indépendantes (AAI).

⁷³ Circulaire du 26 avril 2000 relative à l'élaboration des plans départementaux d'acheminement des appels d'urgence.

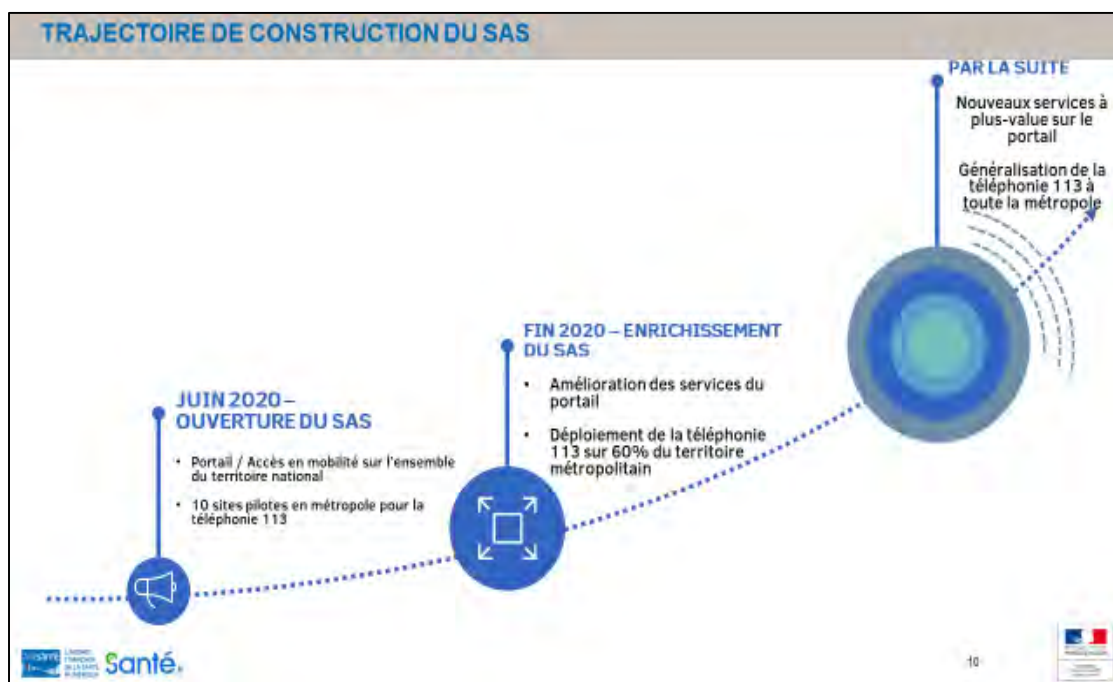
3.11 Le calendrier de déploiement suppose un phasage en plusieurs étapes en tenant compte des organisations territoriales

Un certain nombre d'actions pourrait être mené dès juin 2020. L'accès en ligne de SAS.fr avec un catalogue des ressources disponibles pourrait être réalisé sur la base d'une évolution du répertoire opérationnel des ressources, sur un modèle national, renseigné par les territoires sur la base d'une directive nationale claire et précise.

La présence de médecins régulateurs libéraux dans les régulations des plateformes SAS pourrait être envisagée dès le mois de juin 2020 et sera progressive en incrémentant dès à présent la possibilité d'une régulation délocalisée avec les réserves énoncées (*Cf. Supra*).

La cartographie départementale et la prise de rendez-vous sur des plages de consultations disponibles pourraient être également réalisées à partir des plateformes dès l'été 2020.

Ceci sous-entend un large effort de concertation entre les professionnels de santé. Les signaux des pouvoirs publics en faveur de la plateforme santé unique sont donc très clairement déterminants au sens des relations entre professionnels de santé. **La disparition du numéro 15 doit être annoncée, la cogestion et la co-gouvernance** devront être affichés comme une garantie d'un nouveau partenariat.



Source : ASIP

Les choix industriels devront être portés, accompagnés et encadrés afin de respecter le déploiement des plateformes dans un calendrier contractualisé.

Chacune des plateformes digitale et téléphonique est décomposée en deux ambitions : une première visant à répondre aux annonces ministérielles à échéance 6 mois (phase 1) et une seconde embrassant les objectifs à long terme de cette modernisation (phase 2 et phase ultérieure). Les services du SAS sont construits dans une logique incrémentale.

A six mois du démarrage du projet, les services mis à disposition du grand public et des professionnels seront les suivants :

Tableau 1 : Déploiement des plateformes phase 1 (T0+6mois)

SERVICES	
GRAND PUBLIC	PROFESSIONNELS
Sur l'ensemble du territoire, le grand public peut : • Accéder à des fiches conseils, par exemple sur les gestes simples de prise en charge par soi-même des problèmes de santé bénins, quand et comment faire recours à la médecine de proximité en cas de plus grande difficulté • Rechercher rapidement par simple clic un professionnel de santé ambulatoire en fonction de sa localisation : médecins généralistes, pédiatres, chirurgiens-dentistes • Rechercher simplement tout autre professionnel de santé et dispositifs de coordination (DAC) • Rechercher rapidement par simple clic un service d'urgence, en fonction de sa localisation • Rechercher rapidement par simple clic les pharmacies de garde (données disponibles uniquement dans certaines régions) • Accéder au service de prise de RDV directement depuis la fiche du professionnel par un simple clic, si les praticiens qu'il identifie sont abonnés à un service de prise de RDV en ligne (parmi les 4 fournisseurs les plus utilisés) • Identifier les professionnels ou structures proposant de la téléconsultation (si ces derniers ont renseigné l'information) • Accéder, en cas de besoin, à un numéro de santé unique, sur l'ensemble du territoire • Faire remonter la présence d'anomalies sur la plateforme • Faire un retour sur l'information fournie par la plateforme	Les professionnels de santé sur l'ensemble du territoire peuvent sur la plateforme digitale SAS : • Accéder à l'ensemble des fonctionnalités disponibles au grand public • Mettre à jour la plupart de leurs informations (adresse, téléphone, etc.) directement depuis la plateforme digitale SAS en s'identifiant avec sa CPS. • Ajouter des informations : acceptation de nouveaux patients, langues parlées Dans l'ensemble des plateformes SAS, l'acheminement du 113 est opérationnel mais selon les modalités actuelles de fonctionnement de la téléphonie du SAMU. Dans les plateformes SAS pilotes (une dizaine), les ARM SAS peuvent : • Recevoir les appels du 113 avec une adaptation de la téléphonie locale aux spécificités du 113 • Utiliser l'outil de régulation médicale actuel, sans adaptation (outil du SAMU, outil libéral, selon le SAMU) hormis dans les scénarios capitalisant sur le SI-SAMU qui permettront de mettre à disposition un outil LRM adapté à ce nouveau rôle Dans les plateformes SAS pilotes (une dizaine), les opérateurs de soins non programmés peuvent (OSNP) et les médecins régulateurs ambulatoires peuvent : • Accéder à l'ensemble des fonctionnalités de la plateforme digitale disponibles au grand public et accéder à des données qui leur sont réservées de par leur rôle, par exemple : créneaux dédiés aux soins non programmés et temps d'attente aux urgences, contacts directs de certaines organisations/professionnels de santé • Utiliser l'outil de régulation médicale actuel, sans adaptation (outil du SAMU, outil libéral, selon le SAMU) hormis dans les scénarios capitalisant sur le SI-SAMU qui permettront de mettre à disposition un outil LRM adapté à ce nouveau rôle
SOLUTION MISE EN ŒUVRE	
• Un portail accessible en mobilité tant au citoyen qu'aux professionnels de santé ou à l'ONSP, basé sur l'existant Santé.fr afin de sécuriser l'ouverture du service en juin et maîtriser les coûts • Accès pour les ARM SAS, OSNP et médecins régulateurs aux systèmes existants téléphonie et applicatifs actuellement déployés dans les SAMU • Sur le ROR : Le ROR alimente Santé.fr et son volet SAS sur les données sanitaires (établissements) avec le niveau de qualité attendu, ainsi qu'avec l'offre des dispositifs de coordination (DAC).	

Source : ASIP

A 12 mois du lancement des travaux, le grand public et les professionnels auront à disposition des services complémentaires :

Tableau 2 : Déploiement des plateformes à 12 mois

SERVICES	
GRAND PUBLIC	PROFESSIONNELS
Sur l'ensemble du territoire, le grand public peut, en complément des services déjà fournis : • Accéder aux informations proposées sur la plateforme en anglais • Accéder à de l'information enrichie sur l'offre de soins : par exemple activités spécifiques, offre de téléconsultation, types d'établissements non couverts à 6 mois • Voir les créneaux de RDV disponibles directement sur la plateforme, (récupération des données de la majorité des plateformes de gestion de rendez-vous utilisées par les professionnels) • Voir les créneaux de téléconsultation proposés par les professionnels ou structures via leur plateforme de gestion de RDV habituelle (pour la majorité des plateformes de gestion de rdv) • Accéder à davantage de fiches pratiques et conseils	En complément des fonctionnalités déjà mises en œuvre lors de la première étape les professionnels de santé bénéficieront des évolutions réalisées pour le grand public Dans les plateformes SAS déployées (60% du territoire), les ARM SAS peuvent : • Recevoir les appels du 113 avec une adaptation de la téléphonie locale aux spécificités du 113 • Utiliser l'outil de régulation médicale actuel, sans adaptation (outil du SAMU, outil libéral, selon le SAMU) hormis dans les scénarios capitalisant sur le SI-SAMU qui permettront de mettre à disposition un outil LRM adapté à ce nouveau rôle • De plus dans les scénarios capitalisant sur le SI-SAMU (scénario 3), 3 plateformes SAS pourront utiliser le bandeau SAS, permettant le démarrage du partage de charge permettant de maximiser les indicateurs de qualité Dans les plateformes SAS pilotes (60% du territoire), les opérateurs de soins non programmés peuvent (OSNP) et les médecins régulateurs ambulatoires peuvent : • Accéder à l'ensemble des fonctionnalités de la plateforme digitale disponibles au grand public et accéder à des données qui leur sont réservées de par leur rôle, par exemple : créneaux dédiés aux soins non programmés et temps d'attente aux urgences • Utiliser l'outil de régulation médicale actuel, sans adaptation (outil du SAMU, outil libéral, selon le SAMU) hormis dans les scénarios capitalisant sur le SI-SAMU qui permettront de mettre à disposition un outil LRM adapté à ce nouveau rôle Pour la régulation « déportée », la solution consiste à s'appuyer sur la société SIPS qui offre un outil LRM de régulation « déportée » ou de s'appuyer sur les éditeurs actuels pour qu'ils développent une offre de ce type. Dans le scénario 3, il est possible de développer et déployer des outils de régulation « déportée » dans les plateformes SAS déployées en capitalisant sur le portail et le bandeau SI-SAMU.
SOLUTION MISE EN ŒUVRE	
• Une plateforme digitale accessible en mobilité tant au citoyen qu'au PS ou à l'ONSP, basé sur l'existant Santé.fr • Sur le ROR : • Le ROR alimente Sante.fr et le SAS avec les données de description de l'offre de ville : • L'offre de ville comprend les cabinets libéraux, maisons de santé, centres de santé y compris site de rdv et télémedecine.	

• Les professionnels libéraux complètent manuellement le premier niveau de description de l'offre de ville récupéré à partir des données de l'annuaire santé (RPPS, ADELI, AMELI, MSS, CPS). • La qualité des données issues du ROR et transmises au SAS est soutenue par des processus qualité outillés et pilotés. • Si capitalisation sur le SI-SAMU, que le programme continue ou s'arrête, mise à disposition du bandeau SAS dans au moins 3 plateformes SAS permettant le démarrage du partage de charge permettant de maximiser les indicateurs de qualité. • Si capitalisation sur le SI-SAMU, que le programme continue ou s'arrête, usage du LRM SAS et couplage téléphonique informatique pour les plateformes SAS utilisant le bandeau SAS + PFLAU.
--

Source : ASIP

Dans les années qui suivent la 1ère mise en services, le grand public et les professionnels de santé disposeront progressivement de services complémentaires :

Tableau 3 : Déploiement des plateformes en phase au-delà de 12 mois et plus

SERVICES	
GRAND PUBLIC	PROFESSIONNELS
Sur l'ensemble du territoire, le grand public peut, en complément des services déjà fournis : • Accéder aux informations proposées dans d'autres langues (version avancée du multilingue) • Filtrer et trier sa recherche de professionnel par disponibilité • Accéder à davantage d'offres de téléconsultation (accès amélioré et offre enrichie) • Accéder à de nouvelles fonctionnalités (en fonction évolution des besoins identifiés)	En complément des fonctionnalités déjà mises en œuvre lors de la première étape les professionnels de santé bénéficieront des évolutions réalisées pour le grand public Dans l'ensemble des plateformes SAS du territoire métropolitain, les ARM SAS peuvent : • Recevoir les appels du 113 avec une adaptation de la téléphonie locale aux spécificités du 113 • Utiliser l'outil de régulation médicale actuel, adapté aux fonctions spécifiques de ce rôle via des exigences établies au niveau national pour les éditeurs actuels des solutions techniques des SAMU (outil du SAMU, outil libéral, selon le SAMU) hormis dans les scénarios capitalisant sur le SI-SAMU qui permettront aussi de mettre à disposition un outil LRM adapté à ce nouveau rôle • De plus dans les scénarios capitalisant sur le SI-SAMU et le rachat d'une téléphonie partagée (scénarios 2, 3, 4 ,5), l'ensemble des plateformes SAS pourront utiliser le bandeau SAS, permettant le partage de charge au niveau national et permettant de garantir les indicateurs de qualité Dans l'ensemble des plateformes SAS du territoire, les opérateurs de soins non programmés peuvent (OSNP) et MRA peuvent : • Accéder à l'ensemble des fonctionnalités de la plateforme digitale disponibles au grand public et accéder à des données qui leur sont réservées de par leur rôle, par exemple : créneaux dédiés aux soins non programmés et temps d'attente aux urgences • Utiliser l'outil de régulation médicale actuel, adapté aux fonctions spécifiques de ce rôle via des exigences établies au niveau national pour

	les éditeurs actuels des solutions techniques des SAMU (outil du SAMU, outil libéral, selon le SAMU) hormis dans le scénario capitalisant sur le SI-SAMU qui permettront aussi de mettre à disposition un outil LRM adapté à ce nouveau rôle Pour la régulation « déportée », la solution consiste à s'appuyer sur la société SIPS qui offre un outil LRM de régulation « déportée » ou de s'appuyer sur les éditeurs actuels pour qu'ils développent une offre de ce type. Dans les scénarios 3, il est possible de développer et déployer des outils de régulation « déportée » dans les plateformes SAS déployées en capitalisant sur le portail et le bandeau SI-SAMU.
SOLUTION MISE EN ŒUVRE	
• Une plateforme digitale intégrant d'autres fonctionnalités qui seront développées en fonction de l'analyse des usages, du recueil des retours et de l'évolution technologique. Sur le ROR : • Santé.fr s'appuie sur le ROR via un point d'accès unique avec le niveau de service attendu. • Le ROR fournit la disponibilité en lits sur la base d'une automatisation des flux avec les outils de gestion des lits des établissements. • L'ensemble des plateformes SAS ont des outils adaptés via les outils actuels des SAMU pour la partie téléphonique et la partie LRM • Une nouvelle téléphonie centralisée opérationnelle, si c'est le scénario 2 • Si capitalisation sur le SI-SAMU, mise à disposition du bandeau SAS dans toutes les plateformes SAS conduisant au démarrage du partage de charge permettant de maximiser les indicateurs de qualité. • Si capitalisation sur le SI-SAMU, usage du LRM SAS et couplage téléphonique informatique pour les plateformes SAS utilisant le bandeau SAS + PFLAU.	

Source : ASIP

4 Les impacts financiers du service d'accès aux soins sont délicats à évaluer et méritent une attention particulière

4.1 L'impact financier global des plateformes digitale et téléphonique reste à consolider

En ce qui concerne le financement, la mission a cherché à fournir des éléments d'estimation des coûts associés à la plateforme digitale SAS dans l'hypothèse de la capitalisation de la plateforme Sante.fr. L'estimation du coût associé à la plateforme SAS dans le scénario central de la mission varie suivant l'optimisation retenue. De manière prudentielle, la mission recommande de retenir l'hypothèse haute comme référence, ce qui conduirait à un coût global compris entre **78,8 M€ et 96,9 M€**.

Tableau 4 : Coût global⁷⁴ avant optimisations

Scénario consolidé	Scénario B.1	Scénario B.3	Scénario B.4
Pilotage et contingence	13 900	18 400	21 200
Téléphonie : Accompagnement	700	5 200	9 700
Téléphonie : Equipement local	3 100	5 100	10 000
Téléphonie : Projet	8 000	5 900	11 800
Portail & ROR : incitations régionales	12 000	12 000	12 000
Portail & ROR : Mise en qualité	23 100	23 100	23 100
Portail & ROR : Projet	9 100	9 100	9 100
Total	69900	78800	96900

Source : ASIP/Mission

● **Impact des optimisations potentielles sur les coûts globaux de construction :**

Le tableau ci-dessous intègre l'ensemble des optimisations possibles. A noter qu'une part significative de ces optimisations est portée sur les opérations de mise en qualité des données. En effet, le budget alloué pour la mise en qualité proposée permettait de faire porter au programme SAS la cohérence et de la mise en qualité des données du ROR et du portail SAS pour en faire profiter l'ensemble des acteurs de l'écosystème. Ces coûts peuvent être décalés dans le temps et n'ont pas à être portés uniquement par le programme SAS. Ils peuvent être portés avec d'autres projets de modernisation du ministère des Solidarités et de la Santé.

Par ailleurs, un conventionnement avec les fournisseurs de services à valeur ajoutée sur la construction de la plateforme digitale et sur l'amélioration de la qualité des données serait notamment de nature à sécuriser le calendrier et certains coûts estimés.

Tableau 5 : Coût global⁷⁵ avec prise en compte des optimisations

Scénario consolidé	Scénario B.1	Scénario B.3	Scénario B.4
Pilotage et contingence	10 900	15 400	18 200
Téléphonie : Accompagnement	700	5 200	9 700
Téléphonie : Equipement local	1 600	3 600	7 000
Téléphonie : Projet	8 000	5 900	11 800
Portail & ROR : incitations régionales	12 000	12 000	12 000
Portail & ROR : Mise en qualité	9 300	9 300	9 300
Portail & ROR : Projet	9 100	9 100	9 100
Total	51600	60500	77100
<i>rappel : avant optimisation</i>	69900	78800	96900

Source : ASIP/Mission

⁷⁴ Hors campagne de communication

⁷⁵ Hors plan de communication

Recommandation n°15 Consolider l'estimation financière après expertise des hypothèses techniques et optimisations proposées en garantissant l'efficacité des données et du fonctionnement du SAS

4.2 Financement des moyens du volet hospitalier et du volet ambulatoire nécessaires au fonctionnement des plateformes territoriales

Le périmètre de ce chiffrage comporte un volet hospitalier et un volet ambulatoire, correspondant au besoin de financement pour les établissements (MIG SAMU) et aux coûts pour le volet ambulatoire qui seront supportés par l'Assurance Maladie dans le cadre de la négociation conventionnelle ou via le FIR. Ce chiffrage correspond à la mise en place du SAS en année pleine avec effet entier de la hausse d'activité générée par la campagne grand public de communication sur le SAS.

● Chiffrage du volet hospitalier

La mission a demandé à la DGOS de préciser quelle serait la remise à niveau nécessaire du financement des SAMU pour permettre le respect du référentiel de ressources humaines de SUDF dans les CRRA 15 (référentiel de 2011), et ce afin que le décroché du SAS par les ARM en « *front office* » des SAMU ne soit pas confronté à des dysfonctionnements causés par un sous-effectif préalable.

Cette remise à niveau au regard des paramètres de modélisation de la MIG SAMU⁷⁶ basés sur le ratio effectifs/activité des SAMU en 2012, conduit la mission à considérer que ces paramètres seraient de nature à assurer un financement socle suffisant pour sécuriser les volets « *front office* » et AMU du SAS, en tenant compte du besoin de financement correspondant à la hausse d'activité des SAMU entre 2018 et 2020 et des montants prévus pour le financement de la prime ARM créée cette année. Le besoin de remise à niveau de la MIG SAMU⁷⁷ nécessaire pour assurer un socle solide au SAS est estimé à **51 M€**.

La mission a demandé que soit réalisée une déclinaison de cette estimation de la remise à niveau du financement des SAMU qui exclurait les régulateurs AMU (13,4 M€). Cette non prise en compte des régulateurs AMU était envisagée par la mission car la mise en œuvre du SAS à terme devrait entraîner le transfert d'une partie de leur activité vers les régulateurs libéraux. Cependant, le nombre d'heures postées des médecins régulateurs AMU a augmenté entre 2013 et 2018 (SAE), de manière cohérente avec les résultats de la modélisation, requiert leur prise en compte.

S'agissant des ARM, une partie de la future activité du SAS correspondra à une activité déjà prise en charge par les SAMU et donc déjà financée par la MIG SAMU. Cependant, une part de la future activité du SAS viendra en sus de l'activité actuelle. Le « *front office* » du SAS aura donc besoin de moyens supplémentaires. Le nombre de demandes de soins non programmés supplémentaires avec la mise en place du SAS, décliné en une hypothèse basse et une hypothèse haute, a été estimé à un besoin de financement supplémentaire pour le « *front office* » entre **2 et 3,4 M€**.

Concernant les opérateurs SNP qui seront postés au sein des plateformes SAS, il s'agit du financement des postes de travail et des charges indirectes (locaux, chauffage, etc.). Le besoin de financement est compris entre **2,4 et 3,5 M€**.

⁷⁶ Dotation relative aux missions d'intérêt général de l'aide médicale d'urgence

⁷⁷ Qui deviendra MIG AMU ou MIG SAS

Par ailleurs, la régulation médicale à distance des demandes de soins non programmés orientées via le « *front office* » du SAS va demander la mise en œuvre et la maintenance opérationnelle de nouveaux systèmes d'information et de téléphonie. Ces nouveaux systèmes nécessiteront un renfort des personnels SI dans les établissements sièges de SAMU. Ce besoin de financement est estimé à **2,2 M€**.

Soit un besoin global de financement du volet hospitalier entre 57, 6 M€ et 60,2 M€.

- **Chiffrage du volet ambulatoire**

S'agissant des besoins de financement des charges salariales des opérateurs de soins non programmés, il est estimé **entre 23,7 M€ et 35,4 M€**.

La mission propose que, pour que les médecins libéraux assurent la régulation des demandes de SNP aux heures d'ouverture des cabinets (en journée en semaine et le samedi matin), ils soient rémunérés par l'Assurance maladie sur une base horaire, à l'instar des forfaits horaires de régulation de PDSA (source : 85 € valeur moyenne constatée du forfait de régulation de PDSA hors nuit profonde).

Une part de l'activité aujourd'hui réalisée par les régulateurs AMU aux heures d'ouverture des cabinets serait transférée aux régulateurs libéraux après la création du SAS dont le nombre de DRM transférés aux régulateurs libéraux est estimé à 1,2 million. À cette estimation doit être ajoutée la demande supplémentaire de SNP à terme, qui s'adressera au SAS après sa création et la campagne de communication au grand public. Le nombre de demandes de SNP supplémentaires sont ainsi estimées entre 2,5 et 4,4 millions. Il en résulte donc une activité totale de régulation SNP estimée entre 3,7 et 5,6 millions de dossiers. Cette activité suppose un nombre d'heures de régulation de médecins libéraux entre 600 000 et 900 000 environ (6 par heure), soit un coût pour l'Assurance Maladie entre **61 M€ et 91 M€**.

Aux ONSP et aux régulateurs ambulatoires, se rajoutent :

- Les charges de structures des associations de régulation SNP

L'estimation du besoin de financement de ces associations est basée sur les charges administratives et la nécessité de disposer d'un logiciel de régulation « déportée » des médecins libéraux : 0,20 € environ par habitant sur la base de quelques départements et devrait toutefois pourvoir être revu à la baisse par extension du marché au niveau national. Le besoin de financement de ces associations de **17 à 19 M€**.

- Le coût de la formation des médecins régulateurs libéraux

Ce calcul est basé sur le nombre de médecins supplémentaires nécessaires pour réaliser l'activité de régulation du SAS et les montants utilisés par l'ANDPC : 45 € par heure d'indemnisation du médecin, 95 € par heure payé à l'organisme formateur. Il en découle un besoin supplémentaire de financement de la formation de l'ANDPC entre **1,5 et 2,3 M€**. Compte tenu de la priorité donnée à cette formation et pour permettre de recruter un nombre conséquent de médecins, elle ne doit pas impacter le crédit formation des médecins.

Soit un besoin global de financement du volet ambulatoire entre 103,3 M€ et 147,7 M€.

La ventilation proposée des financements MIG SAMU, FIR et avenant conventionnel (AM) est spécifiée dans le tableau suivant.

S'agissant des postes ONSP qui seront créés pour contribuer aux missions imparties à la branche ambulatoire du SAS, la CPTS dans la mesure où le statut juridique choisi le permet, pourrait être employeur. Les pouvoirs publics dispose de la possibilité de faire évoluer les outils juridiques

puisque la loi⁷⁸ relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, a habilité le gouvernement à prendre par voie d'ordonnance toute mesure « *permettant de favoriser le développement de l'exercice coordonné notamment au sein des communautés professionnelles territoriales de santé, ... en adaptant leurs objets, leurs statuts et leurs régimes fiscaux respectifs ou en créant de nouveaux cadres juridiques pour :*

1° Faciliter leur création, l'exercice de leurs missions, leur organisation et leur fonctionnement ;

2° Permettre le versement d'indemnités, de rémunérations ou d'intéressements, collectifs ou individuels, aux personnes physiques et morales qui en sont membres ;

3° Rendre possible le versement par l'assurance maladie à la maison de santé de tout ou partie de la rémunération résultant de l'activité de ses membres ;

4° Prévoir les conditions d'emploi et de rémunération par la structure de professionnels participant à ses missions ainsi que des personnels intervenant auprès de médecins pour les assister dans leur pratique quotidienne ».

Des modalités de financement transitoires sont prévues (FIR) dans l'attente d'une organisation ambulatoire structurée pouvant bénéficier d'un financement assurance maladie.

Tableau 6 : Besoins de financement des volets hospitalier et ambulatoire nécessaire au fonctionnement des plateformes territoriales

Chiffrage France entière, année pleine, hors évolution tendancielle d'activité des SAMU, hors évolution tendancielle des charges		
<i>Date de MAJ 11.12.2019</i>		
Volet hospitalier - MIG SAMU	Hypothèse basse demande SNP	Hypothèse haute demande SNP
1.a Mise à niveau MIG SAMU 2020 hors régulateurs AMU	37 613 456 €	
1.b Mise à niveau MIG SAMU Régulateurs AMU	13 387 765 €	
2. Hausse d'activité SNP : besoin de financement Front Office SAMU	1 967 639 €	3 408 148 €
3. Financement des postes de travail des opérateurs SNP dans les SAMU	2 367 921 €	3 542 448 €
4. Renforcement financement charges indirectes SI	2 238 445 €	
Total volet hospitalier	57 575 227 €	60 190 262 €
Volet ambulatoire	Hypothèse basse demande SNP	Hypothèse haute demande SNP
1. Forfaits médecins libéraux régulateurs SNP (convention)	60 865 784 €	91 056 174 €
2. Opérateurs SNP (FIR)	23 679 212 €	35 424 475 €
3. Structure associations SNP (FIR)	17 218 392 €	18 980 182 €
4. Formation des régulateurs libéraux : besoin de financement ANDPC	1 534 379 €	2 295 455 €
Total Volet ambulatoire	103 297 768 €	147 756 287 €
Total 2 volets, par an	160 872 994 €	207 946 548 €

Source : DGOS/Mission SAS

Soit un besoin global de financement annuel des volets ambulatoire et hospitalier entre 160,9 M€ et 207,9 M€ pour le fonctionnement de la plateforme SAS.

⁷⁸ Article 64 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé,

Les nombreuses auditions menées par la mission ont mis en relief des **attentes de la médecine ambulatoire, annoncées comme des conditions de succès du service d'accès aux soins** :

- Intégrer l'aspect flux de patientèle (file active/versus patientèle) pour les MSP et CDS.
- Définir le modèle de rémunération des médecins effecteurs. Le cadre conventionnel semble être le meilleur vecteur pour élaborer en partenariat avec les syndicats signataires un modèle de financement adéquat.
- Financer dans le cadre du forfait structure de la ROSP, les agendas partagés
- Intégrer le samedi matin dans le cadre de la PDSA compte tenu des réalités sociétales et des difficultés rencontrées par les régulateurs sur cette tranche horaire.

A l'instar de la régulation, **la mission préconise une rémunération au forfait de l'effectif à mettre en place dans le cadre d'un avenant conventionnel** dont le chiffrage n'a pu être réalisé par manque de données. **Le besoin de financement reste donc à évaluer.**

5 Une démarche pédagogique et de communication de grande ampleur est mise en place, dans la durée sur le bon usage du numéro santé.

La communication est un élément clé de la réussite du projet SAS, et ce, dès la phase de conception du projet afin notamment de mobiliser les différentes parties prenantes. Ce volet pourra s'appuyer sur l'expertise des équipes communication du Ministère et de l'ASIP Santé (capitalisation sur l'expérience des équipes actuelles). En lien avec le plan de communication de Santé.fr, en cours de lancement et destiné à se poursuivre pendant trois ans, il sera prévu un volet spécifique pour la communication autour du SAS. L'estimation du **coût annuel de cette campagne est de 4,3 M€.**

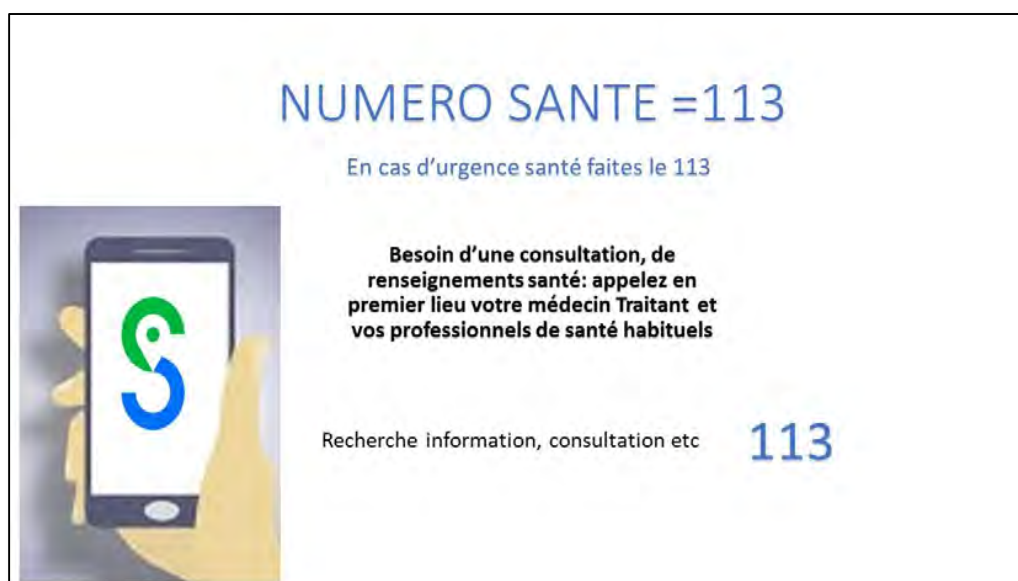
Il s'agira par exemple de préparer et de lancer une grande campagne nationale de communication sur le numéro d'appel santé et la plateforme SAS.fr, sur internet, dans les médias, sur le terrain et auprès des acteurs. Adaptée et relayée par les acteurs locaux au travers de différents canaux, elle aura pour objectif de faire connaître les ressources disponibles, faire la pédagogie du réflexe à avoir en cas de problème de santé, et du parcours de soins en général :

➤ L'éducation et l'information de la population

A l'échelle nationale et territoriale, il s'agira de diffuser un mode d'emploi clair à destination de la population sur l'organisation de la médecine ambulatoire et le bon usage du système de santé, en s'appuyant sur tous les moyens de diffusion possible. Cette campagne doit être notamment ciblée sur les groupes les plus à risque, notamment les personnes âgées et s'harmoniser avec les campagnes promotionnant des filières de soins spécialisées (douleur thoracique, AVC ...) pour éviter toute confusion en cas d'urgence avérée. La mission préconise d'attribuer l'animation territoriale aux ARS, en cohérence avec les actions du territoire en développant notamment des partenariats avec la presse quotidienne régionale.

➤ Le médecin traitant est recentré et réaffirmé comme pivot

Une communication forte centrée sur l'éducation est indispensable, à grande échelle conçue avec les acteurs territoriaux du service public, complétée par une information via un affichage dans les cabinets médicaux et par voie de presse.



Source : Mission

Le SAS n'intervient qu'en seconde ligne lorsque l'échelon médecin traitant n'est pas disponible. Les numéros d'accès aux CPTS ou autre organisation doivent être identifiés, et accessibles, totalement intégrés à cette communication pour privilégier l'accès direct par l'utilisateur. Il faut veiller à ce que le numéro unique santé n'occulte pas les numéros en vigueur pour l'accès direct aux CPTS. Concevoir des supports que l'on pourra distribuer aux partenaires professionnels : pharmacies, hôpitaux, MG, maisons de santé, médecins du travail, etc...

A l'instar du Danemark, où chaque résident dispose d'une carte jaune de sécurité sociale avec un **numéro d'appel à la plateforme d'urgence ou à celle des médecins de garde et la référence du cabinet médical** dont il dépend, la **CNAM pourrait contribuer à cette campagne de communication ciblée en faisant évoluer la présentation de la carte vitale.**

Tableau 7 : Coût du plan de communication

Poste de dépenses (rubrique Marketing)	Montants (K€ TTC)
Référencement payant	200
Social média	450
TV+VOL(vidéo online)	1500
Digital APPLI	400
Partenariat quotidiens d'information générale distribués gratuitement	250
Presse	100
B to B (employeurs)	100
Agences de communication	1 300
Total annuel	4 300
Total pour 6 mois	2 150

Source : SGMCAS

6 Conclusion

Le SAS est la clef de voûte d'une nouvelle organisation des réponses aux demandes de soins. Il doit reposer sur une co-construction ville-hôpital symbolisant un modèle organisationnel basé sur le respect mutuel. Cette « nouvelle donne » dépasse largement le cadre de la simple plateforme de réception des appels et concerne autant la réflexion territoriale sur l'organisation des demandes de soins. Le respect des prérogatives et champs d'actions de chacun sera l'un des piliers essentiels de ce modèle efficient pour les usagers comme pour les professionnels de santé.

Le développement des CPTS dont les missions socles concernent les SNP et l'accès au médecin traitant modifiera à court ou moyen terme l'organisation territoriale. Le SAS ne se résume pas à un ou des numéros téléphoniques. Les nouveaux outils tels que les applications smartphone, sites internet, agendas en ligne ont radicalement métamorphosé les modalités de l'accès aux soins. Paradoxalement, la pléthore d'informations, d'applications, de numéros divers peut parfois complexifier les demandes de réponse des usagers.

Dans ce cadre, la mission a déterminé des fondamentaux, comme facteurs clé de réussite de ce projet ambitieux :

- Une communication et information copilotée par les MG concernant l'utilisation du système de soins centrée sur le MT, les MG, les ESP et les CPTS ;
- Une plateforme numérique santé NATIONALE en partenariat avec la médecine ambulatoire permettant aux patients de s'orienter dans le respect du parcours de soins ;
- Une régulation dont le « *front office* » sera cogéré par la médecine ambulatoire et l'AMU et dont le bras ambulatoire aura une totale autonomie, financière comme organisationnelle déclinée par un modèle de financement conventionnel;
- Un affichage très clair impliquant le respect des champs d'actions de chacun dans la réponse: AMU qui est hospitalière et coordination des soins non programmés par les CPTS.

Dans ce contexte, la mission soutient que le SAS représente un véritable atout pour la construction d'une relation moderne et structurée ville-hôpital.

RECOMMANDATIONS

n°	Recommandations
1	Assurer à terme une articulation entre le service d'accès aux soins et les dispositifs de prise en charge spécifiques : médico-sociale, périnatale, gériatrique, psychiatrique et centres antipoison.
2	Demander par instruction aux préfets et DG ARS de veiller à la structuration des relations SAS - AMU - Centre de traitement de l'alerte des SDIS garantes d'un partenariat renforcé lors de la mise en place des plateformes SAS.
3	Favoriser le développement de la régulation ambulatoire « déportée » assortie d'une démarche qualité et d'une charte d'utilisation et de bon usage validées et certifiées.
4	Organiser une réponse en télémedecine « de manière coordonnée » pour le recours aux téléconsultations dans certaines situations dérogatoires au parcours de soins coordonné notamment pour un patient sans médecin traitant ou lorsque celui-ci est indisponible dans le cadre d'une organisation territoriale.
5	Inscrire le déploiement du bandeau téléphonique du SAS dans la promotion de la e-santé selon un cahier des charges à définir en rapport avec les objectifs du pacte de refondation des urgences
6	Élaborer une instruction déterminant et garantissant les modalités de cogestion et copilotage des plateformes territoriales SAS et clarifiant les champs de responsabilité de chacun des acteurs ambulatoire et hospitalier
7	Modifier les articles R. 6313-1 et R. 6313-1-1 du code de la santé publique afin de veiller à l'organisation et l'évaluation de la continuité et de la permanence des soins
8	Favoriser le partenariat avec les offreurs de service à valeur ajoutée pour le SAS tout en garantissant la confidentialité et la protection des données des usagers.
9	Envisager un système de téléphonie national commun entre les différentes plateformes SAS pour permettre de rendre opérationnels les mécanismes de débordement d'une plateforme SAS, pour assurer l'entraide entre plateformes SAS
10	Sécuriser le scénario de capitalisation sur le bandeau téléphonique de SI-SAMU pour la construction du SI-SAS en évaluant plus finement les risques induits
11	Mettre en place un cadrage et un suivi de la mise en œuvre du service d'accès aux soins de sa conception et à son déploiement
12	Mettre en place d'une cellule de mise en qualité transverse aux référentiels nationaux pour veiller à l'efficacité des informations délivrées au public et aux professionnels
13	Entreprendre sans délai, les démarches auprès du commissariat aux communications électroniques de défense (CCED) et de l'ARCEP pour assurer la disponibilité du numéro 113.
14	Procéder dans les meilleurs délais à la demande d'instruction de la création du numéro d'urgence santé et son inscription à la séance du CICRESCE du 5 février 2020.
15	Consolider l'estimation financière après expertise des hypothèses techniques et optimisations proposées en garantissant l'efficacité des données et du fonctionnement du SAS

ANNEXE 1 : Cohérence avec les travaux menés par la mission interministérielle MARCUS

Cohérence avec les travaux menés par la mission interministérielle MARCUS

La coexistence intelligente, d'un numéro unique santé et d'un numéro unique secours et sécurité est clairement affichée. L'offre déclinée à travers le numéro unique santé est la base d'un nouveau partenariat associant l'ensemble des acteurs des soins non programmés ambulatoires. Il s'agit là d'une **intégration systémique résolument moderne et qui pourrait faire figure de nouveau modèle européen**. L'interopérabilité entre la plateforme secours et sécurité et la plateforme santé ne pose aucun problème, elle est d'ailleurs aujourd'hui opérationnelle dans un certain nombre de départements où les SDIS, CODIS et plateformes SAMU échangent non seulement des communications téléphoniques mais bien entendu des éléments de dossiers informatisés afin d'éviter redondances et pertes d'informations.

La plateforme santé SAS se veut être un **outil fédérateur des professionnels de santé** qui souhaitent collectivement s'engager sur une nouvelle organisation des soins non programmés que ce soit au niveau libéral (syndicats des jeunes médecins, infirmiers; masseurs kinésithérapeutes; pharmaciens et chirurgiens-dentistes) que pour les hospitaliers (médecins et ARM).

L'existence d'un numéro unique d'appels d'urgences 112 dissociant AMU et SNP, serait obligatoirement responsable d'une perte de charge. La plateforme 112 qui ne pourrait être qu'interservices, agnostique et très probablement supra-départementale arriverait in fine sur une organisation de type sécurité ou sur une organisation de type santé, multipliant les intervenants, c'est la raison pour laquelle, la mission propose d'emblée une plateforme santé **fédérative ville-hôpital et protectrice d'une éventuelle fracture AMU-SNP** dont les impacts seront difficiles à appréhender et en contradiction avec les orientations souhaitées dans le plan Ma Santé 2022.

Ce portail unique santé est **le gage de la lisibilité et de la simplicité** souhaitées au plus haut niveau de l'État, demandes appuyées par les usagers. L'évolution de la pression sur nos systèmes d'urgence en 10 ans et les modifications de la demande de consommation médicale instantanée font qu'un numéro unique n'est plus aujourd'hui une garantie de sécurité ou de modernité. La mise en œuvre d'une plateforme secours et sécurité et d'une plateforme santé conduirait à terme à une simplification majeure des numéros d'appels d'urgence en France.

ANNEXE 2 : FICHE DE POSTE OSNP

Identification du poste	Cette fiche de poste concerne les Opérateurs de Soins Non Programmés relevant du volet de médecine ambulatoire qui exercent au sein du SAS doté du numéro public national et gratuit « 113 ».
Caractéristique du service	✓ Le service est ouvert 24h/24h et 7 jours /7. ✓ Le poste d'OSNP est pourvu au minimum sur des horaires de journées permettant de garantir une présence ✓ Travail dans un milieu clos, bruyant, stressant et nécessitant des capacités d'attention soutenue. ✓ Importantes fluctuations d'activité.
Liaisons Hiérarchiques	Médecin responsable du volet médecine ambulatoire
Relation fonctionnelles	<u>Interne au service :</u> ✓ Médecins régulateurs généralistes ✓ ARM (« front office » et AMU) ✓ Médecins régulateurs urgentistes ✓ Assistante sociale ✓ IDE/IPA ✓ Secrétaires de la CPTS / du SAMU <u>Externe au service :</u> ✓ Accueil du volet SNPA : CPTS, MSP, MMG, centre de santé ✓ Coordination ambulancière ✓ Services d'hospitalisations, autres hôpitaux, cliniques ✓ Ambulanciers ✓ Médecins extérieurs libéraux (généralistes, spécialistes) ✓ EHPAD, maisons de retraites ✓ Police, gendarmerie ✓ Professionnels libéraux : IDEL, kinésithérapeute
Missions générales	✓ Accueillir les appels téléphoniques dans un contexte de demande de soins non programmés ou de conseil médical. ✓ Prioriser l'orientation vers le médecin régulateur de la PDSA ✓ Gérer les flux et les moyens définis par le médecin régulateur, en assurant la traçabilité jusqu'à la fin de la prise en charge du patient.

Activités	✓ Accueillir téléphoniquement, recueillir les coordonnées, déterminer le motif de l'appel. ✓ Orienter l'appel vers le médecin régulateur généraliste ✓ Envoi d'un effecteur : médecin en visite à domicile ou en consultation à son cabinet, IDEL, kinésithérapeute ... ✓ Demande d'envoi d'une ambulance privée aux ARM du SAMU ou à la coordination ambulancière ✓ Transmettre à l'appelant les coordonnées (Pharmacie de garde ; Dentiste ; Kinésithérapeutes de garde ; Maison Médicale ...) en respectant les procédures ✓ Organiser la prise de rendez-vous (agendas partagés) ✓ Aider à la mise en œuvre des téléconsultations ✓ Gérer la clôture administrative des dossiers. ✓ Participer à la mise à jour de bases de données.
Compétences requises	SAVOIR ✓ Connaissances des organisations hospitalières et extrahospitalières et plus particulièrement l'organisation de la réponse aux DSNP (CPTS) ✓ Connaissance des Réseaux sanitaires, sociaux, et médico sociaux (PTA) ✓ Notion sur l'organisation de l'AMU ✓ Maîtrise de la géographie et topographie du secteur sanitaire SAVOIR-FAIRE ✓ Maîtriser les outils informatiques (métier) et de téléphonies avancées ✓ Maîtrise des techniques de communication à distance ✓ Maîtrise de la bureautique ✓ Capacité à réagir rapidement face à des événements et à des imprévus, en hiérarchisant les actions en fonction de leur degré d'importance SAVOIRS ETRE ✓ Courtoisie et politesse ✓ Empathie et non- jugement ✓ Calme ✓ Capacité d'écoute et de concentration ✓ Disponibilité ✓ Réactivité, dynamisme, motivation, rigueur ✓ Adaptation face au stress

ANNEXE 3 : FICHE DE POSTE SUPERVISEUR

IDENTIFICATION DU POSTE	Cette fiche de poste concerne les superviseurs qui exercent au sein du SAS doté du numéro public national et gratuit « 113 ».
Caractéristique du service	✓ Le service est ouvert 24h/24h et 7 jours /7. ✓ Le poste de superviseur est pourvu au minimum sur des horaires de journées permettant de garantir une présence
Liaisons Hiérarchiques	- Co-gouvernance SAS - Médecin Chef de Service volet AMU, médecin responsable volet SNPA - Cadre supérieur de pôle - Cadre de santé
Relation fonctionnelles	<u>Interne au service :</u> ✓ Médecins régulateurs urgentistes et généralistes, médecins SMUR ✓ Assistante sociale ✓ IPA ✓ Secrétaires du SAMU / de la CPTS <u>Externe au service :</u> ✓ Accueil du volet SNPA : CPTS MMG, centre de santé ✓ Coordination ambulancière ✓ Services d'hospitalisations, autres hôpitaux, cliniques ✓ SDIS ✓ Ambulanciers ✓ Médecins extérieurs libéraux (généralistes, spécialistes) ✓ EHPAD, maisons de retraites ✓ Police, gendarmerie ✓ Professionnels libéraux : IDEL, kinésithérapeute
Missions générales	✓ Gérer et optimiser le fonctionnement de la plateforme SAS front office et volet AMU ✓ Améliorer la qualité de service et rendre opérationnels les objectifs qualités du SAS notamment au niveau du front office ✓ Assurer un management de proximité des ARM ✓ Contribuer aux évolutions du SAS
Activités	✓ <u>Gérer et optimiser le fonctionnement de la plateforme SAS front office et volet AMU</u> Organiser, accompagner et piloter l'activité de l'équipe ARM Assurer le reporting statistique des activités et en présenter les résultats Assurer l'analyse prospective des besoins en personnels : assurer l'adéquation des moyens humains au flux d'activité S'assurer de l'efficacité des ressources et supports techniques pour garantir un usage optimal

	Faire appliquer les caractéristiques liées au métier et à l'environnement du SAS pour Garantir la prise en compte des réglementations spécifiques à chaque volet ✓ <u>Améliorer la qualité de service et rendre opérationnels les objectifs qualités du SAS notamment au niveau du front office</u> Contribuer à la mise en place des procédures qualité et de certification ✓ <u>Assurer un management de proximité des ARM</u> Participer au recrutement des ARM Optimiser les ressources constitutives de l'équipe (cartographie de compétences) Professionaliser l'équipe au travers d'analyse de pratiques, d'évaluations formatives (exemple : écoutes de bandes) Animer des formations ponctuelles et participer à la formation continue tout au long de la vie Participer à l'évaluation annuelle des ARM ✓ <u>Contribuer aux évolutions du SAS</u> Participer à l'élaboration des projets Rendre compte des résultats individuels et collectifs Etre force de propositions
✓ Compétences requises	SAVOIR ✓ Connaissances du métier d'ARM ✓ Connaissances des organisations hospitalières et extrahospitalières et plus particulièrement l'organisation de la réponse aux DSNP ✓ Connaissances en management SAVOIR-FAIRE ✓ Maîtriser les outils informatiques (métier, outils statistiques) et de téléphonies avancées ✓ ✓ Maîtrise des techniques de communication à distance ✓ Capacité à être proactif, à initier, à imaginer des propositions nouvelles pour résoudre les problèmes identifiés ou pour améliorer une situation : proposer des améliorations, être positif et constructif. ✓ Capacité à mobiliser une équipe et/ou des interlocuteurs, à les entraîner et les fédérer dans la poursuite d'objectifs partagés : Faire preuve de leadership, capacité de gestion de conflits. ✓ Capacité à réagir rapidement face à des événements et à des imprévus, en hiérarchisant les actions, en fonction de leur degré d'urgence / d'importance. SAVOIR ETRE ✓ Courtoisie et politesse ✓ Empathie et non- jugement ✓ Calme, sang-froid, assertivité ✓ Capacité d'écoute et de concentration ✓ Disponibilité ✓ Réactivité, dynamisme, motivation, rigueur ✓ Adaptation face au stress ✓ Esprit d'équipe
Textes réglementaires	- Code de Santé Publique et ses articles relatifs aux secrets professionnels. - La loi n°83.634 du 13 juillet 1993 relative aux droits et obligations des fonctionnaires. - Référentiel métier ARM, SFMU juin 2016