



**EHESP**

---

**Master II Administration de la Santé**

**Parcours :**

**ANALYSE et MANAGEMENT des  
ORGANISATIONS de SANTE  
(AMOS-Paris)**

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : ***Juin 2023***

---

**Un "guichet unique" pour les soins non programmés ? Le cas de la mise en place du SAS au SAMU de Paris**

---

**Prisca LE CHEVALLIER**

**Directrice de mémoire :  
Anne GIRAULT**

## **AVERTISSEMENT**

Les mémoires des étudiants du Master 2 AMOS-Paris, sont des travaux réalisés au cours de leur formation. Ils ne constituent donc pas nécessairement des modèles. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'EHESP.

---

# Remerciements

---

Au terme de ce mémoire et de cette année de reprise d'études universitaires, je souhaite remercier, en premier lieu, Madame Paula Cristofalo et Madame Vanessa Durand, de m'avoir permis d'intégrer la promotion 2022-2023 du Master 2 « Administration de la santé : analyse et management des organisations de santé » à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), et pour leur accompagnement et leur disponibilité tout au long de cette année.

Je remercie également l'ensemble des enseignants et professeurs associés à l'EHESP dont j'ai eu l'honneur et le plaisir de suivre les enseignements dans le cadre de ce Master.

Je remercie chaleureusement Madame Anne Girault, enseignante chercheuse à l'EHESP, d'avoir accepté de m'encadrer et pour sa disponibilité, ses conseils pertinents et son accompagnement tout au long de la rédaction de ce travail.

Je remercie Madame Caroline Telion, médecin coordinatrice qualité au SAMU de Paris et Directrice du CFARM d'Ile de France ainsi que Madame Pascale Finkelstein, Directrice de la qualité, gestion des risques et relation avec les usagers du GHU Paris-Cité de l'AP-HP, pour m'avoir accueillie en stage et m'avoir permis de rencontrer et d'échanger avec des personnes passionnées et passionnantes.

Je remercie Madame Caroline Dautreppe, ancienne ingénieure qualité au SAMU 75 et future Directrice d'hôpital, de m'avoir recommandé ce terrain de stage et pour nos échanges et son accompagnement tout au long de cette année.

Je remercie les professionnels qui ont accepté, sans réserve, de participer à l'enquête réalisée dans le cadre de ce mémoire pour la richesse de nos échanges et de leurs témoignages.

Je remercie mes camarades de promotion, pour les bons moments partagés ensemble.

Enfin, je remercie du fond du cœur mes parents et mon conjoint, pour leur soutien sans faille, dans cette reprise d'étude et mon nouveau projet professionnel.



---

# Sommaire

---

1	Contexte .....	3
2	Le développement des SAS .....	5
2.1	Un contexte favorable au développement des SAS.....	5
2.1.1	Une situation d'engorgement des services d'accueil des urgences (SAU)... ..	5
2.1.2	... qui sont le reflet de contraintes en amont des SAU .....	6
2.1.3	Des contraintes également en aval des SAU.....	9
2.1.4	Une organisation structurée de la médecine d'urgence autour des SAMU ...	10
2.2	Le Service d'Accès aux soins (SAS) : un dispositif organisationnel innovant de régulation de la demande de soins non programmés .....	13
2.2.1	Qu'est-ce que le SAS ? .....	13
2.2.2	Cadre théorique : la notion de « Guichet unique ».....	15
2.2.3	Annonce de la problématique .....	18
3	Méthodologie .....	18
3.1	Le contexte de l'enquête .....	18
3.1.1	Les acteurs du SAMU 75 impliqués dans la mise en place du SAS .....	18
3.1.2	Le protocole de régulation.....	21
3.1.3	Les locaux .....	24
3.1.4	Les logiciels utilisés.....	24
3.1.5	Gouvernance et statut juridique .....	25
3.1.6	Financement SAS .....	25
3.2	Les modalités de recueil de données.....	26
3.3	Analyse de données.....	26
4	Résultats.....	29
4.1	Les enjeux du SAS.....	29
4.2	Opportunités et freins dans l'organisation du SAS au Samu de Paris .....	31
4.2.1	Réception des appels (niveaux N1/N2).....	31
4.2.2	Régulation médicale des appels .....	34
4.2.3	L'effectif .....	37
5	Discussion .....	42

5.1	Un dispositif plébiscité mais qui fait face encore à des difficultés opérationnelles	42
5.2	Les facteurs clés de succès pour la mise en place du SAS .....	46
5.2.1	Une coopération entre les différents niveaux de pouvoir .....	46
5.2.2	Rassembler différentes cultures professionnelles autour d'un projet .....	47
5.2.3	Le choix du profil du porteur du projet semble déterminant .....	49
5.2.4	Un changement d'ordre organisationnel plutôt que technique .....	49
5.2.5	Bâtir un système d'information unifié.....	50
5.2.6	La difficulté à déterminer une réelle valeur ajoutée pour les usagers .....	51
5.2.7	Le respect du principe d'équité.....	52
5.3	Limites de l'étude et perspectives de recherche .....	54
6	Préconisations .....	54
6.1	Préconisations dans l'organisation des soins non programmés au niveau national	54
6.2	Préconisations au sujet de l'organisation du SAS au SAMU de Paris .....	55
6.2.1	Réception des appels .....	55
6.2.2	Régulation médicale des appels.....	58
6.2.3	L'effectif (les moyens déclenchés) .....	59
7	Conclusion .....	61
	Bibliographie .....	63
	Liste des annexes .....	I
	Annexes.....	II

---

## Liste des sigles utilisés

---

SAU : Service d'accueil des urgences

SAS : Service d'accès aux soins

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation

CRRA : Centre de réception et de régulation des appels

HAS : Haute autorité de santé

AMU : Aide médicale urgente

SNP : Soins non programmés

ARM : Assistant de régulation médicale

MU : Médecine d'urgence

AR : Anesthésiste-réanimateur

SFMU : Société française de médecine d'urgence

CNUH : Conseil national de l'urgence hospitalière

DGS : Direction générale de la santé

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

SDIS : Service départemental d'incendie et de secours

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

OSNP : Opérateur de soins non programmés

ATSU : Association des transports sanitaires d'urgence

UMP : Urgences médicales de Paris

ADMLR 75 : Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale de la permanence des soins ambulatoires et des soins non programmés de Paris

ANS : Agence du numérique en santé

AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

**« Si vous n'arrivez pas à contacter votre médecin traitant, avant  
d'aller aux urgences, appelez le 15 »**

*Campagne du ministère de la Santé et de la Prévention - 2022*



# 1 Contexte

La problématique de saturation des services d'accueil d'urgence (SAU) n'est pas nouvelle en France : elle est identifiée depuis déjà plusieurs années et a fait l'objet de nombreux rapports.

En 2014, la Cour des comptes faisait le constat « d'une augmentation continue du recours aux services d'urgence hospitaliers » et concluait que l'effet des améliorations organisationnelles mises en place « n'avaient pas porté tous leurs effets ». <sup>1</sup>

En 2015, le rapport Graal faisait état d'une aggravation en pointant du doigt « le nombre de réelles urgences (...) relativement faible par rapport à la demande générale non programmée ou inopinée de soin ». Ce constat a été confirmé en 2018 dans le rapport Mesnier qui décrit qu' « une part non négligeable des passages aux urgences (...) pourrait être prise en charge par la médecine ambulatoire ». <sup>2</sup>

En 2019, la situation de saturation des SAU a conduit à un mouvement de grève sans précédents : plus de 200 SAU se sont mis en grève pour dénoncer leurs difficultés de fonctionnement <sup>3</sup>. Ce mouvement national a conduit la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, à demander un rapport pour préparer une réforme en profondeur des urgences. Ce Pacte de Refondation des urgences présenté en décembre 2019 par Thomas Mesnier et le Professeur Pierre Carli a formulé plus de 40 propositions d'amélioration, portant à la fois sur l'amont, l'aval et l'organisation des SAU. Sa mesure phare dans le contexte pré-hospitalier était la mise en place d'un Service d'Accès aux Soins (SAS).<sup>4</sup>

En 2020, le Ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, a retenu 22 sites pilotes (dont Paris), disséminés sur 13 régions et représentant environ 40% de la population<sup>5</sup>, pour expérimenter, dès janvier 2021, le Service d'Accès aux Soins (SAS). Cette mesure annoncée le 9 septembre 2019 dans le cadre du Pacte de refondation des urgences a été réaffirmé au moment du Ségur de la santé. Tel que décrit, ce service doit répondre à la demande de « soins vitaux, urgents et non programmés et offrir à la population une prise en charge plus lisible et coordonnée entre la ville et l'hôpital ».

---

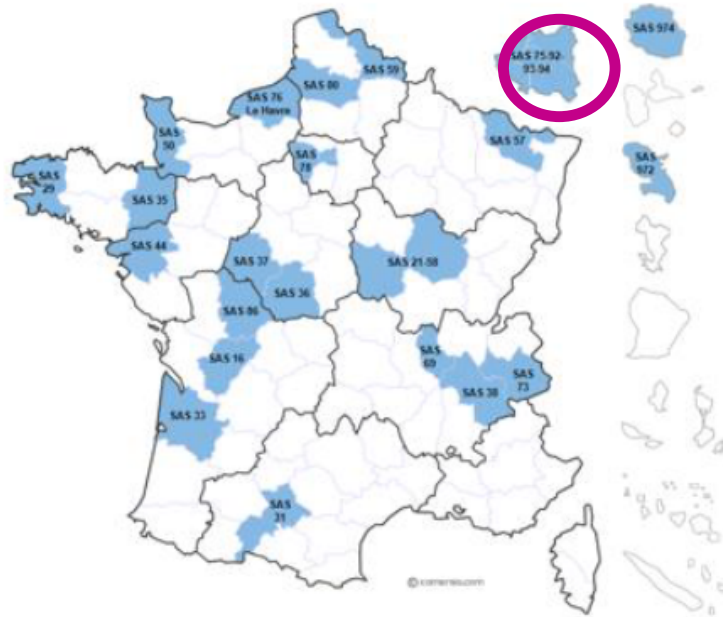
<sup>1</sup> « Rapport de la cour des comptes sur les urgences hospitalières 2019 ».

<sup>2</sup> Wintenberger et al., « Quelle place pour les Services d'Accueil des Urgences dans l'offre de soins non programmés : comment capitaliser sur l'expérience de la gestion de l'épidémie de COVID-19 dans la crise actuelle ? »

<sup>3</sup> Carli, « La médecine d'urgence de la création aux perspectives ».

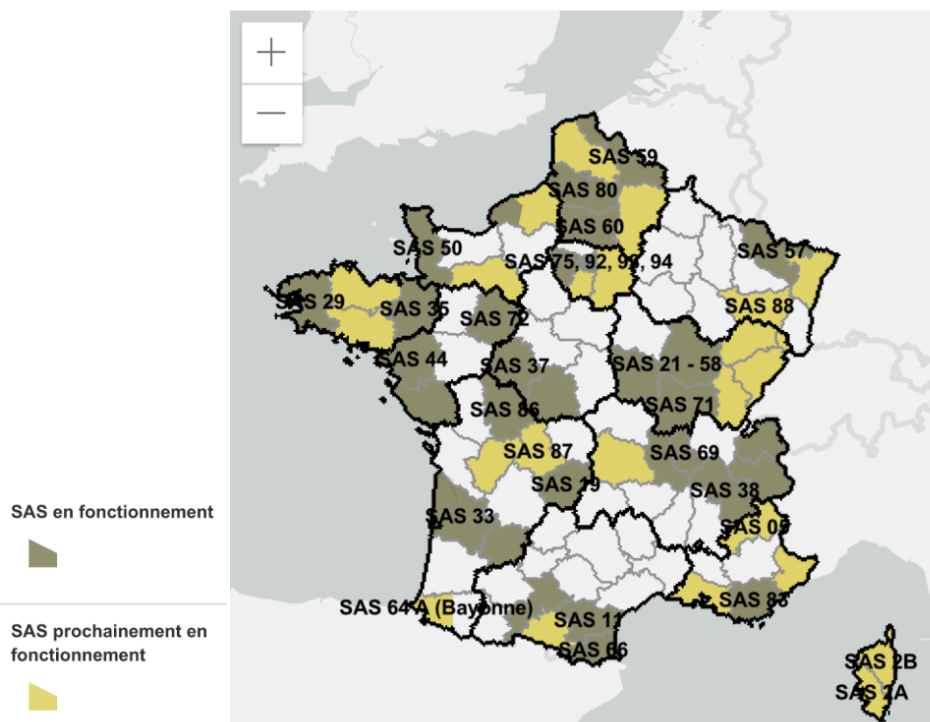
<sup>4</sup> Mesnier, Carli, « Rapport pour un pacte de refondation des urgences ».

<sup>5</sup> « Les projets de service d'accès aux soins ont 12 mois pour être tous lancés - Article Hospimedia 17/01/1923 ».



### **Les 22 sites pilotes du SAS**

Suite à une phase pilote jugée concluante, une généralisation progressive du dispositif à l'échelle nationale a ensuite été prévue pour 2023.



### **Carte des SAS actualisée en mai 2023 – Ministère sociaux**

<sup>6</sup> « Communiqué de Presse Ministère de la santé - 22 sites pilotes retenus pour préfigurer le service d'accès aux soins (SAS) - Ministère de la Santé et de la Prévention ».

Le mise en place du SAS place les SAMU comme la porte d'entrée du parcours de soins et implique une augmentation du nombre d'appels dans les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) - Centre 15.

## **2 Le développement des SAS**

### **2.1 Un contexte favorable au développement des SAS**

#### **2.1.1 Une situation d'engorgement des services d'accueil des urgences (SAU)...**

Les services d'urgence sont en charge d'accueillir les patients pour des soins non programmés. Face aux difficultés d'accès aux soins de ville de la population, les services d'urgence ont progressivement dû faire face non seulement aux urgences vitales, fonctionnelles, relatives... mais aussi à des situations de détresse pour lesquelles aucune réponse n'a été trouvée<sup>7</sup>. Un glissement s'est opéré doucement de la prise en charge de la personne blessée ou malade à celle également de la personne inadaptée ou exclue.

Progressivement, les SAU se sont ainsi trouvés engorgés sans qu'on puisse prévoir quelle sera l'ampleur des soins à prodiguer<sup>8</sup>. Les services d'accueil des urgences se sont ainsi trouvés saturés et de nombreux patients attendent une place en hospitalisation dans des box ou sur des brancards, les équipes médicales et paramédicales sont submergées et les conditions de travail sont particulièrement éprouvantes ce qui nuit à la qualité des soins<sup>9</sup>.

Concernant l'estimation du nombre de passages « évitables » aux urgences, elle reste sujette à controverse car forcément difficile à évaluer. Cependant, d'après le rapport de la Cour des comptes sur les urgences hospitalières de 2019, en se fondant sur la classification clinique des malades aux urgences (CCMU), renseignée en France par l'urgentiste après la prise en charge du patient, on estime que 10 à 20 % des patients n'ayant besoin d'aucun acte complémentaire d'imagerie ou biologie médicale (CCMU 1) auraient pu donner lieu à une prise en charge en ville en médecine générale.(...) La catégorie intermédiaire, la plus nombreuse (60 à 70 % des passages), est constituée par les patients CCMU 2, dont l'état est stable, mais qui ont besoin d'examen complémentaires et ne pourraient être pris en charge en dehors de l'hôpital qu'à condition d'avoir accès à des plages de consultation et d'examen complémentaires non programmés ou à des structures pratiquant la petite

---

<sup>7</sup> Galichon, « Le service des urgences aujourd'hui ».

<sup>8</sup> Danet, Brémond, et Robert, « Les urgences - Questions au système de santé ».

<sup>9</sup> Carli, « La médecine d'urgence de la création aux perspectives ».

traumatologie. Il est ainsi permis de considérer qu'environ 20 % des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures, et qu'une médecine de ville mieux organisée et dotée des outils idoines devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients.

### **2.1.2 ... qui sont le reflet de contraintes en amont des SAU**

La crise de la médecine générale, liée à la démographie médicale, au vieillissement des professionnels et au changement de société contraint, tous les jours, de nombreux patients à se rendre directement aux SAU pour être soigné car ils n'ont pas ou ne connaissent pas d'autres alternatives. La réduction de l'offre de soins est encore plus évidente la nuit où seul l'hôpital permet d'assurer la continuité de prise en charge des urgences et des soins non-programmés.

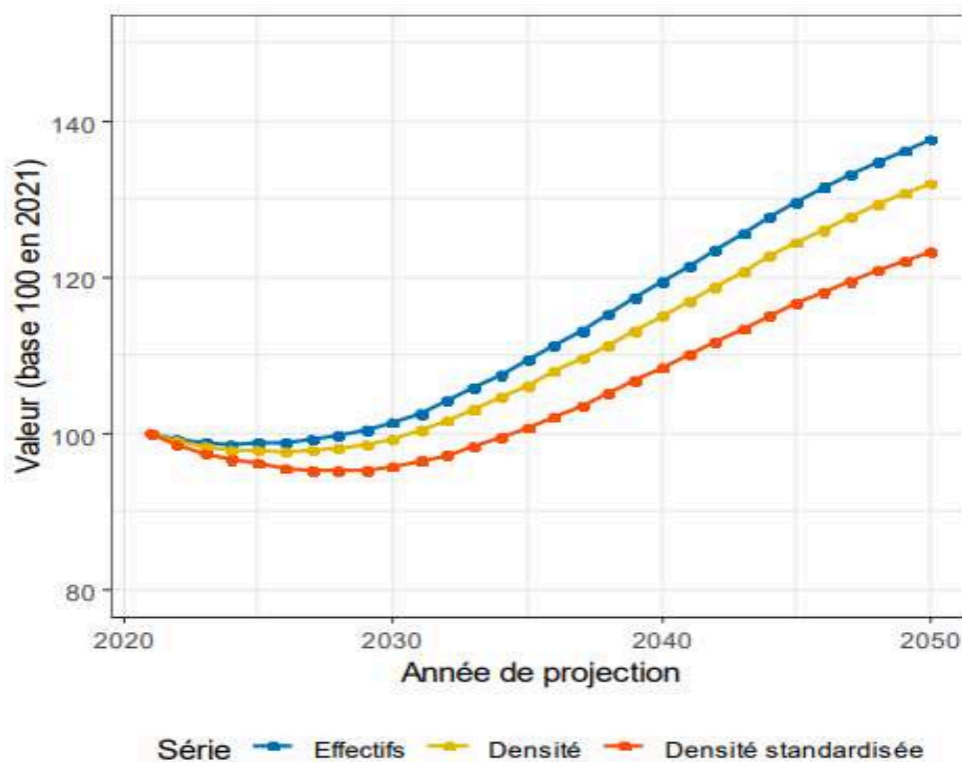
Sachant que l'absence d'une prise en charge précoce d'une pathologie ambulatoire peut favoriser son aggravation, conduisant à terme à une hospitalisation devenue inévitable, l'optimisation du parcours de soins constitue un enjeu majeur, notamment pour les patients chroniques et les patients âgés poly-pathologiques dont elle prolonge la possibilité de maintien à domicile.

Certains territoires, aussi bien urbains que ruraux, sont aujourd'hui touchés par une offre médicale insuffisante au regard des besoins de la population, un phénomène souvent désigné par le terme de « désert médical » ou territoire « sous-dense en médecins ». Progressivement, la question de l'accès aux soins s'est imposée, tout autant que l'absence d'adéquation entre les besoins géographiques et l'offre de soins disponible.

Faute de médecins, et plus largement de professionnels de santé, le « désert médical » n'en finit pas de s'étendre avec plus de 11 300 communes concernées, soit une commune sur trois. Cette proportion continuera d'augmenter avec la raréfaction actuelle de l'offre de soins médicaux qui devrait perdurer au moins une dizaine d'années.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Babinet et Isnard Bagnis, « Qu'est-ce qu'un désert médical géographique ? »



Source : DREES

**Figure 1 : Évolution de la densité médicale 2020-2050**

Le terme de « soins non programmés » (SNP) est souvent associé à celui d’urgences, et l’expression « soins urgents et/ou non programmés » est également utilisée. Mais « les soins urgents » ne le sont pas toujours d’un point de vue strictement médical, et constituent un sous-ensemble des « soins non programmés ».

De fait, la définition et les caractéristiques des SNP ne sont pas uniformes.

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) pour la prise en charge des soins non programmés était auparavant assurée par les médecins de garde sur la base du volontariat. En 2003, suite à la mise en application du Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003, se met en place la régulation systématique des soins non programmés. Elle se définit selon la HAS comme : « un acte médical pratiqué au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) par un médecin régulateur. L’acte médical est une décision médicale qui implique la responsabilité individuelle du médecin. Cette décision s’appuie sur l’ensemble des éléments dont dispose le médecin. Sa finalité est d’apporter au patient le juste soin et de ne pas lui faire perdre de chance ». C’est un nouveau mode d’accès aux soins, clef de voute du système de permanence des soins actuel. Cette régulation se fait le plus souvent via le SAMU. Le code de la santé publique prévoit que cette régulation soit faite par des médecins du SAMU ou des médecins libéraux souhaitant y participer, encore une fois sur la base du volontariat.

Cette innovation seule, en différenciant les fonctions de régulation des appels et d’effectif, permet de soulager les médecins en charge de la PDSA. C’est à la demande du médecin

chargé de la régulation médicale que le médecin effecteur intervient auprès du patient, par une consultation ou une visite. Le déplacement du médecin de garde n'est donc plus le seul moyen disponible, et nous verrons qu'un simple conseil médical téléphonique suffit souvent. Cependant, les effectifs des médecins généralistes participant à la PDSA ne cessent de diminuer. En 2015, le conseil de l'ordre qualifie cette baisse d'« inquiétante pour l'avenir ».<sup>11</sup>

La demande de soins non programmés (SNP) a un impact notable sur le fonctionnement du système de soins. Leur gestion est une problématique quotidienne suscitant des réflexions, voire des réformes d'ampleur dans la plupart des pays d'Europe<sup>12</sup>, notamment car l'accroissement des SNP a pour conséquence un afflux des patients aux urgences qui déstabilise le système de soins.

Cette tendance, constatée dans la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), s'explique par deux facteurs majeurs :

- Une **augmentation de la demande** liée à de nouvelles habitudes de consommation de soins,
- Une **modification de l'offre de soins**, notamment de soins primaires<sup>13</sup> liée à l'évolution de la démographie médicale et les changements de pratiques en médecine générale (en France, chaque généraliste organise librement sa pratique).

La baisse du nombre des médecins généralistes en activité régulière est relevée par le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom). La prolongation du délai avant installation majore le problème, de même que la progression de l'exercice salarié.

Ce phénomène renforce dans tous les pays d'Europe, le rôle des soins primaires de permanence comme point d'entrée dans le système de santé. L'équation entre l'efficacité de la permanence des soins et l'évolution de la démographie médicale peut être particulièrement difficile à résoudre dans les pays caractérisés par des inégalités territoriales au niveau de la densité de médecins : il convient non seulement de les inciter à s'installer dans les zones déficitaires (ou à y rester), mais encore de concevoir les dispositifs de permanence des soins adaptés. Les formes actuelles d'organisation de la permanence des soins sont donc étroitement liées à la conception du rôle des médecins, qu'il s'agisse des études médicales (mode et secteur d'entrée sur le marché du travail), des modalités d'installation (libres ou contraignantes) ou encore de l'articulation éventuelle de

---

<sup>11</sup> Bokobza, « Permanence des soins ambulatoires: comment la physionomie du territoire affecte-t-elle les volumes de demandes de soins non programmés et les types de réponses proposés par la régulation, une étude rétrospective en Seine-et-Marne ».

<sup>12</sup> Hartmann, Ulmann, et Rochaix, « Régulation de la demande de soins non programmés en Europe ».

<sup>13</sup> Chevillot et al., « Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde ».

l'offre des médecins de soins primaires et secondaires (notamment la présence ou non d'un médecin gate-keeper).

Actuellement en Europe, on distingue deux formes d'instruments de régulation : d'une part, l'action visant à inciter les offreurs de soins à s'installer dans les zones sous-dotées, ne concernant que les pays confrontés à une inégale répartition de leurs ressources en médecins ; d'autre part, les instruments traditionnels d'organisation de la permanence des soins, soit alternativement une obligation, une incitation ou une délégation à participer à ces services.<sup>14</sup>

Enfin, l'efficacité du système de secours contribue à intensifier la pression de l'amont, en effet son efficacité introduit une déviance. Il est facilement mobilisable et intervient rapidement. L'admission rapide des urgences graves et tout particulièrement des urgences vitales qui sont mises en condition sur le terrain par un SMUR et régulées par le SAMU, reste un objectif. Mais il est tout aussi capital d'éviter de transporter au SAU les patients qui ne relèvent pas d'une hospitalisation mais de soins non programmés, beaucoup plus nombreux.<sup>15</sup>

C'est dans ce contexte et parce que l'organisation de l'accès aux soins en amont du SAU est devenu un nouvel objectif prioritaire que les SAS se sont développés.

### **2.1.3 Des contraintes également en aval des SAU**

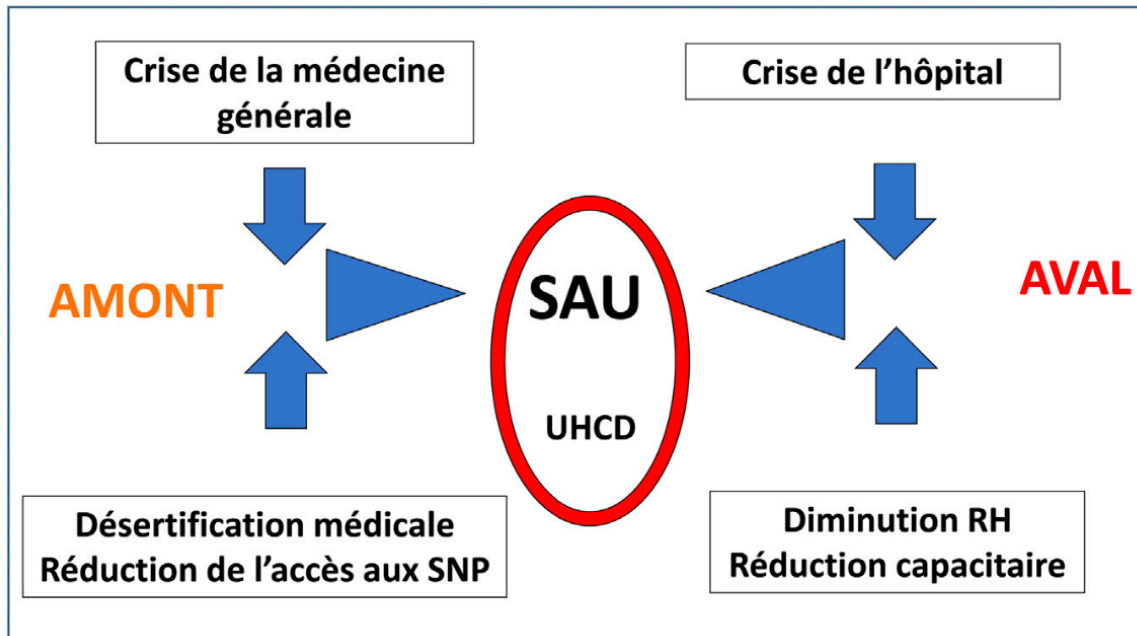
La question de l'aval était également au centre des propositions du Pacte de Refondation des Urgences. Il était considéré comme le domaine pour lequel on pouvait rapidement trouver des actions efficaces. Cependant en 2022 les capacités d'hospitalisation sont encore plus réduites, par rapport aux années précédentes, du fait des tensions sur les ressources humaines. Dans beaucoup d'hôpitaux, le capacitaire existant avant la crise COVID n'a pas été pleinement rétabli.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Hartmann, Ulmann, et Rochaix, « Régulation de la demande de soins non programmés en Europe ».

<sup>15</sup> Carli, « La médecine d'urgence de la création aux perspectives ».

<sup>16</sup> Carli.



**Figure 2 : Les principaux facteurs de mise en tension des SAU**

Le SAU est souvent considéré comme défaillant alors qu'il ne fait que subir les pressions qui s'exercent sur lui et qui sont résumées dans la figure 2.

Ces contraintes en amont et en aval et la crise des urgences de 2022, ont poussé à la mise en place d'une innovation organisationnelle pour fluidifier les parcours des patients, améliorer la prise en charge et désengorger les SAU.

Pour agir sur l'amont il faut donc développer et rendre plus lisible et efficace l'accès aux soins. C'est l'objectif de la régulation médicale des SNP au sein du SAS : renforcer le lien ville - hôpital pour mieux utiliser les ressources limitées existantes.

« Si vous n'arrivez pas à contacter votre médecin avant d'aller aux urgences appelez le 15 », ne doit ainsi pas être interprétée comme une réduction d'accès ou une fermeture des urgences mais comme la possibilité de bénéficier d'un parcours de soins ambulatoire adapté.<sup>17</sup>

#### **2.1.4 Une organisation structurée de la médecine d'urgence autour des SAMU**

##### **A) Perspective historique**

Au cours des années 1990-2010, la couverture du territoire national par des SAMU et des SMUR a provoqué un développement majeur de la Médecine d'Urgence (MU) sur le plan clinique, scientifique, pédagogique et organisationnel. Ce développement s'est fait

<sup>17</sup> Carli.



parallèlement au renforcement de la place de l'Anesthésie-Réanimation (AR), notamment sur le plan universitaire, et à la création de la Médecine de Catastrophe suite à plusieurs situations sanitaires exceptionnelles (l'effondrement du stade de Furiani en 1992, la vague d'attentats terroristes de 1995-96, l'explosion de l'usine AZF à Toulouse en 2001, les épidémies du SRAS en 2003 et de la grippe H1N1 en 2009, ou la canicule de 2003) qui ont, à leur façon, contribué à conforter les rôles des SAMU et des SMUR en cas d'afflux important de victimes. Cette période a accru considérablement la visibilité internationale des SAMU. Aujourd'hui, la médecine d'urgence préhospitalière française est reconnue dans le monde entier.

## B) Le rôle des acteurs

### • **Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)**

Le SAMU est un centre d'appels répondant 24h/24 aux besoins de santé de la population. Il intervient pour les prises en charge préhospitalières, notamment en amont du recours à un établissement de santé. La régulation médicale effectuée par le SAMU a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée aux besoins du patient. Elle permet d'orienter les patients vers la juste prestation médicale que requiert son état en disposant d'un éventail de réponses correspondant à différents niveaux de gravité et d'urgence.

Les SAMU participent également à la prise en charge sanitaire des victimes impliquées dans une situation exceptionnelle, suivant le plan d'organisation des secours défini.

Il existe un Samu par département et un Samu zonal par zone de défense (7 zones de défense en France) qui a pour rôle de coordonner les Samu de la zone en cas d'évènement exceptionnel.

Tous les SAMU de France (même dans les DOM-TOM) travaillent en réseau. Ils communiquent régulièrement entre eux et sont capables de se coordonner sur des actions, si nécessaire.

### • **La régulation médicale**

Chaque SAMU s'appuie sur une régulation médicale qui a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée à tout appel venant d'une personne en détresse. Elle est accessible par le numéro d'appel d'urgence "15" et est effectuée par des médecins hospitaliers urgentistes et des médecins en exercice libéral.

Pour atteindre cet objectif, il :

- Assure une écoute médicale permanente ;
- Détermine et déclenche la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;

- S’assure de la disponibilité des moyens d’hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l’état du patient ;
- Organise le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- Veille à l’admission du patient.

Pour accomplir ses missions, le SAMU peut faire intervenir différents acteurs :

- Les structures mobiles d’urgences et de réanimation (SMUR) ;
- Les services départementaux d’incendie et de secours ;
- Les transporteurs sanitaires privés ;
- Les médecins et paramédicaux libéraux.

La participation de ces moyens privés, sous la responsabilité de la régulation médicale du SAMU, est déterminée par convention.<sup>18</sup>

La spécificité de la régulation médicale est de s’effectuer à distance du patient, par téléphone, sans examen physique, l’appelant n’étant pas toujours le patient. Le médecin régulateur, lorsqu’il est au téléphone avec l’appelant, élabore une représentation de la situation grâce aux nombreuses informations qu’il doit centraliser, trier et prioriser rapidement. Notons à ce sujet que si la décision médicale incombe au médecin, c’est un réseau d’acteurs qui est engagé dans le processus. Une coopération est nécessaire en salle de régulation entre les Assistants de Régulation Médicale (ARM) qui répondent en premier au téléphone et effectuent un tri des appels selon le motif exprimé et les médecins. La coopération se fait aussi avec les acteurs de terrain issus de différents corps de métiers comme les pompiers, les ambulanciers privés, les médecins de garde, les policiers, l’équipe médicale du Service Mobile d’Urgence et de Réanimation (SMUR). De même, elle s’opère avec les personnels d’établissements hospitaliers qui vont accueillir le patient si nécessaire.<sup>19</sup> La régulation médicale implique donc une multitude d’opérateurs qui doivent travailler en complète synergie et vers les mêmes objectifs de qualité et sécurité des parcours de soins.<sup>20</sup>

- **La Structure Mobile d’Urgence et de Réanimation (SMUR)**

Rattaché à un établissement de santé, le SMUR consiste en un véhicule et une équipe composée d’un médecin spécialiste en médecine d’urgence, d’un infirmier et d’un

---

<sup>18</sup> « Le SAMU et le SMUR - Ministère de la santé ».

<sup>19</sup> Mouchet, Demeslay, et Bertrand, « Coopérer en régulation médicale au Samu centre 15 ».

<sup>20</sup> Dautrepe et Telion, « Développer une culture qualité au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) du SAMU de Paris ».

conducteur ambulancier et contenant une unité mobile hospitalière. Le véhicule SMUR est doté d'un matériel de réanimation complet. Cette unité basée à l'hôpital intervient exclusivement sur régulation du SAMU pour assurer la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport des patients en situation d'urgence médicale.<sup>21</sup>

## **2.2 Le Service d'Accès aux soins (SAS) : un dispositif organisationnel innovant de régulation de la demande de soins non programmés**

### **2.2.1 Qu'est-ce que le SAS ?**

Le SAS est un service qui doit permettre à chacun d'accéder rapidement aux soins dont il a besoin et participer ainsi à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Il repose sur deux volets de base :

- **Une plateforme digitale** (comprenant un site internet, une application) permettant d'accéder à une information précise sur l'offre de soins sur le territoire et de prendre rendez-vous rapidement chez un professionnel de santé ;
- **La prise en charge unique des appels** pour toute **situation d'urgence** ou pour tout **besoin de soins non programmés**, lorsque l'accès au médecin traitant n'est pas possible en première intention (annexe I). Il se traduit notamment par une plateforme téléphonique de régulation médicale, opérationnelle 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Elle permet, en fonction de l'urgence de chaque situation et des besoins des patients, d'obtenir une réponse adaptée pour des soins non programmés. Elle propose une orientation ou un conseil médical ou paramédical, la prise de rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 48 heures, l'accès à une téléconsultation, l'orientation vers un Établissement de santé ou l'engagement d'effecteurs auprès des patients.

Cette démarche associe ainsi la régulation médicale de l'aide médicale urgente (AMU) et de la permanence des soins ambulatoires (PdSA) historiquement réalisées dans les SAMU-Centres 15, et la régulation médicale de médecine générale pour les soins de ville non programmés, avec une régulation médicale par la médecine de ville en complément de la régulation médicale hospitalière. Des expertises sanitaires complémentaires pourront intégrer le SAS dans le cadre d'une réponse transversale et coordonnée (ex : régulation

---

<sup>21</sup> « Le SAMU et le SMUR - Ministère de la santé ».

médicale psychiatrique, pédiatrique, gériatrique, toxico- logique, médico-sociale, etc.).<sup>22</sup>



**Illustration des bénéfices du SAS pour les patients – Sécurité de la santé**

L'instruction du ministère de la santé du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentateurs du service d'accès aux soins décrit les principes incontournables (correspondant aux conditions à remplir par les projets pilotes) et les recommandations concernant la mise en place du SAS.

Parmi les principes incontournables, on retrouve :

**1) L'organisation territoriale**

Selon laquelle :

- Tout projet devra être porté collectivement par le SAMU et des acteurs de la médecine de ville sous la forme d'un projet médical partagé ;
- Les territoires sélectionnés devront avoir engagé une dynamique entre la médecine de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière (dialogue préexistant, partenariats déjà engagés) ;
- Pour garantir l'effectuation des soins non programmés et la bonne articulation avec les objectifs de Ma Santé 2022, la présence sur le territoire d'une CPTS ou d'un projet de CPTS qui contribue à une organisation effective des soins non programmés, témoignant d'une dynamique territoriale, est nécessaire ;
- Les territoires devront être dotés d'une organisation de la permanence des soins ambulatoires satisfaisante en soirée, week-end et jours fériés ;
- Les territoires sélectionnés devront avoir engagé une dynamique entre le SAMU et les services de secours (dialogue préexistant, partenariats déjà engagés).

<sup>22</sup> DGOS, « Instruction du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentateurs du service d'accès aux soins ».

## 2) Les services socles

Des services minimums obligatoires qui devront être communs à tous les territoires, développés au sein des pilotes dès leur lancement et déployés ensuite à grande échelle lors de la généralisation, sont les suivants :

- Une régulation médicale d'aide médicale urgente 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, avec si nécessaire une orientation vers un service d'urgence, le déclenchement possible d'un SMUR, du SDIS ou d'un transporteur sanitaire privé ;
- Une régulation médicale de médecine générale 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en articulation avec la permanence des soins ambulatoires (PDSA), avec la possibilité de prendre un rendez-vous en ville rapide (dans les 48 heures) pour le patient ;
- La délivrance de conseils médicaux par le médecin urgentiste ou le médecin généraliste de la régulation médicale (orientation vers une prise en charge adaptée, conseils, etc.) ;
- L'identification et l'orientation vers la pharmacie de garde présente sur le territoire.<sup>23</sup>

Les autres recommandations sont consultables dans l'annexe V.

Le principe retenu par la France, est celui d'un point unique ou « guichet unique », passant par un numéro bien identifié (le 15), qui délivre 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 à une prise de rendez-vous.

Ce service d'accès aux soins est un dispositif transparent, à destination de l'utilisateur. Il repose 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.<sup>24</sup>

### 2.2.2 Cadre théorique : la notion de « Guichet unique »

Le concept de guichet unique est apparu récemment dans le champ de l'administration publique. Cette apparition semble devoir être mise en relation avec des tendances lourdes qui poussent aujourd'hui les administrations à faire évoluer leurs prestations de service.

Pour les auteurs Bent et al., « l'essence de l'approche du guichet unique est de rassembler différents services administratifs ou d'information de façon à réduire le temps et l'énergie dépensés par les citoyens pour trouver et obtenir le service dont ils ont besoin ».

---

<sup>23</sup> DGOS, « Instruction du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentateurs du service d'accès aux soins.pdf ».

<sup>24</sup> Mesnier, Carli, « Rapport pour un pacte de refondation des urgences ».

Différents éléments peuvent expliquer les réflexions et les initiatives qui ont vu le jour actuellement dans le monde des administrations. Parmi ces éléments, il y a ceux qui sont liés à l'administration elle-même et à son besoin de repositionnement en matière de qualité du service public et, d'autre part, ceux qui découlent d'une évolution plus générale de l'informatisation telle qu'elle est observable dans le contexte des grandes entreprises informationnelles. Cette évolution ne va pas sans orienter la réflexion des administrations, d'autant plus qu'elle suscite des exigences nouvelles de la part des citoyens.

Les travaux de recherche menés par l'étude européenne de Claire Lobet-Maris distinguent trois formes majeures que peuvent présenter les guichets uniques (Tableau I).

<b>Guichet unique</b>	<b>Informationnel</b>	<b>Transactionnel</b>
<b>Non intégré</b>	Premier point de service	Portail de services administratifs
<b>Intégré</b>	Parcours administratif intégré	

**Tableau I – Typologie des guichets uniques selon Lobet-Maris**

Le parcours administratif intégré ou *one-stop shopping* correspond à la forme la plus avancée de guichet unique. Il sous-tend une réorganisation fondamentale des procédures administratives en vue de mettre au point une approche complète et intégrée de la demande du citoyen. À la verticalité des compétences qui structure les autres formes de guichet unique, on peut opposer ici une horizontalité de la prestation qui transcende les compétences propres à chaque structure dans une procédure unifiée et centrée sur la demande du citoyen. Ce dernier type de guichet unique suppose ainsi une réorganisation non seulement de la « vitrine » (ou front office) de l'administration, mais aussi, et sans doute avant tout, du « magasin » (ou back office) de l'administration à travers des révisions de fond des procédures et des systèmes humains et informationnels qui les supportent. D'après les résultats de l'enquête de Lobet-Maris, il reste encore très peu présent dans le monde administratif d'aujourd'hui.

La mise en place de guichets uniques s'accompagne bien souvent du développement de supports technologiques. L'étude de Lobet-Maris propose une typologie permettant de classer les cas étudiés. Quatre supports technologiques ont été distingués dans l'enquête: le premier est un support physique ou humain, comptoir ou guichet d'accueil administratif ;

le deuxième se base sur les technologies du Web ; le troisième, sur la technologie des bornes interactives ; enfin, le quatrième se base sur la technologie plus conventionnelle des centres d'appels. Le tableau II permet ainsi de rendre compte des multiples déclinaisons opérationnelles du guichet unique sur la scène administrative.

	Comptoir	Site Web	Borne	Centre d'appels	Total
Premier point d'information	4	14	8	6	32
Portail de services administratifs	23	9	6	—	38
Parcours administratif intégré	19	7	3	1	30
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>30</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Tableau II- Déclinaisons opérationnelles du guichet unique selon Lobet-Maris**

À partir de ces données, nous pouvons conclure que le dispositif SAS semble être un exemple de guichet unique : en effet il constitue la porte d'entrée d'un parcours intégré d'accès aux soins non programmés par un numéro unique : le 15. Son support technologique est un centre d'appel (le CRRA-15) associé à une plateforme nationale numérique répertoriant tous les effecteurs de soins.

Le développement de guichet unique dans l'administration suppose un changement important au niveau organisationnel. Il s'agit d'un changement de paradigme complet où l'administration doit s'orienter vers une approche orientée vers l'utilisateur. Ainsi d'une organisation orientée vers l'administration et le respect des lois, on évolue vers une organisation orientée vers les besoins de l'utilisateur. Selon Lobet-Maris, ce changement implique plusieurs difficultés pour les administrations :

- Un changement de culture dans les relations entre l'administration et ses usagers, à travers une conception plus interactive et personnalisée du service à l'utilisateur ;
- Préciser les besoins des usagers en matière de processus administratif intégré : la détermination des systèmes intégrés à réelle valeur ajoutée pour l'utilisateur apparaît comme une réelle difficulté dans les administrations ;
- Des difficultés classiques liées à la mise en place d'outils informatiques nouveaux ;

- Des réarrangements organisationnels qui supposent une nouvelle répartition des prérogatives et des missions qui peuvent se heurter à des résistances (des nouvelles relations de pouvoir par exemple) ;
- La modernisation et l'amélioration de la qualité des services publics qui est à la fois nécessaire et difficile ;
- Le rôle des porteurs de projet qui semble déterminant ;
- Le respect du principe d'équité, inhérent au service public.

Considérant le SAS comme un exemple de « guichet unique », notre étude cherchera à identifier les difficultés et opportunités qu'implique sa mise en place.

### **2.2.3 Annonce de la problématique**

La mise en place de guichets uniques suppose d'importants changements organisationnels pour les administrations concernées. L'objectif de cette étude est de comprendre, à partir du cadre théorique sur les guichets uniques, les implications organisationnelles associées à la mise en place d'un SAS au sein du plus grand SAMU de France. Cela permettra de mieux identifier les opportunités et les freins à sa mise en place et d'en déduire des axes d'amélioration afin d'éclairer d'autres SAMU dans leur démarche de déploiement du SAS.

## **3 Méthodologie**

### **3.1 Le contexte de l'enquête**

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons réalisé une enquête au sein du Samu-Centre 15 de Paris, dont les locaux sont basés à l'Hôpital Necker, établissement public de santé de l'AP-HP. En 2020, le Samu de Paris a été désigné pour être l'un des 22 sites pilotes de mise en place du dispositif de Service d'Accès aux soins (SAS) par le ministère de la Santé. Sa mise en place s'appuie sur un cahier des charges décrit dans l'instruction du 24 juillet 2020.

Après plusieurs mois d'expérimentations (à compter de janvier 2021), le projet SAS a été concrètement lancé au SAMU de Paris le 1<sup>er</sup> décembre 2022 avec l'arrivée du chef de projet SAS et du superviseur SAS dans les locaux du CRRA - Samu 75.

#### **3.1.1 Les acteurs du SAMU 75 impliqués dans la mise en place du SAS**

- **Le personnel hospitalier**

Le personnel hospitalier, du secteur de l'aide médicale urgente (AMU) majoritairement est recruté par l'AP-HP.



**Le Chef de service** est la professeur Pierre Carli, également président du Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH). Il quittera ses activités hospitalières à l'été 2023 après 25 ans passés à la tête du SAMU de Paris.

**Les médecins régulateurs** : la plupart sont urgentistes ou anesthésiste-réanimateur. Il y a aussi un pédiatre et un psychiatre. Un des médecins urgentistes est également responsable de la régulation.

**Le médecin référent ou coordinatrice qualité** : son rôle est d'assurer la qualité et la sécurité des soins au SAMU. Elle a également une mission assez transversale, de support (ou bras droit) du chef de service.

**Les ARM** : leur rôle est de réceptionner les appels et d'effectuer le triage et l'orientation vers le secteur adapté à la situation, afin que l'appel soit ensuite régulé par un médecin. Ils sont actuellement 70. Ils effectuent un roulement sur différentes missions : ARM N1, ARM N2 (PA ou PB), ARM « radio ».

**Le superviseur ARM** : c'est un ARM expérimenté qui est présent en salle de régulation et intervient en support ou pour prodiguer des conseils aux autres ARM en cas de difficulté.

**Le cadre de santé des ARM** : dont le rôle est d'encadrer les ARM, surtout au niveau administratif, et de gérer les plannings.

**Les renforts de régulation d'étudiants volontaires (RREV)** : ce sont des étudiants en médecine (externes de 4 ou 5ème année). Ils sont 15 actuellement.

- **Le personnel non hospitalier**

Le personnel du secteur des soins non programmés (SNP) est recruté par l'ADMLR 75 (l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale, la permanence des soins ambulatoires et des soins non programmés de Paris).

**Le chef de projet SAS** a pour mission de développer le projet sur le terrain, en lien étroit avec l'ARS Ile-de-France.

**La superviseuse SAS** joue un rôle très transversal. Elle participe activement au développement du projet, notamment en ce qui concerne les relations avec les effecteurs

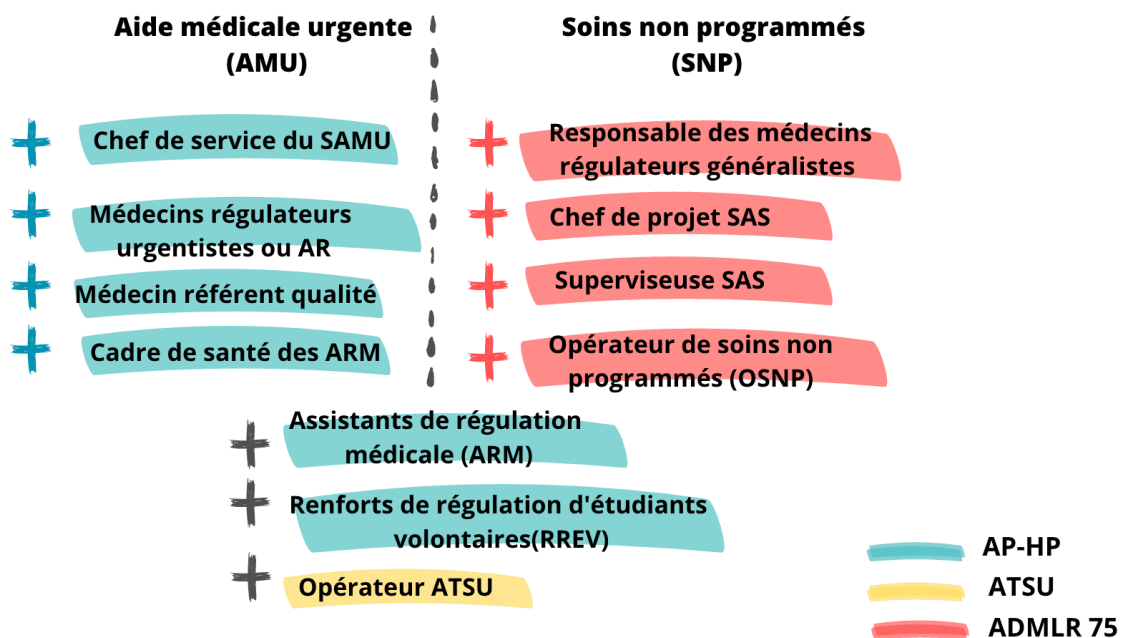
de ville. Elle supervise et conseille les OSNP. Elle assure la communication avec l'AMU, facilitée par son expérience de plusieurs années en tant qu'ARM au SAMU 75.

**Les médecins régulateurs généralistes libéraux :** ils sont supervisés par un médecin responsable de la régulation des médecins généralistes au SAMU 75. Ils sont actuellement 83 médecins régulateurs généralistes dans l'association ADMLR 75 à partager leur temps entre leur cabinet de ville et la régulation au SAMU.

**Les opérateurs de soins non programmés (OSNP) :**

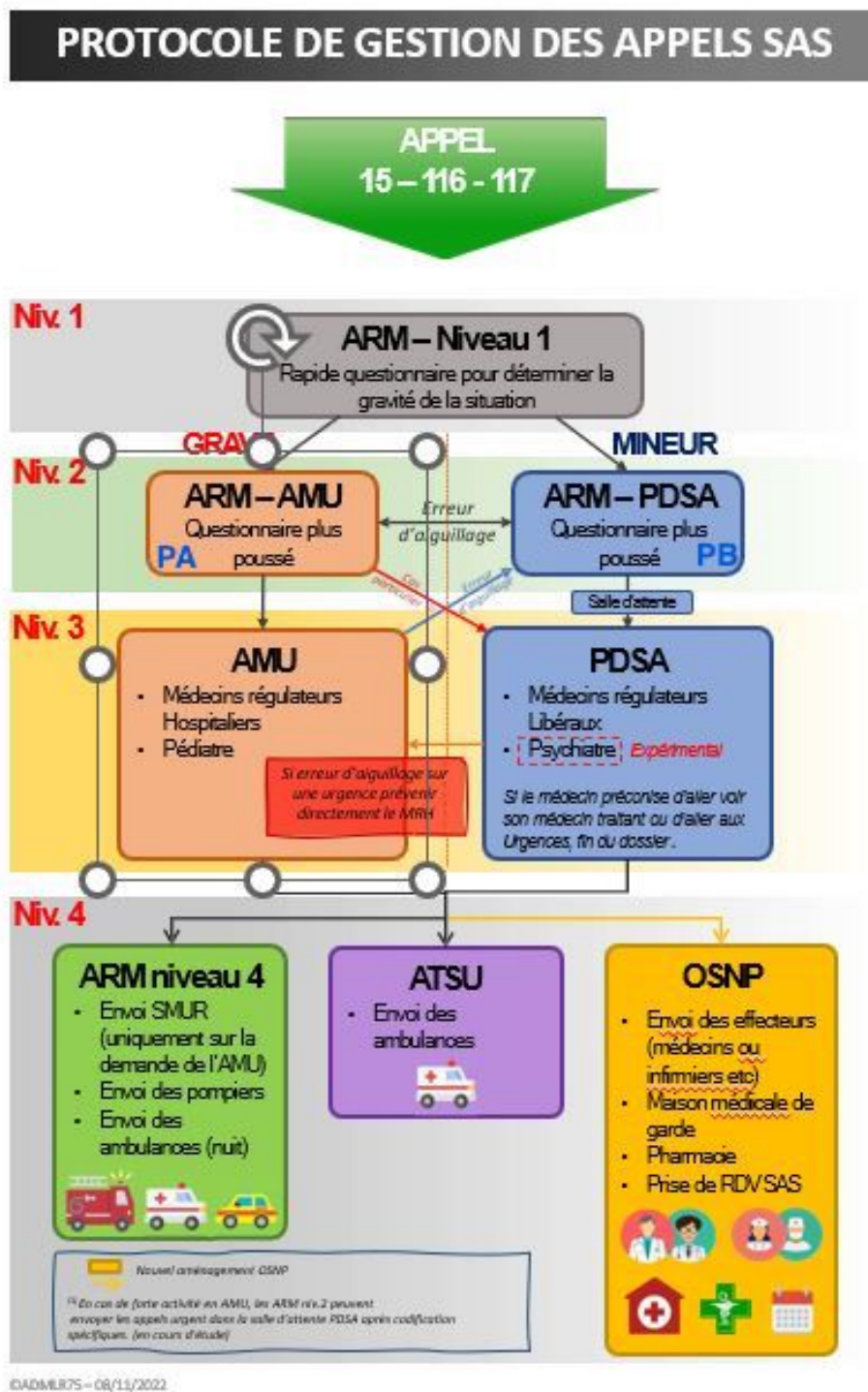
Leur rôle est d'assister les médecins régulateurs généralistes dans le déclenchement des moyens choisis (effecteurs). C'est le chef de projet SAS et la superviseuse SAS qui organisent le recrutement des OSNP. Il y a actuellement deux OSNP basés au SAMU 75.

**Les opérateurs ATSU :** c'est un opérateur fourni tous les jours au SAMU, par l'Association des transports sanitaires urgents (ATSU). Il est en poste dans la salle de régulation AMU (PA). Son rôle est de déclencher (via le logiciel Sirius de Lomaco) les ambulances privées lorsque cet effecteur a été prescrit par la médecin régulateur urgentiste ou généraliste. Il déclenche l'ambulance la plus proche.



**Acteurs du Samu 75 impliqués dans la mise en place du SAS**

### 3.1.2 Le protocole de régulation



#### Protocole de gestion des appels SAS au SAMU 75

- **Le décroché (Front office)**

Le « front office » du numéro unique santé est assuré par des assistants de régulation médicales (ARM), agents hospitaliers formés dans des centres de formation des assistants de régulation médicale (CFARM) qui procèdent à la qualification immédiate de l'appel.

Le premier ARM est un décroché de niveau N1 : c'est la « front line » qui assure le premier tri. En un temps très court (moins de 45 secondes), il vérifie le numéro de l'appelant, le motif de l'appel et que cet appel est bien passé depuis Paris. Après trois questions maximum, il oriente l'appel à un ARM de niveau N2, selon la procédure habituelle vers la filière AMU ou Soins Non Programmés (SNP), anciennement PDS.

Le deuxième ARM de niveau N2 (N2 AMU/ PA ou N2 SNP/PB) complète le dossier (numéro de téléphone, adresse...), réalise l'interrogatoire qui permet de confirmer l'orientation de l'appel. Il transmet ensuite au médecin de la filière concernée.

Les appels qualifiés d'EU (Extrême Urgence) nécessitant des gestes qui sauvent sont traités en N1 dans leur globalité. Une interconnexion entre les filières reste indispensable. Toute erreur d'orientation détectées par l'ARM N2, entraîne une réorientation de l'appel dans l'autre filière, en particulier du SNP vers l'AMU<sup>25</sup>. Notons, qu'à tous les niveaux, un transfert de la médecine générale vers l'AMU ou vice versa est possible.

- **La régulation médicale**

La régulation médicale aussi bien par les médecins urgentistes et par les médecins généralistes concerne implique la décision médicale de déclencher le moyen (effecteur) adapté à la situation de l'appelant.

Lorsqu'un médecin urgentiste décide d'envoyer une ambulance privée, c'est l'opérateur ATSU, présent dans la salle de régulation, qui déclenche l'ambulance la plus proche. Pour les autres moyens déclenchés (SMUR, pompiers...), c'est un ARM au poste d'« ARM radio » qui se charge de déclencher les moyens sur décision du médecin.

Du côté de la médecine générale, les décisions prises sont traitées par les opérateurs de soins non programmé (OSPN). Notons qu'un médecin généraliste du secteur SNP, ne peut déclencher un SMUR sans l'avis d'un médecin de l'AMU.

- **Les effecteurs (back office)**

Les effecteurs correspondent aux moyens engagés, sur décision des médecins régulateurs, pour répondre à la demande ou situation de l'appelant.

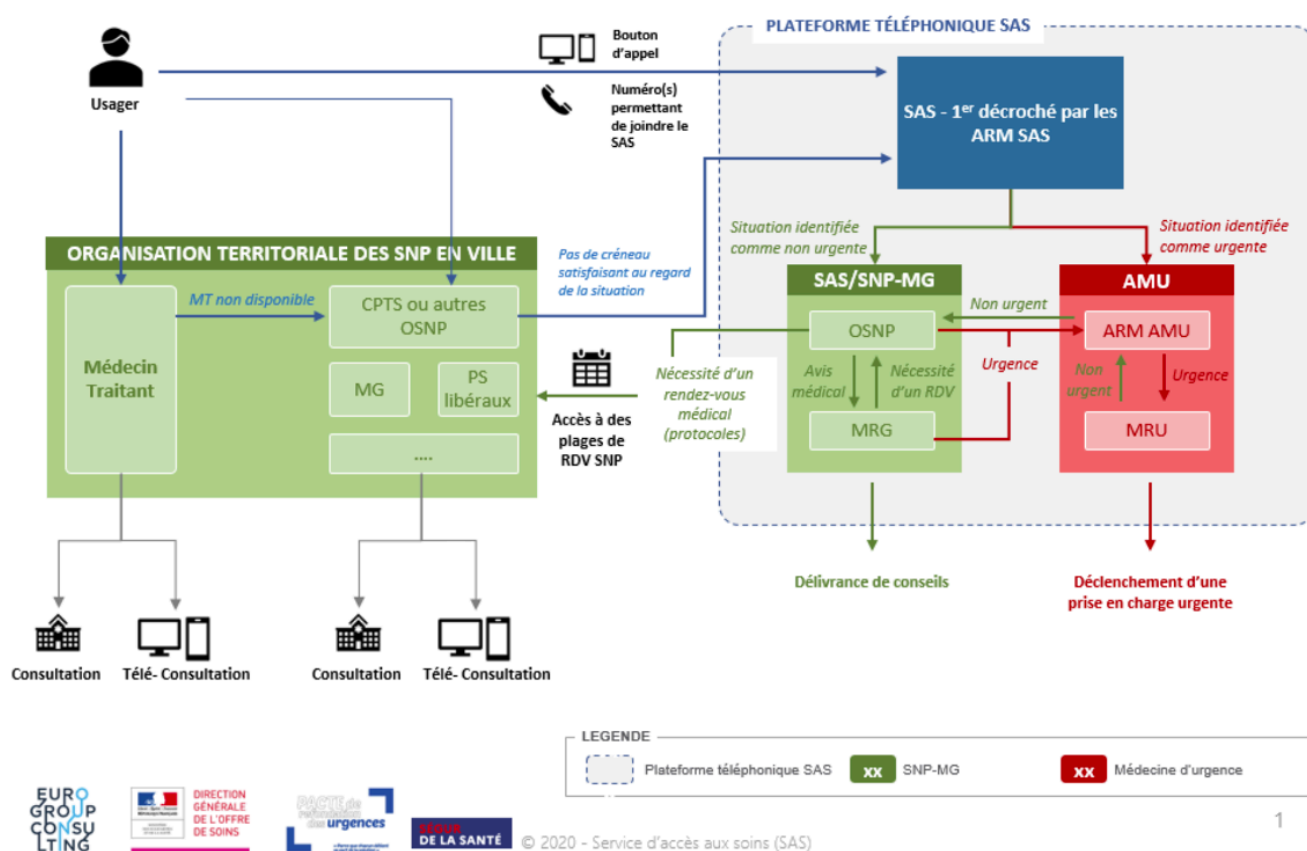
Les vecteurs pouvant être engagés par l'AMU sont : le SMUR, un médecin à domicile, l'ambulance, les pompiers.

Dans le secteur des SNP et de la médecine générale, le panel de réponses pouvant être proposés aux patients est plus large, c'est d'ailleurs tout l'enjeu du SAS. Celui-ci devrait continuer à s'élargir, afin de répondre à tous besoin en santé ou situation sociale complexe, des citoyens. Actuellement, via le SAS du SAMU 75 les patients peuvent bénéficier :

---

<sup>25</sup> « Compte rendu réunion SAS ARM - Samu 75- Janvier 2021 ».

- d'un conseil médical par téléphone,
- d'une prise de rendez-vous en cabinet médical (via la plateforme numérique SAS), en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou en maison médicale de garde (MMG),
- d'une téléconsultation,
- d'une visite médicale à domicile (via SOS médecin ou UMP),
- d'un accès à l'offre de soins de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) la plus proche,
- d'une mise en relation avec un dispositif d'appui à la coordination (DAC).



### Organisation de la plateforme téléphonique du SAS vue du patient

**NB** : Il semble important de noter que le SAMU de Paris a cependant une spécificité. Il reçoit deux flux d'appels : le flux « 15 » et le flux « hors 15 ».

Le flux « hors 15 » correspond à des lignes spécifiques de numéros à dix chiffres pour joindre le SAMU, dédiées aux institutions (pompiers, police, ambassades, Ratp, Sncf, Air France, bâtiments d'État comme l'Élysée et l'Assemblée Nationale).

### 3.1.3 Les locaux

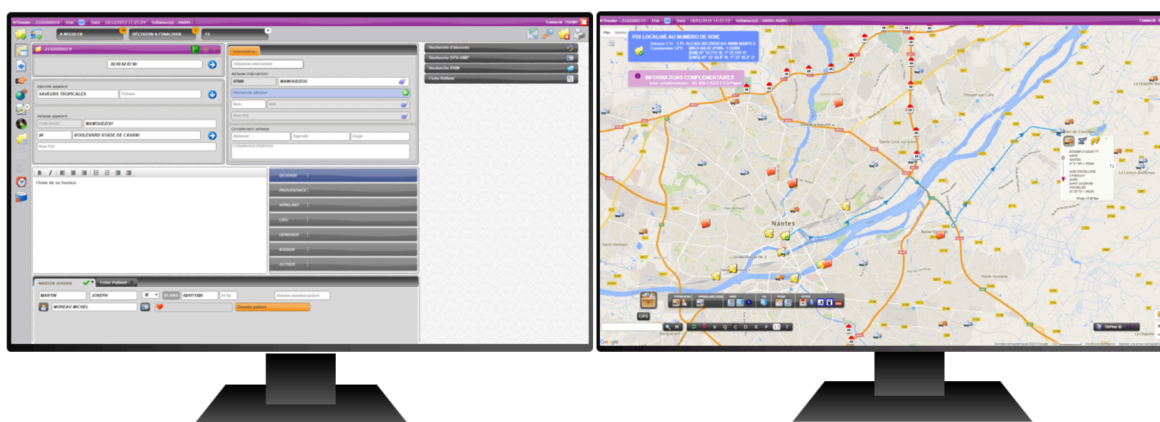
La salle de régulation de l'aide médicale urgente (salle PA) se situe au 3<sup>ème</sup> étage des locaux et regroupe les ARM (niveaux 1 et 2), le superviseur des ARM, les médecins régulateurs de l'AMU (médecins urgentistes, anesthésistes réanimateurs, pédiatre et psychiatre).

Faute de place, la salle des soins non programmées (salle PB) est positionnée au 2<sup>ème</sup> étage des locaux. Elle regroupe les OSNP, les médecins régulateurs libéraux et la superviseuse du SAS. La réunion des professionnels dans une même salle permet un échange et une collaboration fluide entre les différents acteurs.

Les bureaux administratifs de la partie AMU sont répartis aux 2<sup>ème</sup> et 3<sup>èmes</sup> étages, tandis que le bureau administratif des employés de l'ADMLR 75 (secteur SNP) se situe au 1<sup>er</sup> étage.

### 3.1.4 Les logiciels utilisés

Les deux salles (PA et PB) bénéficient d'écrans donnant accès aux logiciels téléphonique MédiQ (gestion des appels) et Centaure15 (gestion des dossiers de régulation médicale (DRM)).



**Logiciel Centaure15**

En revanche, seul le personnel de la salle SNP a accès à la plateforme numérique nationale du SAS, sur un 3<sup>ème</sup> écran. C'est un agrégateur de rendez-vous permettant de réunir tous les agendas des médecins inscrits sur la plateforme. Elle permet la prise de rendez-vous pour des consultations en cabinet médical, des téléconsultations ou des visites à domicile. Cette plateforme est déjà en place et est en cours de développement par l'Agence Nationale de Santé (ANS). À titre d'exemple, entre décembre 2022 et mai 2023, il y a eu environ 300 médecins parisiens supplémentaires inscrits sur la plateforme.

### **3.1.5 Gouvernance et statut juridique**

La partie AMU est sous la gouvernance de l'AP-HP.

Le secteur des SNP est piloté par l'ADMLR 75. C'est un organisme privé, en activité depuis 9 ans, qui n'est pas rattaché à l'AP-HP. À la demande du gouvernement, l'association a évolué pour la mise en place du Service d'accès aux Soins (SAS) afin de répondre à la demande de Soins non Programmés (elle est alors passée de l'ADMLR 75 1 à l'ADMLR 75 2).

L'instruction du 24 juillet 2020, relative aux attendus pour les projets pilotes SAS exige, a minima, dans un souci d'équilibre une convention entre les représentants des filières hospitalières et libérales, l'autre option plus poussée étant la voie du groupement de coopération sanitaire (GCS). Dans le cas étudié, l'AP-HP (à laquelle appartient le SAMU 75) est liée juridiquement à l'ADMLR 75 par une convention simple.

### **3.1.6 Financement SAS**

Pour décrire son financement, nous pouvons diviser le dispositif SAS en trois compartiments :

- La partie « décroché » des appels, triage et orientation des appels par les ARM N1 est entièrement couverte par le budget SAS.
- La filière d'aide médicale urgente (AMU) est financée comme était financé le SAMU à l'origine (puisque finalement, c'est la SAMU qu'on a mis à l'intérieur), soit par une mission d'intérêt générale (MIG).
- La filière SNP regroupant les médecins généralistes, les OSNP, le chef de projet SAS et la superviseuse SAS, ne peut être financée par une MIG (le personnel n'étant pas fonctionnaire). Elle dispose d'un budget particulier de soins non programmés, permettant de payer les salaires ou les paiements des médecins régulateurs. Ce budget est géré par l'association ADMLR 75 et distribué par l'ARS.

Les financements qui touchent aux moyens hospitaliers et à la médecine générale sont distincts mais convergents (c'est-à-dire qu'on ne finance pas des éléments en double ou des éléments qui soient contradictoires en termes d'organisation). Ainsi, il est intéressant de noter que l'ARM N1 (pourtant partagé par l'AMU et le secteur SNP dans le protocole) est financé par l'hôpital, de même que l'ARM N2 PA. En revanche, l'ARM N2 PB est financé par le budget SNP.

## **3.2 Les modalités de recueil de données**

La méthodologie de cette étude s'appuie sur trois sources principales. Dans un premier temps, elle repose sur des documents de cadrage ou de suivi de projet du SAS, internes au Samu de Paris.

Dans un second temps, nous avons collecté des données de nature qualitative à partir d'entretiens semi-directifs auprès des acteurs opérationnels (médecins régulateurs urgentistes et généralistes, assistants de régulation médicale, opérateurs de soins non programmés) et des managers (coordinatrice qualité du SAMU, superviseur des ARM, superviseur du SAS, chef de projet du SAS), aussi bien du secteur « médecine d'urgence » que du secteur « soins non programmés », travaillant au sein du Samu de Paris.

Enfin, nous avons également intégré des observations de terrain, afin d'enrichir nos données.

Pour unique critère d'inclusion, nous avons choisi d'inclure dans l'étude des participants en poste avant et au moment de la mise en place du SAS au SAMU de Paris afin de pouvoir identifier d'éventuels changements entre « l'avant » et « l'après » mise en place du SAS.

Les participants ont été sollicités par un *email* type de présentation de l'enquête et de la démarche d'entretien (annexe II). L'ensemble des entretiens a été réalisé sur rendez-vous, entre le 2 mai et le 24 mai 2023. Les entretiens ont eu lieu en présentiel, au sein des locaux du SAMU 75.

Avec l'accord des participants, les temps d'échange ont été enregistrés à l'aide d'une application d'enregistrement audio. Un participant a cependant refusé l'enregistrement. Les règles de confidentialités et d'anonymisation des informations recueillies ont été strictement appliquées.

Au total, nous avons conduit huit entretiens semi-directifs d'une durée comprise en 36 et 73 minutes. Les temps d'échanges ont été guidés par deux grilles d'entretien distinctes, à destination des acteurs ayant des postes strictement « opérationnels » (Grille A en annexe III) et des managers (Grille B en annexe IV).

## **3.3 Analyse de données**

Les documents internes auxquels nous avons eu accès ont été triés. Par souci de respect de la confidentialité des documents, un seul d'entre eux a finalement été sélectionné pour apparaître comme illustration dans ce mémoire.



Les entretiens ont été retranscrits par le logiciel « Sonix » puis retravaillés et analysés en rassemblant les verbatims jugés utiles pour répondre à notre problématique, dans un tableau, par thème.

Les observations relevées sur le terrain ont été triées et classées dans un « tableau des observations », par thème (selon les mêmes thèmes que les résultats).



## 4 Résultats

Les différents entretiens menés lors de cette étude révèlent que la mise en place du SAS au niveau opérationnel est « complexe ». Le ministère de la Santé et les Agences régionales de santé ont émis des recommandations de cadrage mais chaque SAMU doit s'approprier le dispositif en fonction de l'organisation déjà en place, des possibilités d'adaptation et des diversités territoriales propres à chaque SAMU.

### 4.1 Les enjeux du SAS

Le dispositif SAS offre l'opportunité de décloisonner la ville et l'hôpital : *« L'objectif est de coordonner les soins de ville et les soins hospitaliers. C'est un objectif majeur dont on parle depuis des dizaines d'années et qu'on n'a jamais réussi à vraiment concrétiser. Le SAS c'est quand même une des rares structures qui permet de le faire puisque tout le monde travaille ensemble dans cette structure. La médecine de ville libérale et la médecine hospitalière travaillent ensemble dans une cogestion et une coordination opérationnelle. Ça, c'est quand même pas mal. C'est là que l'idée est forte. »* explique le Professeur Carli, chef de service du SAMU 75.

D'après un médecin urgentiste, *« ce SAS nous permet d'élargir la réponse à la demande. Avant on envoyait les gens vers les urgences ou vers les services de spécialité d'urgences vitales. Quand ça relevait de la médecine générale on envoyait un médecin généraliste de SOS Médecin ou UMP (Urgences médicales de Paris) mais au-delà on avait pas d'autre réponse. Et tu as des gens qui ont déjà vu un généraliste et qui ont besoin d'un ophtalmo, des gens qui ont besoin d'une séance de dialyse et qui ne trouvent pas d'ambulance, des gens qui ont besoin d'un psychologue ou un kiné et qui ne savent plus quoi faire (...) le SAS permet un panel de réponses beaucoup plus large qu'avant »*

En ce qui concerne les zones à faible densité populationnelle et très faible densité médicale, selon une des personnes interrogées, la mise en place du SAS serait également une opportunité : *« le sujet, là, est que, à l'heure actuelle, par défaut, quelqu'un qui est malade ou qui est blessé ou qui a quoi que ce soit, il n'y a pas d'autre solution que d'aller aux urgences. Et les urgences, il n'y en a souvent plus beaucoup (...). Donc il y a beaucoup de gens qui se retrouvent à aller à 40 kilomètres à l'hôpital. Le sujet, c'est de savoir qu'est-ce qu'on peut faire qui soit une solution alternative à « je n'ai trouvé personne ». Premièrement, orienter les gens par téléphone vers les moyens existants, c'est le travail du SAS. Mais parallèlement, il faut développer d'autres prises en charge qui sont des prises*

*en charge ambulatoires (...) des solutions qui offrent la possibilité de traiter des soins non programmés ou de programmer des soins chroniques. Donc développer des maisons médicales type Maison de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) (...), mettre en place des maisons médicales de garde (MMG). Ça, ce sont des éléments qui peuvent être accessibles par le SAS et dont on peut rentabiliser l'organisation puisque le SAS, ayant une vision globale, pourra vous dire « écoutez, dans votre commune, il n'y a pas de maison médicale de garde, mais il y en a une qui est ouverte à côté et on sait qu'ils ont la possibilité de vous prendre ». Donc l'utilisation du SAS, même quand les ressources sont faibles, ça permet d'utiliser au mieux les ressources restreintes et de les mutualiser sur tout un territoire, ce qui permet aux gens de se déplacer intelligemment ».*

Cependant, la mise en place d'un tel dispositif peut présenter des difficultés. Une personne relève qu'intégrer la médecine générale dans un fonctionnement hospitalier ne va pas de soi : *« l'organisation de la médecine générale et de la médecine hospitalière n'ont rien à voir. On le voit bien, le fait d'avoir une liste de gardes, de gérer des plannings, ça fonctionnarise quand même les médecins généralistes (même si c'est dans le cadre de l'exercice libéral qu'ils viennent travailler dans ces structures-là), parce qu'on s'est organisé comme une structure hospitalière. Il y a un planning, c'est pas « aujourd'hui, j'ai pas envie de travailler, je suis libéral, je ferme mon cabinet », ça c'est pas possible. Donc de ce fait, cette organisation-là est importante et elle met donc un certain nombre de limites concrètes ».*

De plus, il existe des freins à la coopération ville-hôpital, plus marqués dans certains territoires, notamment par l'aspect syndical : *« Les médecins généralistes sont très syndiqués et dans certains endroits où il y a de longue date des querelles anciennes entre le SAMU, la permanence des soins, les syndicats médicaux et tout particulièrement les URPS (...). Le SAS rapprochant les gens, rapproche aussi ceux qui ne sont pas d'accord. Or, pour travailler ensemble, il faut que tout le monde soit d'accord ... Il y a des endroits où le conflit entre l'hôpital et les URPS est important (...) il n'y a pas beaucoup de bonne volonté ».*

Enfin, l'importance d'une communication adaptée et de la pédagogie à mettre en place vis-à-vis de la population, concernant le dispositif est soulignée, notamment car le SAS positionne les SAMU comme porte d'entrée du parcours de soins. Pour le moment, *« la CPAM n'a pas encore fait de publicité pour le SAS. Ça devrait arriver au mois de juillet. Donc là ils ont réfléchi à l'idée que le premier réflexe ne soit pas de faire le quinze. Ils réfléchissent vraiment à l'ordre de priorité. (...) Là, les grandes institutions ont décidé que c'est d'abord le médecin traitant, puis le parcours de soins non programmés (qui passerait*

par la CPTS), puis ensuite le 15. Pour éviter un engorgement du 15 (...) Parce que cette surcharge d'appels, on va y arriver, c'est sûr ». En effet, une fois la communication lancée auprès des citoyens français, une surcharge d'appels au 15 est attendue et pourrait mettre en difficulté l'organisation du SAS au sein des SAMU, notamment dans les départements où celui-ci n'est pas encore pleinement opérationnel.

## 4.2 Opportunités et freins dans l'organisation du SAS au Samu de Paris

### 4.2.1 Réception des appels (niveaux N1/N2)

#### Le décroché

Le SAS implique une réorganisation du protocole de réception et de tri des appels au 15. « C'est un polytechnicien qui a étudié la façon dont on devait décrocher et qui a inventé le N1 (décroché en moins de 45 secondes) et le N2. Avec ce simple tri extrêmement rapide plus personne n'attend et tu mets les gens dans la bonne filière (...) Quels sont les critères qualité qui permettent de voir si le N1 fait du bon travail ? Ça serait par exemple de voir si beaucoup de MG nous rappellent pour une urgence vitale, or aujourd'hui ça représente 1 à 2% des appels qui reviennent vers l'AMU. Ça veut dire que le triage est très efficace », explique un responsable de la régulation.

Un autre médecin confirme : « Grâce au décroché des appels, plus rapide, par le nouveau mode de fonctionnement, on arrive quand même à absorber correctement le flux d'appels. Le QOS s'est amélioré ».

D'après une responsable qualité, « On a vu un temps de décroché diminuer depuis l'augmentation du nombre d'ARM. Les stats sont un peu faussées par le fait qu'on n'était pas en configuration SAS le week-end avant et qu'on ne l'est que depuis 6 mois environ mais on le voit quand même très bien : le décroché en N1 en semaine était de 30 secondes et quand on arrivait le weekend on passait à 55 secondes ».

#### Les ressources humaines

- Les effectifs en ARM

Avec l'arrivée du SAS, le SAMU se positionne comme porte d'entrée du parcours de soins et cela sous-entend une augmentation du nombre d'appels au 15 et par conséquent, devrait entraîner une augmentation du nombre d'ARM pour répondre aux appels.

Cependant, « la grosse problématique est d'avoir les effectifs en ARM suffisants et je pense que c'est ce qui retarde encore les autres SAMU (...). En 2019, on a pris le problème à bras le corps. On a recruté massivement, il y avait 38 ARM et on est passé à 65. Et il y a eu la création du CFARM qui a pas mal aidé quand même (...). Mais il faut quand même savoir

que sur une promotion de 30, on est les quatre SAMU de l'AP-HP à se les répartir (...). Et il y a quand même 30% de turn-over (...), ils partent en région ou font un rejet de Paris », explique une responsable qualité.

La Directrice du Centre de Formation des Assistants de Régulation Médicale (CFARM) d'Ile de France complète : « on a fait des calculs et on a eu le soutien de la direction donc on a commencé à augmenter le nombre d'ARM progressivement il y a 5 ans (...) Donc on avait commencé progressivement l'augmentation du nombre d'ARM avant le SAS et heureusement, car ça aurait été très déstabilisant de faire arriver 30 ARM d'un coup. Aujourd'hui pour avoir un SAS qui fonctionne on est monté à 72 ARM. On a réussi en embauchant une dizaine d'ARM par an qu'on a réussi à fidéliser, car il n'y a pas de départs massifs (...) on les accueille bien ».

- Évolution du poste d'ARM

Au manque d'effectif en ARM, s'ajoute l'apparition de différentes missions pour un ARM depuis la mise en place du SAS. La gestion des plannings s'est alors complexifiée : « Il faut attribuer une mission à chaque ARM chaque jour et organiser un roulement pour que ça ne soit pas toujours les mêmes en N1, N2 PA et N2 PB ». À cela s'ajoutent des contraintes d'expérience : « pour faire du N1 au SAMU 75 il faut à minima avoir fait 1 an de PA-PB si on ne sort pas du CFARM. Et s'ils sortent du CFARM, au bout de 6 mois ils peuvent faire du N1 car le N1 doit être capable de trier rapidement et de déclencher les gestes de premiers secours rapidement comme le massage cardiaque si nécessaire », explique un encadrant.

Une responsable qualité ajoute que « la configuration SAS modifie l'implication surtout au niveau des ARM avec la première partie du décroché de l'appel (...). Les médecins régulateurs urgentistes, finalement, ça ne modifie pas tellement leur prise en charge, parce qu'on travaillait déjà avec les médecins de la permanence des soins (PDS) avant ». En effet, cette nouvelle organisation « demande une gymnastique compliquée aux ARM notamment les weekends et les jours fériés car on passe en SAS uniquement quand il y a un superviseur, soit de 10h à 20h, donc ceux qui le matin font 7h-14h30 doivent switcher au bout de quelques heures en poste et pareil pour le soir ». Ce changement de configuration en plein « shift », impose aux ARM une adaptabilité et un niveau de concentration supplémentaire. La fatigue qui peut en découler peut impacter la qualité de vie au travail et la qualité et sécurité de la prise en charge des appels.

De plus, « ça soulève plein de questions au sujet des process internes notamment lorsqu'un ARM décroche en P1 en cas d'arrêt cardiaque. On a fait une RMM (Revue de morbidité et de mortalité) récemment car un ARM n'a pas su débiter le massage cardiaque (...). Le

*SAS et le 1<sup>er</sup> décroché en 30 secondes, ça implique quand même des mesures reflexes (...). Il y a des ARM très formés et aguerris qui font ça depuis des années et ont presque vu toutes les situations mais il y a quand même des jeunes ARM qui doivent avoir un accompagnement et pour qui les procédures c'est un document de référence qui doit être mis à jour, actualisé, et c'est important que le cadre porte cette démarche ».*

Finale­ment, cette évolution de poste semble controversée. Elle peut être perçue comme positive : « ça permet de faire évoluer le poste d'ARM, de monter en compétences » ou comme une régression : « surtout pour les anciens ARM, ils avaient l'habitude de gérer les dossiers du début à la fin. Et là, ils ont une impression de régresser dans le boulot ».

### **La qualité du parcours patient**

Au vu des difficultés rencontrées par de nombreux français pour trouver un médecin en ville pour les prendre en charge, le SAS offre l'opportunité d'« établir au sein de la population française un continuum de prise en charge, de renforcer le continuum entre la ville et l'hôpital, de renforcer l'accès de nos concitoyens à la médecine de ville en essayant de booster les médecins généralistes à prendre leur part sur la partie d'urgences ou en tout cas sur ce qu'on a appelé les soins non programmés (SNP) car c'est de l'urgence « pas grave » (...). Et de les aider à prendre en charge ces SNP par une régulation renforcée en amont, plus large, en ouvrant le numéro 15 pas seulement aux urgences graves mais aussi à l'ensemble des SNP », explique une responsable qualité.

D'après le chef du projet SAS, « il y a des choses qu'on peut déjà voir sur l'orientation des patients : permettre la prise de rendez-vous en direct avec la médecine de ville, pour eux c'est tellement sécurisant ». Il ajoute que « Le SAS, ça évite des rappels et le grand bénéfice, c'est de pouvoir réintégrer les patients dans des parcours de santé ».

Cependant, au niveau opérationnel, un constat contradictoire émerge sur le ressenti du patient concernant la complexité de son parcours lors de l'appel au 15 : « il ne comprend pas trop pourquoi il a plusieurs interlocuteurs ». Une autre personne interrogée complète : « Il y a quand même une rupture dans la prise en charge de l'appel, d'où la nécessité d'accompagner l'appelant à chaque fois. Moi, j'incite les ARM à reformuler, notamment quand ils arrivent en 2<sup>ème</sup> position (N2), à reprendre le nom et dire « vous venez bien pour ça ». Car il y a des médecins qui décrochent en disant « qu'est-ce qu'il se passe ? » et tu as le patient qui répète pour la 3<sup>ème</sup> fois son problème (...) surtout si l'appel nous est transmis par les pompiers, ça fait 4 interlocuteurs ». Le médecin responsable de la régulation insiste également : « quand le N2 récupère le N1, il a pour consigne de faire en sorte que les gens n'aient pas l'impression d'avoir 50 interlocuteurs car ça, c'est le biais de l'organisation SAS en régulation ».

## 4.2.2 Régulation médicale des appels

### A) Secteur AMU

#### **La politique du SAMU 75 et les ressources humaines**

Concernant le tri et l'orientation des appels vers l'un des deux secteurs : « *normalement les pourcentages c'est 50% AMU et 50% PDS à peu près. Mais ça c'est propre au SAMU de Paris. Dans les autres SAMU, c'est plutôt 30% AMU et 70% PDS partout en province* » explique un responsable du SAS. D'après un médecin, cela s'explique par le fait qu' « *à Paris, du fait de la valence sociale, des personnalités publiques, des institutions etc, je pense qu'on se protège plus des risques qu'il peut y avoir. Il y a des règles qu'on a imposé à nos ARM : si c'est un appel provenant de l'Assemblée nationale, d'un commissariat, d'un médecin de ville, il va directement à l'AMU, même si c'est pas très grave et que c'est pour une demande d'ambulance. (...) Pour des raisons simples : des règles de confraternité avec des métiers qui sont difficiles et qui font un travail de service publique, à qui on essaye de donner une réponse rapide, sans envoyer systématiquement un SMUR si ça n'est pas nécessaire. On peut envoyer SOS médecin etc. Et puis, il y a la valence sociale, la visibilité de Paris avec des personnalités publiques et les journalistes qui sont plus dangereux sur Paris. On a probablement cette tendance à redoubler de vigilance pour limiter les écueils* ».

Un autre médecin explique qu' « *au SAMU de Paris, on s'est mis d'accord avec Pierre Carli qui donne la politique du service : les urgences potentielles comme les douleurs au niveau de la poitrine, la suspicion de grossesse extra-utérine, la colique néphrétique, doivent aller vers l'AMU. Alors que dans d'autres SAMU, à partir du moment où il n'y a pas d'urgence vitale, pouf, ça passe en PDS. Alors que nous, pour des raisons sécuritaires, on a décidé que les urgences vitales, les urgences douleurs et les urgences potentielles sont régulées par l'AMU. C'est pour ça qu'au Samu 75 on est à 50-50* ».

Cependant, « *le problème c'est que pour le moment on n'a pas assez de médecins régulateurs urgentistes, donc le temps d'attente en PA a augmenté* ». Un médecin complète : « *À ce jour, j'ai demandé aux ARM de passer aux médecins régulateurs toutes les douleurs thoraciques, mais on a un problème : on n'a pas assez de médecins régulateurs (coté AMU) par rapport au nombre d'appels, donc je vais bientôt modifier cette culture en disant « une douleur thoracique de quelqu'un de moins de 25 ans sans facteur de risque, on la passe en médecine générale » en assumant cette petite part de risque* ».

#### **Qualité du parcours patient**



Du côté de la régulation médicale par l'AMU, j'ai pu observer que les appels ne sont pas systématiquement transférés du N2 PA au médecin régulateur. Il est fréquent qu'ils échangent de vive voix sur un cas et que l'ARM transmette la décision médicale à l'ARM chargé d'envoyer le moyen, sans que le médecin régulateur ne prenne forcément le patient en direct au téléphone. Cela m'a été confirmé par une personne interrogée : « *souvent les médecins régulateurs urgentistes font reposer des questions par l'ARM à l'appelant* ». Ce temps d'échange médecin-ARM N2 puis ARM N2-patient puis à nouveau ARM N2-médecin (cycle pouvant se répéter) pourrait être annulé si le médecin régulateur prenait directement le patient en ligne et ainsi diminuer le temps d'attente en N2. Il peut donc constituer un frein à la fluidité de la prise en charge des appels.

## B) Secteur Médecine générale (ou SNP)

### **Les ressources humaines**

Concernant le recrutement des médecins généralistes libéraux en tant que régulateurs du SAS : un responsable du SAS pointe qu'« *ils sont tous super intéressés, ça marche vraiment. Il y a un retour positif, ils ont vraiment envie de s'investir en tout cas. Il y a une bonne dynamique* ». Une autre personne explique qu'« *à Paris, bien que ça soit une zone en tension on a quand même plus de ressources, la rémunération prévue par l'ARS est intéressante. De plus, ça diversifie leur activité, ça les sort du cabinet* ».

Cependant, ce constat ne semble pas suffisant. D'après un responsable du SAS, « *on en manque, le recrutement des MG est un peu compliqué. Parce que les médecins qui ont un peu de temps, il n'y en a plus beaucoup. Ils ont tous leur cabinet et ils y sont tous H24, en gros. Là, on essaye de trouver des accords avec l'ARS pour qu'ils puissent avoir le droit de prendre un remplaçant pour le cabinet pendant qu'eux viendraient faire de la régulation. Ça ferait double emploi, mais quelque part pour le bienfait du service public quand même. Actuellement, ce qui coince c'est que pour l'ARS, quand on a un remplaçant, c'est pour prendre du temps pour soi, et pas pour retravailler quelque part. Donc c'est être payé double quelque part* ».

La désertification de la médecine générale en ville est également un frein indirect au recrutement des MG en régulation. Ce frein est relevé et justifié par plusieurs personnes interrogées. D'après l'une d'elle « *il y a le financement de la médecine de ville, dont le prix est insuffisant, avec des médecins qui ne veulent plus s'installer car c'est difficile, contraignant. Et puis, l'administratif a pris de plus en plus le pas. À ce tarif-là ce n'est pas simple de pouvoir prendre une secrétaire* ». Une autre explique qu'« *aujourd'hui, les médecins ne veulent plus travailler à toute heure du jour et de la nuit, c'est un phénomène*

*sociétal. Les jeunes générations aspirent à un plus grand équilibre vie professionnelle et vie personnelle ». De plus, « la médecine s'est terriblement féminisée et même si les hommes ont pris une part importante dans la gestion de l'enfant, dans un couple, les tâches ménagères ou en rapport avec l'enfant, rares sont les hommes qui en ont pris plus de 50%. Ça reste encore majoritairement aux mains des femmes ».*

### **Mission du médecin généraliste**

Avant la mise en place du SAS, les médecins généralistes de la PDS devaient trouver et envoyer eux-mêmes les moyens aux domiciles des patients, or un responsable du SAS explique qu' « *au niveau de l'envoi de moyens, il y a quand même environ une cinquantaine de médecins envoyés par jour, entre 8 h et 20 h. Depuis le SAS et l'arrivée des OSNP, on leur enlève 50 médecins de moins à envoyer. Si tu prends une moyenne à peu près de trois minutes par appel, ça fait beaucoup de temps pour eux de gagné.* » Un autre membre du SAS confirme : « *l'arrivée des OSNP depuis février a permis de soulager les médecins régulateurs généralistes qui traitaient eux-mêmes leurs décisions avant* ».

Au-delà du support qu'offre l'introduction des OSNP aux médecins généralistes, le SAS introduit une nouvelle mission dans le métier de MG libéral, « *l'aspect novateur, c'est qu'on introduit dans la médecine libérale une notion de régulation. Si vous associez le fait que les médecins régulateurs réorientent des patients vers la médecine de ville* ». De plus, « *ça diversifie leur activité, ça les sort du cabinet* ».

### C) Relation AMU/ Médecins généralistes

À mon interrogation sur la cogérance et la coopération dans une même structure, de deux cultures professionnelles différentes avec d'un côté la médecine d'urgence et de l'autre la médecine générale un médecin répond : « *pour moi, le SAS ça n'est qu'un plus. Le fait de travailler avec la médecine libérale ça nous a permis de connaître nos confrères. Ce sont des interlocuteurs qu'on a avait au téléphone seulement et qu'on connaît maintenant. On se connaît mieux et il y avait beaucoup de généraliste qui faisaient un complexe vis-à-vis du SAMU. Ils craignaient d'appeler le SAMU pour leurs patients car peur d'être jugés ou d'avoir fait une bêtise Et le fait de les avoir au quotidien fait qu'on se connaît beaucoup mieux. Moi je tenais à les avoir avec nous dans la salle de régulation du haut mais le problème c'est qu'à Paris, avec le prix du m2, on n'avait pas la place, c'est pour ça qu'on a créé une salle de régulation en bas* ». Une autre personne explique : « *le sujet avec les médecins généralistes, le sujet qui est chaud, ce n'est pas tellement le travail, c'est la rémunération du travail (...)* Le point qui peut être un point de discorde chez les syndicalistes de médecins, c'est que finalement, on est mieux payé pour faire de la

*médecine libérale au téléphone à l'hôpital que le médecin qui est chargé de faire de la médecine et pas qu'au téléphone à l'hôpital (...) Bon, ici on ne va pas trop sur ce sujet parce que comme on connaît les avantages et les inconvénients et qu'être installé en ville, ce n'est quand même pas simple, ça se passe plutôt bien. Mais il y a des endroits où ça peut coïncider ».*

Les entretiens sont assez unanimes sur le fait, qu'au sein du SAMU de Paris il y a eu un aspect très facilitant dans les relations entre l'AMU et la partie SNP. D'après une personne interrogée « *ici, ça fait très longtemps qu'on travaille avec SOS Médecins, avec la garde médicale de Paris qui a été à l'origine de l'ADMLR 75 avec les urgences médicales de Paris. Donc ce sont des interlocuteurs depuis des dizaines d'années. On a eu plus de facilité pour trouver des points d'entente car on avait déjà une histoire commune ».* Une autre personne confirme : « *au SAMU 75 on a avait déjà la chance d'avoir une régulation par des médecin de ville depuis un certain nombre d'années. Entre Samu 75 et ADMLR 75 et également avec SOS médecin, il y a toujours eu de bonnes relations, ça a facilité les choses ».*

### **4.2.3 L'effectif**

#### **Les ressources humaines non médicales du secteur SNP**

La mise en place du SAS a créé plusieurs nouveaux métiers notamment celui d'opérateur de soins non programmés (OSNP), de superviseur SAS et de chef de projet SAS. Un OSNP raconte : « *on arrive à trouver des solutions à des gens qui n'ont pas de médecin traitant, qui n'ont pas de suivi. Pour les rendez-vous d'urgence je pense que ça aide pas mal aussi. Nous on a la plateforme qui nous aide beaucoup parce que ça n'est pas des rendez-vous que les patients peuvent voir (...). Quand on leur trouve un rendez-vous les patients sont satisfaits ».*

Le métier d'OSNP « *c'est tout neuf, on l'a inventé de circonstance »* explique un responsable du SAS. Un autre explique « *on arrive à trouver des solutions à des gens qui n'ont pas de médecin traitant, qui n'ont pas de suivi, ou pour les rendez-vous d'urgence (...) je pense que ça aide pas mal. Nous on a la plateforme qui nous aide beaucoup parce que ça n'est pas des rendez-vous que les patients peuvent voir. Et quand on leur trouve un rendez-vous les patients sont satisfaits ».* Une autre ajoute : « *Apporter une réponse aux gens qui appellent. Ça n'a pas de prix (...) Le travail de l'OSNP c'est vraiment de trouver une solution à quelqu'un qui a besoin d'aide (...) ça n'a pas de prix. En fait, clairement, c'est une vraie réponse. C'est vraiment le mot qui me vient à l'esprit. (...) Quand on voit que le*

*patient nous remercie 15 milliards de fois et qu'on se sent utile, on trouve un vrai sens à ce que l'on fait ».*

Le SAS est finalement présenté comme une opportunité pour les patients mais aussi pour les professionnels qui peuvent y trouver un métier dans lequel ils peuvent trouver un vrai sens.

*Le chef de projet SAS explique « ce projet, c'est vraiment une aventure, il y a tout à développer et chaque journée est différente... C'est ce qui me passionne. On part de rien et on développe ».*

En revanche, au niveau de la gestion des ressources humaines, des difficultés sont repérées. Un responsable du SAS explique : *« le recrutement des OSNP c'est compliqué. C'est difficile parce qu'on a une fiche de poste qui n'est pas complètement établie car c'est un nouveau métier. Ça fait partie de la mise en place mais ce travail n'est quand même pas très bien défini. On ne sait pas trop dans quel cadre on est ».* Il ajoute qu'*« niveau de la jurisprudence on n'a pas réellement de contact. S'il nous arrive un truc, et que l'OSNP est responsable on ne sait pas si on a la même protection vis à vis de l'hôpital et vis à vis du reste du monde que les ARM ou qu'une autre catégorie de personnel. On n'en sait rien et l'AP-HP n'a pas pu nous répondre pour le moment ».*

Concernant les profils des candidats au poste d'OSNP, une autre personne chargée du recrutement explique : *« Il y a eu plusieurs réponses. Des gens qui n'avaient pas travaillé depuis longtemps, il y a eu aussi pas mal de jeunes et puis des gens dont certainement les entreprises ne voulaient pas. On s'est retrouvé un peu en bout de chaîne avec un salaire qui n'était pas forcément très attractif au départ (...) On a déjà dû en remercier parce que ça ne fonctionnait pas ».*

Des freins administratifs ont également été décrit. Un responsable du SAS raconte : *« Si on veut même ne serait-ce que parler des cartes d'accès pour se connecter aux plateformes qu'on a mis plusieurs mois à avoir (...) On a été pas mal baladé et personne ne savait donc ça a été un cauchemar. Heureusement, entre temps l'ARS nous a filé une adresse email de connexion pour qu'on puisse quand même se connecter à la plateforme SAS. Sinon, on ne pouvait pas avoir accès à la plateforme. Normalement, la plateforme n'est accessible qu'avec une carte pro. Donc on ne pouvait pas y avoir accès du tout quoi. Donc pour la développer c'était compliqué ».*

## **Locaux SNP**

Les acteurs des deux secteurs sont réunis dans le bâtiment du SAMU 75 mais travaillent dans deux salles de régulation distinctes situées à deux étages différents. Un responsable du SAS explique que « *le seul reproche qu'on peut faire, c'est qu'on ne soit pas sur le même plateau que la régulation du 15. C'est tout à fait perturbant. On a la communication par le téléphone, mais par exemple, quand les médecins régulateurs ne sont pas disponibles et que moi j'ai besoin de faire vite...Par mon expérience, on m'accorde le fait que je puisse envoyer les pompiers sans prévenir personne pour aller voir, mais l'OSNP ne peut pas le faire* ».

### **Plateforme numérique SAS**

Un des aspects majeurs du SAS est le développement d'une plateforme numérique nationale de prise de rendez-vous. Un responsable du SAS explique que « *cette plateforme a pour but de généraliser toutes les prises de rendez-vous par ce seul lien-là, qui est réservé uniquement aux professionnels de santé et qui n'est pas accessible au grand public (...)* Pour le moment dessus il y a uniquement des médecins généralistes et des pédiatres éventuellement (...) Je pense qu'à terme on aura des spécialités qui viendront s'incorporer dans le SAS mais l'objectif premier, c'est quand même un parcours descendant en conventionné secteur un ». Un autre responsable ajoute : « *c'est un agrégateur de rendez-vous. En fait, ça permet de réunir tous les agendas des médecins inscrits sur la plateforme pour pouvoir trouver un rendez-vous de soins non programmés pour les patients qui appellent* ».

Concernant son développement, un manager du SAS affirme qu'« *elle se développe quand même plutôt très bien. Il y a beaucoup de rendez-vous auxquels j'ai pu assister (...)* Les différents utilisateurs font leurs doléances, leurs remontées et on a des points mensuels pour nous montrer les nouvelles fonctionnalités de la plateforme. Et ça se développe plutôt bien. Je sais que depuis décembre, si je ne me trompe pas, il y a 300 médecins parisiens qui se sont inscrits en plus sur la plateforme ». En revanche, une autre personne interrogée note qu'« *il y a peu de pédiatres sur la plateforme pour le moment* ».

Cependant, l'outil reste très récent et en cours de développement, une personne décrit : « *au début, on a eu des bugs incroyables, c'est à dire que n'importe qui pouvait s'inscrire sur la plateforme. On avait des médecins qui étaient non contrôlés, qui prenaient 90 € la consultation ou qui faisaient de la médecine esthétique* ».

Un opérationnel du SAS confirme et parle au présent : « *il n'y a pas que des médecins généralistes qui sont répertoriés dans le SAS, on peut tomber sur des médecins esthétiques, acupuncteurs ou des médecins qui délivrent les certificats aux taxis/ VTC. Nous on cherche des médecins généralistes donc ça nous fait perdre beaucoup de temps.*

*Je pense qu'ils n'ont pas encore tout filtré (...) Il y a également des créneaux indiqués comme disponibles sur la plateforme SAS mais qui ne sont finalement pas disponibles quand on veut prendre le rendez-vous, ça nous renvoie à une date ultérieure ».*

Ces freins techniques sont nuancés par le fait que les instances de pilotages semblent réactives : *« On a la chance d'être très bien encadrés par l'ARS et l'ANS qui sont très réactives. Quand on fait remonter les informations, ce qui est super, c'est que c'est assez vite corrigé ».*

### **Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**

Un des points importants que soulève le chef de service est l'impact des CPTS au niveau organisationnel. Leur rôle est majeur car le SAS ne pourrait pas fonctionner sans la structuration des effecteurs et donc de l'offre de ville. Il explique que *« dans cette relation ville-hôpital, les intervenants sont multiples. Aujourd'hui, ce n'est plus un médecin généraliste, ce sont les CPTS. Donc intégrer les CPTS dans le SAS, c'est quelque part permettre une gestion des soins non programmée qui ne repose pas seulement sur des effecteurs ponctuels, mais sur des groupes de médecins et de professionnels de santé, qui de ce fait structurent beaucoup mieux l'offre qui existe au niveau du terrain ... Le fait que l'on puisse envoyer des patients dans le territoire des CPTS et mobiliser comme effecteurs des médecins généralistes non plus individuellement mais en groupe, mais aussi des pharmaciens, des infirmières, tous les intervenants de santé, c'est quand même un point majeur en termes d'efficacité. C'est très différent de ce que l'on pouvait faire avant. Ça a augmenté la panoplie des réponses de manière très importante et ça a créé un véritable lien fonctionnel avec la ville. Donc je pense que c'est ça l'avantage majeur du SAS ».*

Concernant le lien entre le SAS du SAMU 75 et les CPTS du territoire : *« on développe nos relations avec les différentes CPTS de Paris qu'on a pu rencontrer. On a organisé des rencontres ici pour que les CPTS puissent rencontrer les DAC et également voir comment se passe la régulation... ça a permis d'avoir des échanges oraux et pas seulement par email ou téléphone ou visioconférence. On a pu vraiment échanger sur les problèmes qu'on pouvait rencontrer et du coup ça se passe plutôt bien ».* D'autres membres du SAS complètent *« ça marche très bien avec les CPTS, ils nous font des retours par message sur le téléphone de la régulation... ils nous préviennent s'ils trouvent un rendez-vous pour le patient »* et *« il y a des CPTS qui sont plus ou moins en avancées, mais globalement ça marche bien. Elles sont vraiment très investies »* et *« on ne travaille pas avec toutes les CPTS car elles ne sont pas toutes opérationnelles...on travaille avec la 13,14,15 et la 18. Il y en a avec qui on ne travaille pas encore et d'autres ça fait pas très longtemps ».*

Plusieurs membres du SAS émettent la même remarque : *« nous on a la chance d'avoir X qui est une ancienne ARM et a une expérience de plusieurs années en régulation, ce qui fait que ça apporte beaucoup au développement du projet ».*

### **Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)**

Le DAC assure une mission d'animation territoriale visant l'amélioration des parcours de santé complexes. Ils peuvent intervenir auprès de toutes personnes en situation complexe quel que soit son âge ou sa pathologie (polypathologies, cumul de difficultés sociales et/ou de santé mentale avec des difficultés somatiques, isolement, ...), nécessitant une coordination de parcours ponctuelle ou durable, en particulier au domicile.

C'est un interlocuteur avec lequel le SAS souhaite se mettre en relation pour l'intégrer au panel de réponses pouvant être proposées aux patients, lorsque leur situation le requiert.

Cependant, un membre du SAS explique : *« On a un peu plus de mal à développer les DAC qui sont un point important dans la gestion des patients remarquables... ça se fait petit à petit. Ça ne va pas à la même vitesse que les CPTS qui sont jeunes comme nous et ont envie de se développer. Les DAC sont des institutions plus anciennes qui ont leurs habitudes, leurs directeurs qui sont là depuis longtemps et le changement est beaucoup plus long à leur niveau. Il faut qu'ils puissent prendre le temps de s'adapter ».* Un autre membre ajoute : *« On ne les a pas vraiment rencontrés, mais là pour l'instant on a décidé qu'on communiquerait par mail... j'ai fait une fiche type de patients à déclarer avec des renseignements types et puis je fais le signalement par mail... donc en fait ça fonctionne déjà finalement... ce qui est un peu litigieux pour l'instant, c'est qu'on n'a pas une messagerie sécurisée. Ça on l'attend vraiment de pied ferme. On est en pour parler avec l'AP-HP pour en avoir une. Et il faut absolument qu'on ait une ligne à 10 chiffres pour que les partenaires puissent appeler en régulation de PDS directement, sans fausser les appels du 15. Pour l'instant, il n'y a qu'un numéro unique (le 15) pour nous joindre. Ça permettrait aussi de pouvoir passer des bilans sur une ligne enregistrée, par exemple le patient machin que tu m'as envoyé tout à l'heure, il a eu ça, ça, ça...ça permet d'avoir une suite, d'avoir un bilan ».*

### **La visite à domicile**

Le médecin généraliste régulateur peut décider d'envoyer un médecin au domicile du patient. À Paris, les deux plus grands partenaires avec lesquels le SAS travaille sont SOS médecins et les urgences médicales de Paris (UMP) qu'ils contactent par téléphone mais ne peuvent pas intégrer dans la plateforme numérique pour le moment : *« SOS médecin est un gros partenaire, avec les UMP. Au sein du SAS, pour tout ce qui est visite à domicile (VD), ce sont les partenaires qu'on contact le plus pour les visites à domicile. Malheureusement, la plateforme n'est pas spécialisée pour la visite à domicile ».*

*encore...Lorsqu'il y a un croisement de l'agenda du médecin avec la plateforme, on n'a pas cette précision de prime abord. Il faut vraiment rentrer dans l'agenda du médecin pour pouvoir se rendre compte si c'est de la visite à domicile ou pas ». Pour le moment, tous effecteurs que l'OSNP ou le MG sont susceptibles de déclencher, ne sont donc pas réunis au sein de la plateforme numérique.*

*Un autre frein au développement de la visite médicale à domicile émerge de plusieurs entretiens : « pour les médecins, les visites à domicile, c'est très mal payé et ce sont plutôt les associations comme SOS médecins qui les font maintenant. C'est horriblement mal payé et en ville c'est un enfer, trop compliqué...En cabinet vous pouvez voir dix patients en 1 heure, alors que vous arrivez à peine à faire une visite à domicile », « les visites à domicile c'est très compliqué, toutes les CPTS nous l'ont dit. Les jeunes médecins ne veulent pas en faire car c'est trop compliqué, trop de contraintes, ils se prennent des prunes, surtout sur Paris. Et puis les patients sont compliqués...ils confondent visites à domicile et Deliveroo...on a eu le cas récemment d'une jeune fille qui appelait pour un mal de gorge, l'OSNP lui a trouvé un rendez-vous médical à 200 mètres de chez elle et elle ne voulait pas y aller. Elle voulait une visite à domicile. Je pense qu'il y a aussi un travail d'éducation de la population à faire ».*

*Cependant, avec la mise en place du SAS, une nouvelle opportunité naît concernant les visites à domiciles non pas médicales mais infirmières : « Ce qu'on aimerait bien développer, c'est la visite à domicile par des infirmiers libéraux qui permettrait de réduire les visites de médecins à domicile... Car actuellement, le matin on arrive à avoir des visites médicales à domicile avec un délai mais l'après-midi ça devient très compliqué. Et les envois de visite à domicile c'est parfois pour des demandes qui n'ont potentiellement pas besoin d'un médecin mais juste d'un infirmier. Changer un pansement, remplacer un cathéter... On a eu des échanges avec des infirmiers au sein des CPTS et on organise une nouvelle réunion avec l'ARS autour des infirmiers effecteurs pour le SAS. Je pense qu'ils vont s'inspirer beaucoup de ce qui a été fait pendant le Covid ».*

## **5 Discussion**

### **5.1 Un dispositif plébiscité mais qui fait face encore à des difficultés opérationnelles**

Ces résultats confirment que le concept de SAS apparaît auprès des acteurs de terrain interrogés, comme une opportunité à multiples facettes. D'une part, les personnes interrogées considèrent qu'il s'agit d'une opportunité de décroquer la ville et l'hôpital mais



également d'offrir un large panel de réponses à la demande en soins non programmés des citoyens. D'autre part, cela permettrait d'optimiser et de mutualiser les ressources médicales et paramédicales restreintes dans les territoires sous-dotés. Cependant, sa mise en place peut présenter certaines difficultés qui dépassent les enjeux spécifiques de la mise en place du SAS. Intégrer la médecine générale libérale dans un fonctionnement hospitalier, rassembler et imposer une coopération entre des médecins généralistes et urgentistes ne va pas de soi. Enfin, une communication adaptée sur le SAS et un effort de pédagogie vis-à-vis de la population semble primordial pour éviter une submersion du 15.

Dans le cas du déploiement du SAS au SAMU de Paris, plusieurs obstacles opérationnels ont pu être relevés. Au niveau de la réception des appels, le nouveau protocole, relatif à la configuration SAS, de réception et de tri des appels au CRRA 15 du SAMU 75 a permis de diminuer le temps d'attente des appelants avant d'avoir un premier interlocuteur en ligne et d'absorber un flux d'appels plus important. De plus, les résultats semblent révéler que le nouveau mode de tri, effectué par l'ARM N1, pour orienter l'appelant vers le secteur AMU ou SNP semble efficient. Les résultats de l'étude révèlent des difficultés notamment concernant les ressources en ARM et l'évolution de ce poste :

- Le manque d'effectif en ARM et le manque d'ARM en formation ;
- L'évolution du poste d'ARM avec l'apparition de différentes missions au sein du poste, pouvant affectée la qualité de vie au travail ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge des appels ;
- La gestion des plannings des ARM qui se complexifie.

En revanche, concernant le parcours du patient lors de son appel, un désagrément est soulevé plusieurs fois. Les équipes signalent une rupture dans la prise en charge de l'appel notamment car le patient est souvent contraint de répéter son motif d'appel entier, à plusieurs interlocuteurs différents.

Concernant la régulation médicale des appels, la politique du SAMU 75 concernant le tri des appels, a pour conséquence une orientation des appels à 50% vers l'AMU et 50% vers les SNP. Cette proportion est spécifique au SAMU de Paris qui a une proportion d'appels orientés vers l'AMU supérieure aux autres SAMU. Cependant, l'étude révèle un effectif de médecins régulateurs urgentistes insuffisant ce qui entraîne une augmentation du temps d'attente en salle N2 PA (AMU). Les médecins régulateurs de l'AMU ne prennent pas systématiquement les patients en ligne. Ils peuvent prendre la décision médicale directement après le rapport fait par l'ARM 2. L'étude révèle qu'il existe parfois un temps d'échange important entre ARM-médecin notamment quand le médecin demande à l'ARM de faire préciser un ou plusieurs points auprès du patient, sans prendre directement le

patient en ligne. Ce temps d'échange ARM-médecin, ARM-patient puis à nouveau ARM-médecin (cycle pouvant se répéter) a pour conséquence une augmentation du temps d'attente en salle N2 PA (AMU).

L'étude révèle que les médecins généralistes sont plutôt volontaires pour expérimenter l'activité de régulation au sein du SAS. La rémunération qui leur est accordée pour cette activité s'avère également attractive. Mais nous avons toutefois repéré deux aspects pouvant freiner leur recrutement :

- L'interdiction pour les médecins généralistes libéraux, de recruter un remplaçant pour leur cabinet (ce qui pose problème pour assurer la continuité des soins de leurs patients pendant qu'ils seraient en régulation au SAMU) ;
- La désertification de la médecine de ville (frein indirect).

Le SAS offre de nouvelles opportunités pour les médecins généralistes :

- Pour ceux (rares) qui travaillaient déjà en régulation de la PDSA, ils se trouvent soulagés sur le déclenchement de l'effecteur choisi, tâche désormais effectuée par l'OSNP ;
- L'introduction dans le métier de MG d'une nouvelle mission (celle de la régulation) et la diversification de leur activité qui en découle.

Les entretiens sont unanimes sur le fait qu'au SAMU 75, les relations entre la médecine générale et la médecine d'urgence a été facilitée par une bonne relation entre le SAMU et SOS médecins, UMP et l'ADMLR 75 ancrée depuis déjà plusieurs années.

Le SAS semble tout de même avoir permis de rapprocher les deux spécialités médicales qui ont pu apprendre à mieux se connaître, à comprendre comment chacun travaillait et réfléchissait, et à mieux se coordonner.

Cependant, la différence de rémunération entre les médecins praticiens hospitaliers (AMU) et les médecins généralistes est un aspect soulevé pouvant être problématique dans certains territoires. En particulier dans les territoires où des conflits entre les organisations syndicales des deux secteurs sont déjà historiquement présents.

Le SAS a permis la création de nouveaux métiers dans le secteur des SNP (OSNP, superviseur SAS), décrits comme gratifiants et ayant un réel sens pour les personnes en poste. Mais plusieurs difficultés sont tout de même relevées dans la gestion des ressources humaines :

- Les fiches de postes des OSNP sont très floues ;

- Les profils des candidats au poste d'OSNP ne sont pas forcément ceux attendus par les recruteurs ;
- Il n'existe pas d'accompagnement juridique dédié, pour conseiller les managers côté SNP, notamment autour de la réglementation et la responsabilité des nouveaux métiers décrits plus haut ;
- La lenteur administrative.

Concernant les locaux et l'opportunité de rassembler dans un même bâtiment les deux secteurs, il faut se référer aux résultats décrits concernant les relations médicales AMU/SNP. Notons cependant qu'un « regret » ressort de plusieurs entretiens : celui de ne pas avoir les équipes des deux secteurs au même étage et les médecins régulateurs dans la même salle de régulation.

La plateforme numérique nationale SAS est présentée comme une belle opportunité (et une grande ambition) de réunir tous les créneaux de SNP disponibles sur le territoire français. C'est cependant un outil encore très récent nécessitant des ajustements (filtrage, cohérence des créneaux disponibles, inscription des CPTS, développement des visites à domicile, augmentation du nombre de MG ou pédiatres inscrits...etc).

Le point positif et encourageant qui ressort de cette étude est le suivi et les échanges réguliers dont l'équipe du SAS du SAMU 75 bénéficie de la part de l'ARS Ile-de-France et de l'ANS. La réactivité des différentes instances en réponse aux demandes d'ajustements faites par les acteurs de terrain mérite d'être soulignée.

Nous relevons également que, pour le moment, il n'y a que très peu de statistiques disponibles concernant la plateforme, ce qui rend l'évolution du développement de la plateforme difficilement objectivable pour l'ensemble des acteurs et le suivi d'indicateurs impossible (excepté par du comptage manuel).

Les entretiens effectués ont été unanimes sur l'importance de la structuration des CPTS d'une part et, dans un second temps, du partenariat entre l'équipe SAS et celles-ci, sans quoi le SAS ne pourrait pas fonctionner. Au SAMU 75, la coordination avec la plupart des CPTS de Paris est déjà fonctionnelle mais nécessite d'être approfondie notamment en ce qui concerne le réseau de gériatrie et de psychiatrie. Les DAC apparaissent comme un partenaire indispensable au maintien ou à l'intégration dans un parcours de soins adapté, des patients en situation complexe. Le partenariat entre ces dispositifs et l'équipe SAS est encore en cours de développement mais déjà établi.

Concernant les visites médicales à domicile, elles sont décrites comme de plus en plus difficiles à mettre en place notamment car les médecins généralistes ne souhaitent plus les assurer pour des raisons logistiques et financières. Le développement de visites à domicile par des infirmier(e)s libéraux, en partenariat direct avec le SAS est évoqué et déjà en cours de discussion avec l'ARS Ile-de-France.

Concernant les ambulances privés, effecteurs fréquemment utilisé aussi bien par les médecins du secteur AMU que du secteur SNP, des entretiens révèlent qu'elles ont de grandes difficultés à circuler dans Paris. À cela s'ajoute le fait que le déclenchement des pompiers s'avèrent de plus en plus difficile, en raison d'un manque de secouristes.

## **5.2 Les facteurs clés de succès pour la mise en place du SAS**

### **5.2.1 Une coopération entre les différents niveaux de pouvoir**

Une enquête européenne note l'absence, dans l'ensemble des initiatives de « guichet unique » répertoriées, de projets reposant sur la coopération des différents niveaux de pouvoir, tels que le niveau national et le niveau régional ou le niveau régional et le niveau local. Cette observation est intéressante dans la mesure où elle montre que, le cloisonnement institutionnel des compétences est une barrière très lourde à la mise en place de toute innovation orientée vers l'utilisateur. Dans certains domaines, les initiatives en matière de « guichet unique » semblent difficiles, voire impossibles, dans la mesure où elles impliquent la coopération entre des niveaux de pouvoir que l'histoire a contribué à séparer.<sup>26</sup>

Pourtant, les résultats de notre étude semblent prouver qu'une coopération entre les différents niveaux dans la mise en place d'un parcours administratif intégré est possible et existe bel et bien. Le SAS au SAMU 75 semble en être un bon exemple. La « bonne dynamique » (décrite par les personnes interrogées), sur laquelle repose son développement, est le fruit d'une coopération entre les niveaux local (SAMU et SAS départemental du 75), régional (ARS Ile-de-France) et national (ministère de la Santé et de la Prévention). Nous pouvons par ailleurs noter que le projet initial est né d'une coopération entre des acteurs de terrain, comme le Professeur Pierre Carli ou le député Thomas Mesnier, médecins urgentistes, et la ministre de la Santé, Agnès Buzyn.

---

<sup>26</sup> Lobet-Maris, « Guichet unique, réalité plurielle ».

## 5.2.2 Rassembler différentes cultures professionnelles autour d'un projet

Le SAS rassemble de nombreux acteurs, de divers horizons, formant un collectif dont la mission est de travailler ensemble autour d'un projet commun. D'une part, il nécessite de rassembler dans les mêmes locaux et autour d'une même mission des médecins urgentistes et des médecins généralistes, dont les cultures professionnelles diffèrent. D'autre part, il implique d'intégrer des médecins généralistes libéraux dans un fonctionnement hospitalier. Et enfin, il nécessite une coopération et une coordination entre les SAMU, issus d'une culture hospitalière et les acteurs de ville (effecteurs).

D'après Arnoud et Falzon, le travail collectif nécessite l'émergence de références et d'une culture commune, une connaissance du travail de l'autre, une confiance mutuelle, une reconnaissance des compétences de chacun <sup>27</sup>. Les résultats de notre étude vont dans ce sens. En effet, au SAMU 75 la réunion des médecins régulateurs généralistes et urgentistes dans les mêmes locaux leur a permis d'apprendre à mieux se connaître, de comprendre ce que chacun fait, comment chacun raisonne et ainsi de poser les bases de la création d'une relation de confiance. Cette relation qui apparaît saine et enrichissante pour les deux partis semble avoir été facilitée par de bonnes relations déjà établies depuis plusieurs années entre les chefferies de l'ADMLR 75 et du SAMU de Paris et constitue un terreau fertile pour développer un projet commun. Cependant, nous relevons tout de même dans plusieurs entretiens, que l'existence de deux salles de régulation distinctes (une pour le secteur AMU et une pour le secteur SNP), situées à deux étages différents, constitue une limite à l'approfondissement des relations entre les acteurs de chaque secteur. Au SAMU 75, ce choix a été fait par manque de place et a été mentionné comme un regret de la part de plusieurs personnes interrogées.

C'est dans ce même esprit de création de liens professionnels concrets et la volonté de développer un réseau efficace, que la superviseuse et le chef de projet du SAS 75, multiplient les rencontres avec les différents effecteurs ou acteurs de la ville, en insistant pour que celles-ci aient lieu au sein même des locaux du SAMU 75 (et non pas par visioconférence ou par téléphone). Ce point semble particulièrement important pour les équipes du SAS 75. D'une part, pour rencontrer physiquement les interlocuteurs et échanger de vive voix, ce qui permet d'amorcer une relation professionnelle plus concrète et d'instaurer un climat de confiance. Et d'autre part, pour leur présenter les salles de régulation et les protocoles afin que chacun comprenne comment l'autre travaille.

Ces données nous amènent au constat suivant : la condition indispensable d'une coopération et coordination efficiente entre acteurs issus de formations et de cultures

---

<sup>27</sup> Mouchet, Demeslay, et Bertrand, « Coopérer en régulation médicale au Samu centre 15 ».

professionnelles différentes, est la volonté des deux partis à aller l'une vers l'autre, à apprendre à se connaître, dans le but de travailler ensemble. Au SAMU 75, la volonté des équipes semble bien présente et est portée par les chefferies des deux secteurs (médecin responsable de l'ADMLR 75 et chef de service du SAMU 75). Mais les entretiens menés nous alertent sur le fait que les relations ne sont pas aussi fluides dans tous les territoires et que des conflits historiques entre les différentes représentations syndicales pourraient créer des conditions hostiles pouvant faire obstacle à la mise en place de relations professionnelles constructives, notamment entre la médecine d'urgence et la médecine générale.

Ajoutons que selon l'approche de la Team Cognition de Fiore et Salas, l'efficacité des coordinations entre co-équipiers reposerait sur leur capacité à reconnaître, juger ou interpréter une situation de façon similaire.<sup>28</sup> Notre étude a mis en lumière le rôle des SAMU, et plus particulièrement de la politique du SAMU, portée par le chef de service, dans les directives données aux ARM concernant le tri des appels. Cette politique est propre à chaque SAMU. Au SAMU 75, le motif « douleur thoracique » est directement (sans conditions d'âge ou de facteurs de risques du patient) orienté vers le secteur AMU. Pourtant, une douleur thoracique ne constitue pas systématiquement une urgence vitale. La distinction entre l'urgence potentiellement vitale et une autre cause plus « bénigne », relève d'un diagnostic médical, qui rentre dans le champ de compétences du médecin généraliste aussi bien que dans celui du médecin urgentiste. Ce choix d'orientation systématique vers l'AMU au SAMU 75, est en partie justifié par le fait qu'un médecin urgentiste fait face à ce type de motif au quotidien et serait plus à l'aise pour distinguer l'urgence « grave » de l'urgence « pas grave ». Cela interroge sur la confiance entre les deux secteurs, qui semble avoir une influence sur le partage des tâches. À l'heure où, comme le montre nos résultats, le SAMU 75 manque de médecins régulateurs urgentistes et où le temps d'attente du secteur AMU augmente, nos entretiens révèlent que le SAMU 75 semble prêt à revoir cette politique de tri. La perspective de confier certains cas de douleur thoracique, présentant moins de risques d'être des urgences graves (sous un certain âge par exemple), au secteur de la médecine générale, est évoquée. On peut alors aisément imaginer, qu'au premier abord, le SAMU avait une appréhension à confier ce motif d'appel à la médecine générale, probablement par peur qu'elle ne soit pas en capacité de reconnaître ou d'interpréter la situation comme un médecin urgentiste, par manque d'expérience ou d'habitude dans la prise en charge de ce type de cas. Et que la réévaluation du protocole qui semble se dessiner, est permise par le lien de confiance qui s'est instauré, petit à petit, entre les équipes de médecine générale et de l'aide médicale urgente du SAMU de Paris.

---

<sup>28</sup> Mouchet, Demeslay, et Bertrand.

### **5.2.3 Le choix du profil du porteur du projet semble déterminant**

Comme dans tout projet, choisir la personne ou l'organisme la plus à même de le faire avancer et aller au bout est loin d'être chose facile. Dans certaines agences gouvernementales qui se sont vu concéder la responsabilité d'un domaine public particulier, comme l'emploi, des initiatives très avancées en matière de parcours administratif intégré voient le jour sous la forme, par exemple, d'une plateforme unique et intégrée de bourses d'emplois permettant un appariement automatisé entre offres des employeurs et demandes des candidats à l'emploi. Ces cas sont très intéressants, non seulement en raison du niveau des réalisations techniques et organisationnelles, mais surtout à cause de ce qu'ils nous apprennent sur la plus grande facilité qu'ont ces agences, ciblées sur un domaine particulier de la vie administrative des usagers, à proposer ce type de service innovant à « leur clientèle » par rapport aux difficultés éprouvées par les administrations traditionnelles dont les domaines de gestion sont multiples et moins ciblés.<sup>29</sup>

Ce constat semble aller dans le sens du choix du gouvernement d'avoir confié la gestion des projets SAS aux Agences régionales de santé et à l'Agence numérique en Santé (pour le développement de la plateforme numérique), toutes deux expertes du domaine de la santé des usagers. Les résultats obtenus lors de notre étude au SAMU 75 révèlent une communication fluide, une très bonne réactivité des deux agences aux demandes d'ajustements faites par les équipes de terrain, et une dynamique de co-construction et de co-développement du projet qui semble également approuver ce choix.

### **5.2.4 Un changement d'ordre organisationnel plutôt que technique**

Dans de très nombreux projets de « guichet unique » répertoriés, le développement semble privilégier un changement d'ordre organisationnel plutôt que la mise en place d'innovations technologiques sophistiquées. Différentes explications sont avancées dans les rapports nationaux pour expliquer cet état de fait. Tout d'abord, en vertu du principe d'équité du traitement des usagers de l'administration, cette forme d'initiative paraît privilégiée parce qu'elle est accessible au plus grand nombre. Mais ce principe n'est pas le seul à guider le choix des administrations ; il semble également que ce type de guichet unique s'inscrive comme une première étape de l'apprentissage organisationnel des administrations à un autre mode de fonctionnement, un apprentissage où les arrangements humains apparaissent comme prioritaires par rapport à toute autre réforme technique qui pourrait servir de support à ce type d'expérience.

---

<sup>29</sup> Lobet-Maris, « Guichet unique, réalité plurielle ».

Ce constat semble en accord avec les résultats de notre étude, qui démontrent que la mise en place du SAS au SAMU de Paris n'a pas fait appel à un investissement dans des nouvelles technologies sophistiquées, mais plutôt à une réorganisation générale. En effet, comme évoqué précédemment, le support technologique d'implantation du dispositif SAS est un centre de réception des appels existant déjà depuis des dizaines d'années. Les logiciels de téléphonie et de gestion des dossiers de régulation médicale sont restés les mêmes que ceux que le SAMU 75 utilisait antérieurement au SAS. Cependant une réelle réorganisation a eu lieu. D'une part, le protocole de régulation des appels au Centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) du SAMU a été revu et étudié par des ingénieurs polytechniciens pour optimiser la prise en charge et le tri des appels. Cela a permis au SAMU 75 d'absorber un flux d'appels plus important, tout en diminuant le temps d'attente pour les appelants. D'autre part, il a impliqué le recrutement de nouveaux effectifs pour différents postes comme celui d'ARM et la création de nouveaux métiers comme celui d'opérateur de soins non programmés. Enfin, il a engendré une transformation des locaux du SAMU 75, notamment par le financement de travaux, afin d'accueillir les effectifs supplémentaires d'ARM et les employés de l'ADMLR 75.

### **5.2.5 Bâtir un système d'information unifié**

Il paraît intéressant de s'arrêter sur la stratégie gouvernementale dans laquelle les différentes expériences de « guichet unique » peuvent s'insérer. Trois attitudes gouvernementales semblent se dégager des différents rapports. Par « attitude », il faut comprendre « l'approche préconisée » dans chacun des pays pour moderniser l'administration et développer ces guichets uniques. L'approche française, qualifiée de « colbertisme », est celle d'un État planificateur, investi dans un grand plan de réformes intégrées de l'administration. C'est la stratégie des « grands travaux » déployés selon une approche de haut en bas (top-down) avec l'idée sous-jacente de bâtir un système d'information unifié et cohérent pour l'administration. Cette stratégie s'avère ambitieuse non seulement sur le plan technique, mais aussi sur le plan administratif et rejoint un des « grands mythes » de l'informatique : la mise en œuvre d'un système d'information unique et cohérent, garant d'une coordination et d'une communication sans entrave dans nos ensembles organisés.<sup>30</sup>

La stratégie française décrite dans la littérature semble tout à fait cohérente avec les résultats obtenus lors de l'étude concernant l'origine du dispositif SAS et sa plateforme numérique nationale. En effet, il est issu des préconisations du pacte de refondation des urgences, rédigé par Pierre Carli et Thomas Mesnier, dans le cadre d'une mission qui leur a été confiée par Madame Agnès Buzyn, alors représentante de l'État en tant que ministre

---

<sup>30</sup> Lobet-Maris.



de la Santé. Cette mission s'inscrivait dans la stratégie « Ma Santé 2022 » annoncée par le Président de la République en 2018 dans le cadre d'une refondation en profondeur de notre système de santé.

Les résultats de l'étude confirment également que l'objectif de bâtir un système d'information unifié s'avère ambitieux, puisqu'il semble difficile à atteindre dans le cas du dispositif SAS. En effet, nous avons constaté qu'au SAMU 75, le SAS intègre bien une plateforme numérique national. Bien encore en cours de développement, elle vise à regrouper sur cette plateforme unique, les différents effecteurs de la ville présents sur l'ensemble du territoire français. Cependant, notre étude a révélé des limites à cette unification des données. D'une part, il s'avère difficile de réunir tous les effecteurs sur la plateforme numérique SAS. En effet, à l'heure actuelle, la prise de rendez-vous médicaux via les CPTS ne peut être réalisée sur la plateforme et les contacts entre l'OSNP et celles-ci se font uniquement par téléphone. Il en est de même pour le déclenchement de visites médicales à domicile. À cela s'ajoute la difficulté de ne pas avoir de ligne téléphonique directe dans le secteur SNP, ce qui complique les échanges avec certains partenaires effecteurs du SAS, contraints de passer par le numéro unique 15 pour contacter le secteur SNP. D'autres part, les logiciels de gestion utilisés quotidiennement par les SAMU constituent également une limite à l'unification des données ainsi qu'à leur comparaison. Les deux logiciels utilisés pour la téléphonie et la gestion des dossiers de régulation médicale (MediQ et Centaure15), aussi bien par le secteur AMU que par le secteur SNP, ne sont pas identiques dans tous les SAMU. L'hétérogénéité des logiciels utilisés rend la comparaison de données et d'indicateurs très compliquées, voire impossible, entre les différents SAMU de France et constitue une limite à l'évaluation et l'identification d'axe d'amélioration, en termes d'efficacité et de qualité du service.

### **5.2.6 La difficulté à déterminer une réelle valeur ajoutée pour les usagers**

Une des grandes difficultés rencontrées par les administrations est de préciser les besoins des usagers en matière de processus administratif intégré. La détermination de ces systèmes intégrés à réelle valeur ajoutée pour l'utilisateur, quant à la simplification de sa vie administrative, apparaît comme une réelle difficulté dans les administrations.<sup>31</sup>

Concernant le SAS, l'impression de rupture dans le parcours de l'appel au 15 énoncée par les patients et évoquée lors des entretiens menés, interroge sur la qualité du parcours de prise en charge de l'appel et pourrait remettre en question, du point de vue de l'utilisateur, l'efficacité ou la qualité réelle du dispositif. Si cet aspect persiste, on peut imaginer que cela pourrait amener certains usagers à raccrocher au cours d'un appel et/ou les décourager de rappeler le 15.

---

<sup>31</sup> Lobet-Maris.

L'approche orientée vers l'utilisateur, est un véritable changement de paradigme administratif qu'implique le « guichet unique ». D'une organisation orientée vers l'administration et le respect des lois, on ouvre la réflexion sur une organisation orientée vers l'administration de la personne dans sa vie publique et de citoyen. Pour bâtir une telle réforme, sans doute faudra-t-il prendre le temps de se tourner d'abord vers les usagers de l'administration, d'écouter ce qu'ils ont à dire sur les améliorations qu'ils attendent de leur service public. L'évaluation de la satisfaction des usagers sur leur parcours semble être une bonne perspective pour pouvoir pallier cette difficulté et imaginer des axes d'amélioration des parcours. Concernant le SAS et les entretiens menés, ils insistent sur la nécessité d'une évaluation du dispositif basée sur les résultats réellement attendus, à savoir l'intégration ou la réintégration de l'appelant dans un parcours de soins et non pas une solution brève ou momentanée proposée à un instant T. Cette évaluation pourrait passer par des enquêtes de satisfaction, par le rappel de certains patients ayant été pris en charge par le CRRA 15, par des études de cas ou par l'analyse du nombre de patients rappelant de manière régulière le 15 (ce qui, théoriquement, ne devrait pas exister). L'intégration de la démarche qualité au sein des SAMU prend ici tout son sens. Celle-ci n'a été que récemment intégrée dans les SAMU et peine parfois à se faire adopter par les acteurs. La mise en place du SAS pourrait alors être un nouveau souffle ou un levier supplémentaire à la main des administrateurs de l'hôpital et des managers coordinateurs qualité, pour renforcer la culture de la qualité des soins dans les SAMU et tendre vers un management par la qualité à tous les niveaux.

Il nous semble important de remarquer, qu'une telle ambition de changement organisationnel et culturel ne pourra, à long terme, se satisfaire d'innovations mineures. De plus, les enjeux de la démarche qualité dans les SAMU reposent notamment sur le fait de pouvoir maintenir les projets au long cours<sup>32</sup>. La nécessité d'une pérennité et d'une adéquation du financement évoquée pendant les entretiens menés trouve alors toute sa justification et apparaît comme une condition incontournable.

### **5.2.7 Le respect du principe d'équité**

La modernisation et l'amélioration de la qualité des services publics est, à la fois, nécessaire et difficile. Un changement majeur de culture administrative s'impose dans certaines voies de modernisation comme celle du « guichet unique ». Ce changement de culture se situe notamment dans les relations entre l'administration et ses usagers, à travers une conception plus interactive et personnalisée du service à l'utilisateur. On se heurte ici à un des

---

<sup>32</sup> Dautreppe et Telion, « Développer une culture qualité au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) du SAMU de Paris ».

fondements des bureaucraties publiques qui considère que, pour préserver son intégrité et l'équité du traitement des citoyens, l'administration ne doit pas avoir de contacts directs et personnalisés avec ses citoyens. De ce fait, toute innovation qui, par ses caractéristiques techniques, ne pourrait être accessible à l'ensemble des citoyens est vue comme un risque de créer une administration à deux vitesses et donc de rompre avec ce principe d'équité.<sup>33</sup>

Dans le cadre de la mise en place du SAS, les résultats de notre étude interrogent le respect du principe d'équité, imputé à tout service public. En effet, plusieurs aspects développés remettent en question le respect du principe d'égalité d'accès aux soins entre les citoyens de départements différents :

- La coopération ville-hôpital plus difficile à mettre en place dans certains territoires où le conflit entre le SAMU, les médecins libéraux et les URPS est ancré depuis plusieurs années. De plus, la différence de rémunération entre les médecins régulateurs praticiens hospitaliers et les médecins régulateurs libéraux pourrait, dans les secteurs où des tensions existent déjà, accentuer le conflit et constituer un réel obstacle au développement du SAS ;
- Les CPTS, encore très récentes pour certaines, plus ou moins opérationnelles et développées en fonction des territoires, et sans lesquelles, d'après le Pr Pierre Carli « le SAS ne pourrait fonctionner » ;
- Le manque d'effectif en ARM, potentiellement plus difficile à pallier dans les départements où il n'y a pas de centre de formation. En France, on compte aujourd'hui 17 CFARM pour 18 régions et 101 départements ;
- Une politique de triage des appels qui est propre à chaque SAMU. Comme relevé dans les résultats, au SAMU 75 la vigilance semble accentuée ce qui expliquerait le pourcentage d'appels pris en charge par l'AMU et par le secteur SNP d'environ 50% chacun, contre 70% pour les SNP et 30% pour l'AMU dans les autres départements. Cela pourrait laisser entendre aux citoyens, que la prise en charge des appels est n'est pas la même et que le risque d'erreur de tri serait moindre à Paris qu'ailleurs par exemple ;
- La désertification de la médecine de ville, relevée comme un frein indirect au développement du SAS, implique que la mise en place de celui-ci pourrait s'avérer plus laborieuse, moins aboutie et moins efficace dans les territoires déjà désertés par les professionnels de santé. Quand bien même il permettrait de mieux organiser et d'optimiser l'offre (même fortement réduite) sur les territoires en tension, il n'a pas pour vocation d'attirer de nouveaux professionnels dans un territoire et d'augmenter leur nombre. Ainsi, les disparités déjà observées dans l'accès aux soins sur les

---

<sup>33</sup> Lobet-Maris, « Guichet unique, réalité plurielle ».

différents territoires pourraient s'avérer identiques dans l'accès aux soins non programmés via le dispositif SAS.

### **5.3 Limites de l'étude et perspectives de recherche**

La première limite de cette étude se rapporte à la taille réduite de personnes interrogées (bien qu'il regroupe un panel important des différents postes impliqués dans la mise en place du SAS), couplée à l'approche qualitative et au choix du type d'étude menée (étude de cas), qui n'offrent qu'une représentativité statistique limitée des résultats obtenus et permet davantage de formuler des hypothèses que des conclusions générales. En outre, le cas choisi pour l'étude, présente à sa tête un chef de service connaissant parfaitement les tenants et les aboutissants du dispositif SAS, puisqu'il a été missionné par la Ministre de la Santé pour corédiger le rapport sur le « pacte de refondation des urgences » dont l'idée est issue. Cela confère au SAMU 75 un avantage non négligeable par rapport aux autres SAMU dans la mise en place du dispositif. Cet aspect réduit également la possibilité de généralisation des résultats.

De plus, j'occupe au moment de l'enquête le poste de « stagiaire ingénieure qualité » au sein du service de la Direction de la qualité, gestion des risques et relation avec les usagers de l'hôpital Necker-Enfants malades. Cette dimension peut, à l'évidence, conduire volontairement ou non à des réponses relativement « conformes », particulièrement neutres ou a-conflictuelle vis-à-vis du déploiement du projet SAS dans le service. Par ailleurs, un des entretiens a été mené dans un contexte où la confidentialité des propos recueillis n'a pas pu être totalement respectée (salle avec du passage).

Enfin, le fait de ne pas avoir pu avoir mon bureau dans les locaux du SAMU (mais dans le service de la Direction qualité situé dans un autre bâtiment), a limité mon temps d'observation sur le terrain et au sein des équipes. Le travail effectué aurait également pu être enrichi si le temps entre le début du stage et le rendu de ce mémoire avait été plus long.

## **6 Préconisations**

### **6.1 Préconisations dans l'organisation des soins non programmés au niveau national**

Le SAS ressort comme un outil pertinent de décroisement du système de santé, notamment un décroisement ville-hôpital qui permet la prise en charge des soins non

programmés qu'ils soient urgents ou non urgents. Dans le cas des SNP non urgents, il offre un panel extrêmement large de réponse aux citoyens français.

Cependant, aucune communication n'a à ce jour été faite par le ministère de la santé auprès de la population. Cette communication est primordiale pour deux raisons :

- Le SAS est un dispositif complexe dont le fonctionnement nécessite d'être expliqué à la population. Il faut former les gens à utiliser leur système de santé et ce travail de base peut et doit être fait à tous les niveaux : aussi bien par des campagnes ministérielles que par les médecins, les pharmaciens et tous les acteurs de la santé qui sont en contact direct avec les citoyens.
- La pédagogie est nécessaire pour éviter qu'on appelle le 15 pour tout et rien et que ça devienne un « Doctolib géant » dans lequel n'importe qui pourra trouver ce qu'il veut quand il veut. Il faut expliquer que c'est un dispositif qui peut rendre service quand on n'a pas d'autre solution. C'est un peu comme utiliser un canot de sauvetage ou les issues de secours : il faut le faire quand on en a besoin. C'est très important de l'avoir mais on ne sort pas systématiquement par la sortie de secours.

### **Financement**

Le SAS est un projet de grande envergure en cours de généralisation sur tout le territoire national. Son déploiement est porté par le ministère de la santé et de la prévention dans le cadre de la refondation des urgences. Au SAMU de Paris, le financement alloué au projet a permis le recrutement d'ARM supplémentaires et l'optimisation de l'aménagement des locaux. Cependant, le chef de service met en garde sur la pérennité des financements et la tendance française à se lancer dans de grands projets sans les financer par la suite. En effet, ce dispositif ne pourra se développer à l'échelle nationale et être pérenne que si le financement l'est également.

## **6.2 Préconisations au sujet de l'organisation du SAS au SAMU de Paris**

### **6.2.1 Réception des appels**

#### **Le décroché**

Avec l'arrivée du SAS, le SAMU se positionne comme porte d'entrée du parcours de soins et cela sous-entend une augmentation du nombre d'appels au 15. Cette augmentation du nombre d'appel implique une augmentation du nombre d'ARM pour les décrocher et les trier. Cependant, le SAMU 75 révèle un nombre d'ARM encore insuffisant lié à plusieurs facteurs concernant ce métier :

- il est peu connu de la population
- les Centres de Formation d'Assistants de Régulation Médicale peinent à se remplir (la formation n'est pas proposée sur Parcoursup (car elle dure un an)

-c'est un métier considéré à hauts risques par la Haute Autorité de Santé, ce qui est révélateur des conditions de travail qui sont difficiles et qui implique un haut niveau de concentration et donc une fatigue importante.

- une faible rémunération du travail qui implique souvent d'avoir un logement en périphérie de la ville alors que le lieu de travail (les locaux du SAMU) est en centre-ville.

Pour remédier à ce manque d'effectif et pour pouvoir remplir les centres de formation d'ARM afin de disposer d'un nombre d'ARM suffisant pour assurer la mise en place du SAS dans les SAMU, le ministère de la Santé et de la prévention a lancé en mai 2023 une campagne de valorisation du métier d'ARM (annexe VI).

De plus, le SAMU de Paris a su tirer des bénéfices organisationnels de la crise du Covid-19. En effet, celle-ci a permis de développer une alternative pouvant temporairement pallier au manque d'ARM en poste : l'utilisation d'étudiants en médecine (étudiants de 4 et 5<sup>ème</sup> année) au poste d'ARM. Cette expérience ayant eu lieu pendant la crise du covid 19 s'est révélée positive. Les étudiants ont rapidement été autonomes. Depuis, la SAMU 75 a décidé de les garder en renfort de régulation du SAMU. C'est une solution appréciée de tous car pour les étudiants volontaires, c'est un moyen financier supplémentaire et un moyen d'acquérir une vision de la médecine d'urgence qu'ils ne connaissent sans doute pas. C'est également un moyen de faire connaître les métiers d'ARM et de médecin urgentiste. Cette alternative pourrait donc inspirer d'autres SAMU en difficulté face au recrutement d'ARM.

La problématique de la diversification des missions de l'ARM (N1 et N2) et l'adaptabilité qu'elle requiert depuis la mise en place du SAS interroge sur l'idée de laisser libre choix à l'ARM de choisir la mission dans laquelle il est le plus à l'aise. En effet, le poste N1 semble plus adapté à un profil assez dynamique et vif, alors que le poste N2 semble plus adapté à un profil calme, aimant prendre le temps. L'enjeu serait de pouvoir adapter l'activité à la nature de la personne, à son profil, ses aptitudes, car on peut former quelqu'un mais on peut difficilement modifier son rythme naturel. L'idée de pouvoir donner le poste adapté au profil de l'ARM sans qu'il n'ait à changer en permanence serait intéressante aussi bien pour améliorer l'efficacité et la qualité de la prise en charge des appels, que la qualité de vie au travail des ARM. C'est une piste qui ne pourra cependant être approfondie que lorsque les effectifs d'ARM seront suffisants.

### **La qualité du parcours patient**

Un des objectifs du SAS est d'éviter les ruptures de parcours de soins et de réintégrer certains patients dans un parcours de soins. Cependant, au niveau opérationnel, les entretiens font émerger une rupture dans le parcours de l'appel au 15 et donc une qualité

de prise en charge qui peut être améliorée. Il semble nécessaire que les managers s'approprient la démarche qualité et la portent, en sensibilisant aussi bien les ARM que les médecins régulateurs, sur la nécessité d'assurer un continuum dans la prise en charge des appels. En reprenant oralement le dossier déjà établi par les interlocuteurs précédents afin de confirmer ce qui a été dit avec le patient, plutôt que de faire répéter l'appelant à chaque nouvel interlocuteur, l'impression de rupture et de répétition qu'évoquent les patients serait a minima atténuée et la qualité de la prise en charge de l'appel améliorée.

La diminution du temps d'attente avant le décroché par l'ARM constitue un autre axe pouvant être rapidement optimisé. J'ai pu observer que les ARM du SAMU 75 ne sont actuellement pas formés à répondre à deux appels en même temps (comme un(e) standardiste peut le faire classiquement), malgré parfois un temps d'attente non négligeable avant de pouvoir transférer l'appel à un médecin régulateur. Envisager de former les ARM à répondre à deux appels (et mettre le 1<sup>er</sup> en attente quand le médecin régulateur n'est pas disponible), en commençant par les plus expérimentés ou ceux qui s'en sentent capables, pourrait s'avérer intéressant pour fluidifier le parcours de l'appelant. Cet axe de développement serait d'autant plus intéressant dès lors que l'ARM N2 serait indifférencié (commun aux secteurs AMU et SNP), ce qui est envisagé dans un futur proche, au SAMU 75.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des appels, il serait intéressant de pouvoir repérer encore plus en amont les appels qui constituent une urgence « réelle » afin de pouvoir les prendre en charge en priorité. L'idée d'un serveur vocal interactif a déjà été mise en place dans plusieurs SAMU pour effectuer un premier tri des appels. Au SAMU 75, ce système a été utilisé pendant la crise du covid-19 afin de trier les appels « covid » et « non covid » et les orienter en conséquence. Il est cependant difficilement envisageable de laisser choisir le patient entre les options « urgent » ou « non urgent » pour accélérer la prise en charge des appels réellement urgents. Notons qu'actuellement, lorsqu'un patient appelle le 15, à compter du moment où le disque annonce « Service d'accès aux soins bonjour », l'appel a déjà été automatiquement décroché par l'autocom et l'enregistrement a également déjà débuté. L'appel est réellement distribué en régulation qu'après le passage de ce disque. C'est dans ce laps de temps (entre celui où l'appel est automatiquement décroché et celui où l'ARM N1 décroche réellement l'appel) que l'intelligence artificielle pourrait s'avérer d'une grande utilité. En effet, si celle-ci pouvait analyser et repérer certains mots, bruits, sons, qu'elle reconnaîtrait (à partir d'une base de données constituée au préalable), comme signes d'urgence absolue, on pourrait imaginer pouvoir aller chercher l'urgence la plus urgente pour la faire décrocher plus rapidement par l'ARM. De la même manière que lorsqu'un patient se

présente dans un service d'accueil d'urgence, ça n'est pas le premier arrivé, premier servi, mais bien le cas le plus grave qui est pris en charge en priorité, grâce au tri effectué par l'infirmière ou le médecin d'accueil et d'orientation. Cette idée a été évoquée par un médecin interrogé pendant l'étude et semble avoir été alimentée par une longue expérience de médecin régulateur et du constat suivant : *« j'ai écouté toutes les bandes du Bataclan, j'ai entendu des bruits de tir, des gens qui mourraient en direct, des gens qui disaient « pourquoi ils décrochent pas ces connards ? ...Il y a des bruits et des mots qui parlent « je vais mourir » ou des cris...quand les gens disent « je vais mourir » ils meurent souvent, c'est un critère de gravité ».*

Le SAS a également été créé pour désengorger les services d'accueil d'urgences et notamment pour éviter qu'ils ne soient sursollicités par des patients qui n'ont rien à y faire et qui n'ont pas trouvé d'autre solution. Il serait donc intéressant d'avoir une politique de développement et d'évaluation qui soit bien orientée vers les résultats attendus et pas seulement vers une partie de ses résultats. Au-delà des données quantitatives, des statistiques qui permettraient de voir si le nombre d'entrée dans les SAU a diminué depuis la mise en place du SAS, il serait intéressant d'évaluer la satisfaction de la population. De savoir, si elle trouve un intérêt à être orientée au téléphone plutôt que de faire la queue pendant 4h aux urgences pour finalement se faire mettre dehors poliment parce que son cas ne relève pas du dispositif hospitalier. L'analyse de la quantité de patients réellement réorientés comparativement à la quantité de patients qui n'ont finalement pas envie de s'embêter avec un médecin traitant et qui passent systématiquement par la sortie de secours (l'appel au 15) pourrait passer par des enquêtes de satisfaction ou une analyse des cas (pour savoir s'il y a des patients qui rappellent systématiquement). Théoriquement, il ne devrait pas y avoir de patients chroniques de ce type de dispositif si la pédagogie autour de celui-ci est correctement effectuée et s'il est efficace.

## **6.2.2 Régulation médicale des appels**

### **Les ressources humaines médicales**

Des différents entretiens émergent l'urgence d'augmenter le nombre de médecin régulateur urgentistes ou anesthésistes-réanimateurs du secteur AMU. À l'heure où la France manque de médecins dans toutes les spécialités, la démarche de revoir la politique de distribution de certains motifs d'appels au SAMU de Paris semble la plus adaptée à court terme. On pourrait cependant envisager une stratégie au long court, pour davantage faire connaître la mission de régulation aux étudiants en médecine. À l'heure actuelle, les étudiants en médecine ne font pas de stage en régulation au SAMU-Centre 15. Envisager un partenariat



avec les facultés de médecine afin de mettre en place un stage pour faire découvrir l'activité de régulation aux étudiants avant le choix de leur spécialité (internat), pourrait permettre de faire connaître une des missions du médecin urgentiste (ou AR) et attirer de nouvelles vocations.

### **Qualité du parcours patient**

Comme évoqué précédemment, il n'est pas rare de voir un médecin régulateur décroché avec l'ARM N2 et lui demandé de faire préciser tel ou tel point par le patient, parfois à plusieurs reprises pour un même cas, au lieu de prendre directement le patient en ligne. Ce temps d'échange médecin-ARM N2 puis ARM N2-patient puis à nouveau ARM N2-médecin (cycle pouvant se répéter) pourrait être annulé si le médecin régulateur prenait directement le patient en ligne et ainsi diminuer le temps d'attente en N2. Ce fonctionnement est une culture ancrée depuis plusieurs années au SAMU de Paris. C'est un point qui pourrait être sensible à remettre en question d'autant que la démarche qualité au sein des SAMU est encore très récente (2019). Ce fonctionnement pourra probablement être réinterrogé dans quelques années, dans les SAMU où la culture de la qualité serait déjà bien installée.

### **6.2.3 L'effectif (les moyens déclenchés)**

#### **Les ressources humaines du secteur SNP**

Après analyse des entretiens, on comprend que le secteur SNP au SAMU 75 s'inscrit dans une bonne dynamique de développement, notamment grâce à l'implication et à l'expérience du chef de projet SAS, de la superviseuse SAS et du chef de service. Cependant, des difficultés de recrutement sont évoquées et pourraient constituer un frein au déploiement du projet SAS. Il semble nécessaire de communiquer sur le nouveau métier d'OSNP qui pourrait intéresser des personnes en reconversion ou des étudiants ayant besoin de financer leurs études par exemple. Du côté des médecins régulateurs en médecine générale, le travail de mise en relation avec les MG qu'effectuent les membres du SAS, notamment par l'intermédiaire des CPTS, participe activement à faire connaître cette nouvelle possibilité d'activité aux médecins libéraux du secteur. Cependant, un accord avec les ARS pour autoriser la présence de remplaçants dans les cabinets libéraux apparaît comme indispensable pour fluidifier le recrutement des MG en régulation.

La question soulevée par l'absence de compétences juridiques dans l'équipe SAS et dans l'Association dont ils dépendent reste également un point important soulevé lors de l'étude. Au SAMU 75, l'équipe SAS a la chance d'avoir pu bénéficier des conseils juridiques des employées de l'AP-HP présents à l'hôpital Necker mais dans les autres départements, il n'y

a aucune certitude sur le fait que ce type d'arrangement « officieux » puisse être mis en place. La création d'un poste de juriste dans le dispositif SAS ou l'option de proposer une formation juridique au superviseur SAS serait un axe à investiguer pour pouvoir ne serait-ce qu'assurer des recrutements ou des licenciements en toute conformité.

### **Plateforme numérique SAS**

La plateforme numérique nationale SAS est un outil encore très récent qui, sans grande surprise, nécessite des ajustements (filtrage, cohérence des créneaux disponibles, inscription des CPTS, développement des visites à domicile, augmentation du nombre de MG ou pédiatres inscrits...etc). Le point positif et encourageant qui ressort de cette étude est le suivi et les échanges réguliers dont l'équipe du SAS du SAMU 75 bénéficie de la part de l'ARS Ile-de-France et de l'ANS. La réactivité des différentes instances en réponse aux demandes d'ajustements faites par les acteurs de terrain mérite d'être soulignée. C'est un bel exemple de co-construction de projet qui, espérons-le, sera reproduit dans les autres départements.

Relevons tout de même que, pour le moment, il n'y a que très peu de statistiques disponibles concernant la plateforme, ce qui rend l'évolution du développement de la plateforme difficilement objectivable pour l'ensemble des acteurs et le suivi d'indicateurs impossible (excepté par du comptage manuel). Cet aspect mérite d'être développé rapidement par l'ARS et l'ANS car il constitue une réelle demande de la part des managers de terrain afin de cesser le pilotage « à l'aveugle » d'un projet d'une si grande envergure.

### **Les effecteurs (l'aval de la régulation)**

Le panel de réponses que le SAS est susceptible de proposer aux patients repose, en majeure partie, sur la qualité et la diversité des partenariats établis entre l'équipe SAS et les différents effecteurs de la ville. Les entretiens effectués ont été unanimes sur l'importance de la structuration des CPTS d'une part et, dans un second temps, du partenariat entre l'équipe SAS et celles-ci, sans quoi le SAS ne pourrait pas fonctionner. Au SAMU 75, la coordination avec la plupart des CPTS de Paris est déjà fonctionnelle mais nécessite d'être approfondie notamment en ce qui concerne le réseau de gériatrie et de psychiatrie. Les DAC apparaissent comme un partenaire indispensable au maintien ou à l'intégration dans un parcours de soins adapté, des patients en situation complexe.

Concernant les visites à domiciles, de plus en plus difficiles à mettre en place, il conviendrait d'augmenter le tarif des visites médicales (unanimentement reconnues par les médecins comme plus chronophage et énergivore que des visites en cabinet, afin d'encourager les MG à se déplacer au domicile des patients. Dans un deuxième temps, le développement

des visites à domicile par des infirmier(e)s libéraux, en partenariat direct avec le SAS, permettrait d'augmenter les possibilités de visites à domicile, notamment pour les demandes qui n'ont a priori pas besoin d'avis ou d'acte médical. Elle permettrait également d'effectuer des téléconsultations médicales nécessitant la présence d'un infirmier(e) sur place, qui serait alors guidé par le médecin à distance.

Un autre effecteur, très fréquemment déclenché par le secteur AMU comme le secteur SNP, est l'envoi d'une ambulance privée pour prendre en charge le patient. Cependant, contre toute attente, des entretiens révèlent que les ambulances ont de grandes difficultés à circuler dans Paris. À cela s'ajoute le fait que le déclenchement des pompiers s'avèrent de plus en plus difficile, en raison d'un manque de secouristes. Le développement des partenariats avec les associations de sécurité civiles fait partie des solutions mises en œuvre au SAMU 75 pour pallier ce manque de moyens. La construction d'un système d'ambulances prioritaires spécifiquement dédiées au SAMU, pour aller plus vite, est également en train de se mettre en place et constitue un axe intéressant à retenir, en particulier pour les autres SAMU siégeant dans des villes ou zones où le trafic est particulièrement dense.

## **7 Conclusion**

A ce jour, aucune évaluation du SAS n'a été conduite malgré les 22 sites pilotes qui l'ont expérimenté et en dépit des perspectives de généralisation qu'il comporte. Ce travail entendait ainsi proposer une évaluation de la mise en place du SAS au sein d'un SAMU stratégique au niveau national, le SAMU de Paris. Le SAS au SAMU 75, mis en place depuis moins d'un an est déjà fonctionnel, bien qu'il soit encore en cours de développement et que certains axes nécessitent des ajustements. Le décroché de l'appel et le protocole de régulation ont déjà été étudiés et ajustés plusieurs fois et semblent aujourd'hui opérationnels et efficaces. Cependant, la qualité de l'accompagnement de l'appelant tout au long du parcours de l'appel nécessite d'être améliorée afin d'éviter une déception et un désintéressement des usagers vis-à-vis du dispositif.

Le « Back office » du SAS, qui concerne le panel de réponses pouvant être proposées aux patients, constitue quant à lui un chantier encore loin d'être abouti mais en très bonne voie, notamment par la dynamique positive de mise en place de réseaux de coordination entre l'équipe SAS et les différents effecteurs, qui ressort de cette étude.

Afin d'encourager et d'entretenir cette dynamique d'évolution et d'amélioration, il est nécessaire de veiller à ce que celle-ci soit rétribuée correctement et de manière pérenne pour pouvoir donner au SAS toutes ses dimensions, sans quoi nous risquerions d'assister à un essoufflement.

À l'issue de la campagne de communication sur le fonctionnement du SAS auprès du grand public, prévue à l'été 2023 par le ministère de la Santé, le plus grand danger qui menace le SAS serait qu'il vienne se substituer aux dispositifs existants, c'est-à-dire qu'il doive traiter tous les soins non programmés de première intention, alors qu'il ne devrait les traiter qu'en seconde intention, après échec d'autres moyens. Le plan de communication choisi sera-t-il centré sur la pédagogie à tous les niveaux, afin de minimiser ce risque ?

Concernant les SAMU d'autres départements, l'étude a permis d'identifier des opportunités et des idées potentiellement répliquables, pouvant leur être utiles et les guider dans la mise en place du SAS au sein de leur structure. Cependant, elle a aussi mis en lumière certains aspects qui pourraient faire obstacle à son déploiement sur d'autres territoires. Il serait intéressant d'étudier d'autres cas, afin de pouvoir comparer les opportunités et freins de la mise en place du SAS dans d'autres SAMU, et d'infirmer ou de confirmer certains de nos résultats.

Le secteur privé a bien compris l'enjeu de l'accès aux soins et l'urgence d'offrir une réponse à la demande croissante de soins non programmés. Le groupe Ramsay Santé propose d'ores et déjà, l'accès à un médecin à volonté 24h/24 et 7j/7 en téléconsultation, moyennant un abonnement mensuel. Cette solution est encore peu connue du grand public mais vient d'être exposée dans les médias. Elle semble être une sérieuse concurrente au SAS, en particulier sur le recrutement des médecins généralistes, avant même que celui-ci ne soit pleinement opérationnel sur l'ensemble du territoire français. Il semble alors légitime de s'interroger sur le potentiel du SAS.

---

## Bibliographie

---

- Babinet, Olivier, et Corinne Isnard Bagnis. « Qu'est-ce qu'un désert médical géographique ? » *Les déserts médicaux en question(s)*, 7-23. Presses de l'EHESP (2021)
- Bokobza, Romain. « Permanence des soins ambulatoires: comment la physionomie du territoire affecte-t-elle les volumes de demandes de soins non programmés et les types de réponses proposés par la régulation, une étude rétrospective en Seine-et-Marne », Thèse (2018)
- Carli, P. « La médecine d'urgence de la création aux perspectives ». *Journal Européen des Urgences et de Réanimation* 34, n° 2 (septembre 2022)
- Chevillot, David, Théo Zamord, William Durieux, et Bernard Gay. « Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde » *Santé Publique* Vol. 33, n° 4 (juillet 2021)
- « 22 sites pilotes retenus pour préfigurer le service d'accès aux soins (SAS) » - Ministère de la Santé et de la Prévention (2020)
- « Compte rendu réunion SAS ARM - Samu 75 » (Janvier 2021)
- Danet, François, Marc Brémond, et Dominique Robert. « Les urgences - Questions au système de santé ». *SER* (2004)
- Dautreppe, C., et C. Telion. « Développer une culture qualité au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) du SAMU de Paris ». *Journal Européen des Urgences et de Réanimation* 33, n° 4 (décembre 2021)
- Galichon, Bertrand. « Le service des urgences aujourd'hui ». *Laennec* 62, n° 1 (2014)
- Hartmann, Laurence, Philippe Ulmann, et Lise Rochoaix. « Régulation de la demande de soins non programmés en Europe: Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède ». *Revue française des affaires sociales*, n° 2 (1 juin 2006)
- « Le SAMU et le SMUR - Ministère de la santé »
- « Les projets de service d'accès aux soins ont 12 mois pour être tous lancés » - Article Hospimedia (Janvier 2023)
- Lobet-Maris, Claire. « Guichet unique, réalité plurielle: résultats d'une enquête européenne: » *Gestion* Vol. 26, n° 1 (1 mars 2001)
- Mesnier, Carli. « Rapport pour un pacte de refondation des urgences » (décembre 2019)
- Mouchet, Alain, Julie Demeslay, et Catherine Bertrand. « Coopérer en régulation médicale au Samu centre 15: l'expérience subjective des médecins urgentistes: » *Le travail humain* Vol. 80, n° 2 (22 juin 2017)
- « Rapport de la Cour des comptes sur les urgences hospitalières » (2019)
- DGOS. « Instruction du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentateurs du service d'accès aux soins » (2020)

Wintenberger, Claire, Sébastien Vial, Éric Garcia, Marie-Thérèse Leccia, et Guillaume Jaubert. « Quelle place pour les Services d'Accueil des Urgences dans l'offre de soins non programmés : comment capitaliser sur l'expérience de la gestion de l'épidémie de COVID-19 dans la crise actuelle ? » (2022)

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : « Service d'accès aux soins (SAS) : comment ça marche » - Affiche du ministère de la Santé et de la Prévention

Annexe II : Courriel type

Annexe III : Grille d'entretien A

Annexe IV : Grille d'entretien B

Annexe V : Instruction de la DGOS du 24 juillet 2020 – Recommandations SAS

Annexe VI : Campagne de valorisation du métier d'ARM

**SÉCURÉ**  
**DE LA SANTÉ**

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

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

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

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



### 2 QUALIFICATION DU BESOIN



#### URGENCES

Un assistant de régulation médicale d'urgence (ARM)



#### MÉDECINE GÉNÉRALE

Un opérateur de soins non programmés (OSNP)

### 3 RÉGULATION MÉDICALE



Un médecin régulateur d'urgence

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



Un médecin régulateur libéral

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

EN FONCTION  
DES RESSOURCES  
DU TERRITOIRE ET  
DES BESOINS DES  
PATIENTS

Pharmacies  
de garde

Centres anti-poison

Réseaux gériatrie,  
périnatalité...

Dispositif psychiatrie  
(Vigilans...)

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

UNE COLLABORATION ÉQUILBRÉE ENTRE LA MÉDECINE  
D'URGENCE ET LA MÉDECINE DE VILLE

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



## **ANNEXE II – Modèle de courriel à destination des participants à l'enquête**

Objet : Mémoire de recherche - Impact de la mise en place du Service d'accès aux soins (SAS)

Bonjour Mme/Mr Nom Prénom,

Actuellement stagiaire ingénieur qualité au Samu de Paris et étudiante en Master 2 « Analyse et management des organisations de santé », je réalise un mémoire de recherche au sujet du déploiement du SAS au SAMU de Paris.

Dans ce cadre, et afin de mieux saisir comment s'est déroulée la mise en place de ce nouveau dispositif organisationnel, je souhaiterais vous proposer un temps d'échange, via Teams ou en présentiel, sur cette thématique.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, je vous invite à me contacter par retour de mail ([prisca.lechevallier@edu.ehesp.fr](mailto:prisca.lechevallier@edu.ehesp.fr)) ou par téléphone au 06 86 66 53 37. Nous conviendrons d'un rendez-vous, selon vos disponibilités, entre le 2 mai et le 30 mai 2023.

Évidemment nous vous assurons l'anonymat total et la stricte confidentialité des renseignements qui pourraient être recueillis. En vous remerciant pour votre attention et pour l'aide que vous pourrez m'apporter,

Bien respectueusement,

Prisca Le Chevallier

## ANNEXE III – Grille d’entretien A

1. Quel est votre **poste /rôle** ?

Comment êtes-vous **arrivé ici** ? Depuis **combien de temps** êtes-vous ici ?

2. Pourriez-vous m’expliquer quelle est l’**origine du projet** de mise en place du SAS ?

Questions facultatives/relances :

Dans quel **contexte** a-t-il été créé ?

**Qui a porté** le projet (impulsion administrative ou leader médical) ?

Quelles sont les **raisons** de ce projet ?

3. Selon vous, **qu’est-ce que le SAS** ?

Pourriez-vous m’expliquer, d’après vous, **en quoi consiste le SAS ? A quoi répond-t-il** ?

Questions facultatives/relances :

Quels sont les **buts recherchés** ? Quelles sont les finalités ? **A quoi le SAS doit-il répondre** ?

Qu’apportent-ils de **nouveau** ?

Quels changements doit-il éventuellement accompagner ?

Qu’en pensez-vous ?

5. Pourriez-vous m’expliquer comment s’est déroulée la **mise en place du SAS au sein du SAMU de Paris** ?

Questions facultatives/relances :

Comment **les choses se sont-elles passées** ?

**Accueil par les différents acteurs ? ARM, MG ? Cadre ARM ?**

Quelles ont été **les grandes étapes** ?

Avez-vous utilisé des **outils particuliers** ?

**Formations managers, ARM, superviseurs, cadres et OSPN /MG ?**

Qui étaient **vos interlocuteurs ou les éventuels relais** ?

7. Quelles sont **les opportunités** qu’offrent le SAS ?

Questions facultatives/relances :

**Quels changements ? Points positifs ?**

Impact pour les équipes déjà en place ?

Impact sur les locaux ?

Impact sur l’organisation ?

Impact sur les relations ville/hôpital ? Avec les autres structures ?

8. Quels sont **les freins à la mise en place du SAS** au SAMU 75 ? **Difficultés** ?

9. Quels **axes pourraient être améliorés** ? Comment ?

Y a-t-il **d’autres éléments** que vous souhaiteriez aborder à propos du SAS ? D’autres **remarques ou réflexions** que vous souhaiteriez me partager ?

10. **A qui d’autres** pensez-vous que je pourrais m’adresser ?

## ANNEXE IV - Grille d'entretien B

1. Quel est votre **poste /rôle** ?

Comment êtes-vous **arrivé ici** ? Depuis **combien de temps** êtes-vous ici ?

2. Pourriez-vous m'expliquer quelle est l'**origine du projet** de mise en place du SAS ?

Questions facultatives/relances :

Dans quel **contexte** a-t-il été créé ?

**Qui a porté** le projet (impulsion administrative ou leader médical) ?

Quelles sont les **raisons** de ce projet ?

3. Selon vous, **qu'est-ce que le SAS** ?

Pourriez-vous m'expliquer, d'après vous, **en quoi consiste le SAS** ? **À quoi répond-t-il** ?

Questions facultatives/relances :

Quels sont les **buts recherchés** ? Quelles sont les finalités ? **À quoi le SAS doit-il répondre** ?

Qu'apportent-ils de **nouveau** ?

Quels changements doit-il éventuellement accompagner ?

Qu'en pensez-vous ?

4. Pourriez-vous m'expliquer qui **pilote le projet** ? À quel niveau ?

5. Pourriez-vous m'expliquer comment est **financé** le projet SAS ?

6. Pourriez-vous m'expliquer comment s'est déroulée la **mise en place du SAS au sein du SAMU de Paris** ?

Questions facultatives/relances :

Comment **les choses se sont-elles passées** ?

**Accueil par les différents acteurs** ? ARM, MG ? Cadre ARM ?

Quelles ont été les **grandes étapes** ?

Avez-vous utilisé des **outils particuliers** ?

**Formations managers, ARM, superviseurs, cadres et OSPN /MG** ?

Qui étaient vos **interlocuteurs ou les éventuels relais** ?

7. Quelles sont les **opportunités** qu'offrent le SAS ?

Questions facultatives/relances :

**Quels changements ? Points positifs** ?

Impact pour les équipes déjà en place ?

Impact sur les locaux ?

Impact sur l'organisation ?

Impact sur les relations ville/hôpital ? Avec les autres structures ?

8. Quels sont les **freins à la mise en place du SAS** au SAMU 75 ? **Difficultés** ?

9. Quels **axes pourraient être améliorés** ? Comment ?

Y a-t-il **d'autres éléments** que vous souhaiteriez aborder à propos du SAS ? D'autres **remarques ou réflexions** que vous souhaiteriez me partager ?

10. **A qui d'autres** pensez-vous que je pourrais m'adresser ?







**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Direction générale de l'offre de soins  
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins  
Bureau du premier recours (R2)  
Personne chargée du dossier : Elsa Vergier  
Mél : [DGOS-R2@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-R2@sante.gouv.fr)

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé (*pour mise en  
oeuvre*)

**INSTRUCTION N° DGOS/R2/2020/129** du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentateurs du service d'accès aux soins.

Date d'application : immédiate  
NOR : **SSAH2019817J**  
Classement thématique : établissement de santé  
**Validée par le CNP, XXX - Visa CNP XX**  
Document opposable : non  
Publiée au BO : oui

**Catégorie** : Mise en œuvre des réformes et des politiques publiques comportant des objectifs, orientations ou calendrier d'exécution.

**Résumé** : Appel à faire remonter des projets pilotes pour expérimenter le service d'accès aux soins, selon des principes indispensables et des attendus en termes d'organisation, de fonctionnement, d'outils techniques et de prestations. Cette instruction fait suite au Pacte de refondation des urgences de septembre 2019 et s'inscrit dans le cadre de la mesure 26 du Ségur de la santé conclu le 21 juillet 2020.

**Mention Outre-mer** : le texte s'applique en l'état dans ces territoires.

**Mots-clés** : Service d'accès aux soins - Offre de soins de ville - Soins non programmés - Aide médicale urgente

**Annexe(s)**

Annexe 1 : Recommandations permettant d'identifier des sites pilotes SAS

Annexe 2 : Fiche de proposition de site pilote SAS

Annexe 3 : Schéma organisation de la plateforme téléphonique du SAS vue patient

Annexe 4 : Liste d'indicateurs potentiels pour le suivi des pilotes du SAS

Annexe 5 : Fiche de poste de l'opérateur de soins non programmés (OSNP)

**Le Ségur de la santé**, lancé le 25 mai dernier et qui s'est conclu par des annonces fortes du Ministre le 21 juillet 2020, fait de la simplification des organisations et du rassemblement des acteurs de la santé dans les territoires pour améliorer la réponse à l'usager l'une de ses ambitions principales. Ainsi, sur le sujet de l'organisation territoriale de l'offre de soins, la concrétisation du **service d'accès aux soins (SAS)**, initié dans le cadre du Pacte de refondation des urgences de septembre 2019, est un objectif majeur (mesure 26 du dossier de presse du 21 juillet 2020) avec notamment le **lancement d'expérimentations sur des organisations mixtes ville-hôpital pour la prise en charge des appels des patients pour des besoins urgents ou non programmés**.

La crise du Covid-19 a, en outre, conduit à la mise en place d'un certain nombre de dispositifs sur lesquels il s'agit maintenant de capitaliser pour donner une première concrétisation au SAS. Les outils nécessaires à son déploiement, appuyé sur **une régulation médicale téléphonique accessible par une porte d'entrée unique** d'une part et **une plateforme numérique** d'autre part, doivent ainsi être rapidement mis en place pour envisager une phase de généralisation dès 2021 sur l'ensemble du territoire.

Pour ce faire, il s'agit désormais d'**identifier des territoires pilotes**, préfigurateurs du SAS, qui devront être **opérationnels dès l'automne 2020**.

La présente instruction décrit les principes incontournables en termes d'organisation territoriale et de services socles qui devront être respectés par les sites pilotes d'ici leur lancement. En complément, des recommandations destinées aux pilotes SAS sont présentées en annexe 1.

## **I- Qu'est-ce que le SAS ?**

Le SAS est un service universel accessible à tous sur tous les territoires, quel que soit le lieu d'appel, qui doit permettre à chacun d'accéder rapidement aux soins dont il a besoin. Il participe ainsi à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le SAS repose sur deux volets de base:

- **une plateforme digitale** (comprenant un site internet, une application) permettant d'accéder à une information précise sur l'offre de soins sur le territoire et de prendre rendez-vous rapidement chez un professionnel de santé ;
- **la prise en charge unique des appels** pour toute situation d'urgence ou pour tout besoin de soins non programmés, lorsque l'accès au médecin traitant n'est pas possible en 1<sup>ère</sup> intention.

Il se traduit notamment par **une plateforme téléphonique de régulation médicale**, opérationnelle 24H/24 et 7J/7. Elle permet, en fonction de l'urgence de chaque situation et des besoins des patients, d'obtenir une réponse adaptée pour des soins non programmés. Elle propose une orientation ou un conseil médical ou paramédical, la prise de rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 48 heures, l'accès à une téléconsultation, l'orientation vers un établissement de santé ou l'engagement d'effecteurs auprès des patients.

**Cette démarche associe ainsi la régulation médicale de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)** historiquement réalisées dans les SAMU-Centres 15, **et la régulation médicale de médecine générale pour les soins de ville non programmés**, avec une régulation médicale par la médecine de ville en complémentarité de la régulation médicale hospitalière. Des expertises sanitaires complémentaires pourront intégrer le SAS dans le cadre d'une réponse transversale et coordonnée (ex : régulation médicale psychiatrique, pédiatrique, gériatrique, toxicologique, médico-sociale, etc.).

## Articulation entre le choix des pilotes territoriaux et la plateforme digitale SAS

**Des travaux sont actuellement menés au niveau national sur la plateforme digitale afin de mettre à disposition des pilotes cet outil d'ici l'automne.**

La plateforme digitale constituera une brique essentielle du Service d'Accès aux Soins (SAS). En écho à l'accélération du virage numérique en santé et aux nouveaux usages de la population, elle facilitera l'accès à l'information en santé et aux soins non programmés (médecins de ville, centres de régulation, CPTS, services d'urgences, soins infirmiers, etc.).

Elle permettra de gérer des situations de soins non programmés (SNP) en proposant d'accéder facilement et rapidement à des créneaux de prise en charge par tout type de professionnel de santé, dans un délai court (moins de 48h).

Elle s'appuiera sur des bases de données existantes sur l'offre de santé telles que le ROR et l'annuaire santé.fr qui a pour vocation de référencer l'ensemble de l'offre de santé du territoire. Pour les professionnels de santé de toute spécialité, la plateforme digitale doit faciliter l'adressage d'un patient à un autre spécialiste ou à un organisme de prise en charge en proposant une visibilité exhaustive sur l'offre de soin du territoire et sur les créneaux de disponibilité réservés aux SNP. Pour ce faire, il est prévu que la plateforme digitale SAS intègre un moteur de recherche pour la prise de rendez-vous avec les professionnels du territoire, en lien avec les solutions de prises de rendez-vous utilisées par les professionnels. Elle ne se substitue ainsi pas aux outils mis en place au niveau local.

Il est prévu de mettre à disposition une première version de la plateforme digitale d'ici fin décembre, pour tester un certain nombre de fonctionnalités, comme l'agrégateur des plages de disponibilités et la qualité et l'exhaustivité des données sur l'offre de soins du territoire. Une articulation voire une intégration avec les outils locaux des sites pilotes retenus sera également prévue. Dans ce contexte, des organisations locales particulières préexistantes sont identifiées comme facilitantes pour le démarrage : mise en œuvre d'agenda partagé « régulation-ville » permettant pour la régulation médicale d'avoir une vision facilitée sur l'offre de soins disponible et de prendre rendez-vous en ville pour le compte d'un patient. La disponibilité d'outils de coordination e-parcours, du type réseau social centré patient, constitue également un atout, mais les organisations locales et le contexte régional (organisation des soins non programmés, dynamique CPTS, soutien et disponibilité du GRADeS et de l'ARS pour accompagner les acteurs) sont fondamentaux. L'intégration aux outils de coordination pourra donc être progressive.

## **II- Les principes incontournables**

Les principes listés ci-dessous sont des conditions à remplir par les projets pilotes SAS. Certaines fonctionnalités complémentaires pourront en revanche venir compléter ces principes essentiels dans un second temps et tout au long du déploiement des pilotes..

### **1. L'organisation territoriale**

Afin de permettre une appropriation rapide de l'organisation et des outils du SAS par les professionnels et les acteurs locaux concernés :

- tout projet devra être **porté collectivement par le SAMU et des acteurs de la médecine de ville** sous la forme d'un projet médical partagé ;
- les territoires sélectionnés devront avoir engagé une **dynamique entre la médecine de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière** (dialogue préexistant, partenariats déjà engagés) ;
- pour garantir l'effection des soins non programmés et la bonne articulation avec les objectifs de Ma Santé 2022, la **présence sur le territoire d'une CPTS ou d'un projet de CPTS qui contribue à une organisation effective des soins non programmés**, témoignant d'une dynamique territoriale, est nécessaire.



- les territoires devront être dotés d'une **organisation de la permanence des soins ambulatoires** satisfaisante en soirée, week-end et jours fériés ;
- les territoires sélectionnés devront avoir engagé une **dynamique entre le SAMU et les services de secours** (dialogue préexistant, partenariats déjà engagés).

## 2. Les services socles

Des **services minimums obligatoires** qui devront être communs à tous les territoires, développés au sein des pilotes dès leur lancement et déployés ensuite à grande échelle lors de la généralisation, sont les suivants :

- une **régulation médicale d'aide médicale urgente 24H/24, 7J/7**, avec si nécessaire une orientation vers un service d'urgence, le déclenchement possible d'un SMUR, du SDIS ou d'un transporteur sanitaire privé ;
- une **régulation médicale de médecine générale 24H/24, 7J/7 en articulation avec la PDSA**, avec la possibilité de prendre un rendez-vous en ville rapide (dans les 48 heures) pour le patient ;
- la délivrance de **conseils médicaux** par le médecin urgentiste ou le médecin généraliste de la régulation médicale (orientation vers une prise en charge adaptée, conseils, etc.) ;
- l'identification et l'orientation vers la **pharmacie de garde** présente sur le territoire.

## 3. Les modalités de suivi et d'évaluation des pilotes

Un suivi sera demandé aux pilotes sur la base des indicateurs quantitatifs et qualitatifs présents en annexe 4.

Une évaluation sera ensuite formalisée et diffusée en 2021, et permettra de tirer des grands enseignements et recommandations qui serviront de base à la généralisation.

## III- Méthodologie et étapes pour la sélection des pilotes

La sélection des pilotes s'effectuera dans un calendrier ambitieux, se déclinant de la façon suivante :

- **Identification par les ARS de quelques territoires** suffisamment matures pour préfigurer une organisation de SAS opérationnelle d'ici le mois d'octobre et qui seront en capacité de satisfaire les principes incontournables d'ici le lancement en janvier 2021 ;
- **Transmission à la DGOS par les ARS pour le 30 septembre au plus tard d'un descriptif** du ou des projets et d'un argumentaire permettant d'étayer leurs choix (pertinence du projet, ancrage territorial et partenariats existants, etc.) ;
- **Sélection de pilotes** par la DGOS pour lancer dès l'automne les organisations sur les territoires retenus.
- **Accompagnement par les ARS des sites pilotes**

La DGOS sera à disposition des porteurs de projet et des ARS pour accompagner la préparation de la mise en œuvre opérationnelle des pilotes SAS jusqu'à l'automne puis pour leur montée en charge progressive et enfin pour leur évaluation.

Calendrier indicatif	
Transmission de la note de cadrage aux ARS	Été 2020
Transmission par les ARS au ministère de propositions de projets pilotes	30 Septembre 2020
Sélection de pilotes par le ministère	15 Octobre 2020
Lancement de la construction de la plateforme digitale	Septembre 2020
Préparation des pilotes par les acteurs locaux (SAMU et ville), sous pilotage étroit des ARS, en lien avec le niveau national	Novembre/décembre 2020
Construction de la plateforme digitale, au niveau national et en articulation avec les outils locaux des sites pilotes	
Lancement opérationnel des pilotes, avec régulation médicale des appels effective et une première version de la plateforme digitale	T1 2021
Réalisation d'un premier retour d'expérience sur les pilotes	T2-T3 2021
Diffusion des modalités de la généralisation du SAS et permettant d'engager les travaux de préparation dans tous les territoires	Automne 2021
Généralisation du SAS	Fin 2021/T1 2022

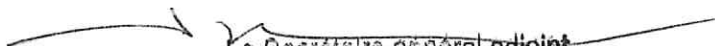
\*\*\*

Il vous est demandé de transmettre les projets que vous aurez retenu, sur le modèle de la fiche de proposition de site pilote SAS (Annexe 2) à la DGOS-Bureau R2 (boite fonctionnelle [DGOS-R2@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-R2@sante.gouv.fr)) **pour le 30 septembre 2020 au plus tard.**

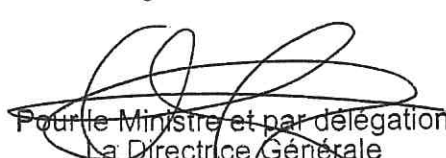
Pour toute information complémentaire vous pourrez contacter à la DGOS bureau R2 : [camille.brunat@sante.gouv.fr](mailto:camille.brunat@sante.gouv.fr) et [nathalie.duparc@sante.gouv.fr](mailto:nathalie.duparc@sante.gouv.fr)

La secrétaire générale des ministères  
chargés des affaires sociales

Pour le ministre et par délégation :  
La directrice générale de l'offre de soins,

  
~~Le Secrétaire général adjoint~~

Sabine FOURCADE  
Jean-Martin DELORME

  
~~Pour le Ministre et par délégation  
La Directrice Générale  
de l'Offre de Soins~~

Katia JULIENNE



MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ  
ET DE LA PRÉVENTION

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



## DOSSIER DE PRESSE – MAI 2023

**Les centres de régulation médicale recrutent !**

Devenez cette voix qui oriente, conseille les personnes dans l'urgence  
et déclenche l'envoi des secours pour sauver des vies.

**#Le15recrute**

**sante.gouv.fr**

Découvrez les métiers du service public sur [choisirleservicepublic.gouv.fr](https://choisirleservicepublic.gouv.fr)



**Le métier d'Assistant de régulation médicale (ARM) est aujourd'hui un métier peu connu du grand public. Il a pourtant un rôle déterminant et de premier plan dans le parcours de soin du patient, en situation d'urgence ou non.**

**Les ARM sont en effet les premiers à décrocher un appel émis vers le 15. Ils sont dans ce cadre amenés à orienter au mieux les patients selon les urgences et dans de brefs délais. En cela, ils contribuent à limiter les passages aux urgences évitables. Les ARM jouent ainsi un rôle clé pour tenir l'objectif fixé par le président de la République de désengorgement de ces services d'ici la fin de l'année 2024.**

**Aujourd'hui, les besoins en ARM se font de plus en plus croissants pour répondre au mieux aux enjeux de la régulation médicale.**

**C'est pourquoi, François BRAUN, ministre de la Santé et de la Prévention, a souhaité lancer ce 15 mai 2023, une campagne de valorisation du métier d'ARM pour mettre en lumière son rôle essentiel.**

**De nombreuses opportunités existent avec 700 places ouvertes dans 19 centres de formation (CFARM) partout en France métropolitaine et dans les Départements et régions d'Outre-mer (DROM). Derrière l'hashtag #Le15recrute, cette campagne a pour ambition de susciter de nouvelles vocations et de renforcer la visibilité du métier d'ARM auprès des jeunes en recherche d'orientation et des personnes en reconversion professionnelle.**



## 1/ ASSISTANT DE RÉGULATION MÉDICALE, UN RÔLE PIVOT DANS LA CHAÎNE DU SOIN

**Premiers interlocuteurs des patients lors des appels aux centres 15, les Assistants de régulation médicale ont un rôle primordial dans la chaîne du soin. Ils écoutent, analysent et activent le dispositif d'aide adéquat lors de chaque appel, et cela dans des délais très courts. Les ARM sont la voix qui guide les patients et coordonne leur prise en charge médicale.**

**Ainsi, sous la responsabilité du médecin régulateur, ils sont les premiers maillons de la régulation médicale qui orientent au mieux les Français dans leur parcours de soins.**

Les besoins dans les centres de régulation médicale sont aujourd'hui croissants pour maintenir et

préserver la qualité de la prise en charge des patients, quelle que soit leur situation.

Le métier d'Assistant de régulation médicale est accessible grâce à une formation de 11 mois, qui permet l'acquisition d'une certification.

Ouverte aux personnes en études ou en reconversion, elle est obligatoire pour exercer. Une fois la certification obtenue, ce métier peut être pratiqué partout en France, dans les centres de régulation du SAMU ou les plateformes du service d'accès aux soins (SAS).

Il s'agit d'une véritable opportunité pour toutes les personnes en recherche d'un métier en lien avec le secteur médical, qui permet d'être au cœur de l'action, et qui contribue chaque jour à sauver des vies.

### EN BREF, ÊTRE ARM C'EST :

- un métier qui se place comme l'un des premiers maillons de la chaîne du soin
- un métier qui repose sur l'écoute et l'empathie
- un métier qui procure un sentiment de responsabilité et d'utilité
- un métier qui procure de l'adrénaline
- un métier qui s'exerce dans une équipe pluridisciplinaire
- un métier qui est accessible en moins d'une année de formation
- un métier qui offre des perspectives d'évolutions professionnelles



## 2/ UNE CAMPAGNE POUR VALORISER LE MÉTIER D'ASSISTANT DE RÉGULATION MÉDICALE

Pour mieux faire connaître et valoriser le métier d'Assistant de régulation médicale, une campagne de communication est lancée ce 15 mai 2023 pour donner envie aux jeunes et aux personnes en reconversion de s'inscrire dans une formation enseignée en CFARM.

Le parti-pris de cette campagne est de mettre en avant le caractère stimulant, valorisant et accessible du métier d'ARM, qui s'exerce au sein d'un collectif de professionnels (médecins, urgentistes, etc.), dont les missions sont complémentaires.

Un dispositif de communication s'adressant à deux cibles – jeunes et profils en reconversion – est déployé :

- sur les réseaux sociaux ;

- sur le site du [ministère de la Santé et de la Prévention](#) ;

- via des vidéos témoignages réalisées en partenariat avec le média digital Konbini (profils : étudiant, formateur en CFARM et personne en reconversion professionnelle) qui seront diffusées à partir du 30 mai 2023 ;

- via une vidéo immersive au sein du SAMU 93, réalisée en lien avec l'AP-HP.

Cette campagne de visibilité est également relayée par de nombreux partenaires institutionnels du ministère, via un kit de communication dédié : Agences Régionales de Santé (ARS), ONISEP, Centre Inffo, Union Nationale des Missions Locales (UNML) et le réseau Pôle Emploi.

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION**  
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**RÉPONDS PRÉSENT POUR VENIR EN AIDE.**

choisirleservicepublic.gouv.fr'."/>

**REJOINS L'ÉQUIPE DU 15 EN TANT QU'ASSISTANT DE RÉGULATION MÉDICALE.**

**Les centres de régulation médicale recrutent !**  
Deviens le premier maillon de la chaîne de soin, la voie garantie de la bonne prise en charge des personnes dans l'urgence. Que ce soit pour les rassurer, les orienter ou déclencher le signal pour envoyer les secours : tu joueras un rôle essentiel. Tu as le Bac et tu cherches un métier stimulant : profite d'une formation d'1 an et rejoins le SAMU.

#Le15recrute | [sante.gouv.fr](#)

Découvrez les métiers du service public sur [choisirleservicepublic.gouv.fr](#)

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION**  
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**VENIR EN AIDE ÇA COMMENCE DÈS LE 1<sup>ER</sup> APPEL.**

choisirleservicepublic.gouv.fr'."/>

**REJOIGNEZ L'ÉQUIPE DU 15 EN TANT QU'ASSISTANT DE RÉGULATION MÉDICALE.**

**Les centres de régulation médicale recrutent !**  
Deviens le premier maillon de la chaîne de soin, la voie garantie de la bonne prise en charge des personnes dans l'urgence. Que ce soit pour les rassurer, les orienter ou déclencher le signal pour envoyer les secours : vous jouerez un rôle essentiel. Vous avez le Bac et cherchez un métier stimulant : profitez d'une formation d'1 an et rejoignez le SAMU.

#Le15recrute | [sante.gouv.fr](#)

Découvrez les métiers du service public sur [choisirleservicepublic.gouv.fr](#)



### 3/ VENIR EN AIDE, ÇA COMMENCE DÈS LE PREMIER APPEL

**L'ARM assure la première réponse de l'appelant, en faisant preuve d'une écoute active et bienveillante.**

Lors de ce premier appel, il est chargé de qualifier le degré d'urgence du besoin, et ainsi d'orienter l'appelant, dans les plus brefs délais et sous la responsabilité du médecin régulateur, vers le service le plus adapté :

- le SAMU (Service d'aide médicale urgente), lorsque la demande relève d'un besoin de soins urgents ;
- le service d'accès aux soins via la régulation de médecine générale, lorsque la demande relève d'un besoin de soins non-programmés.

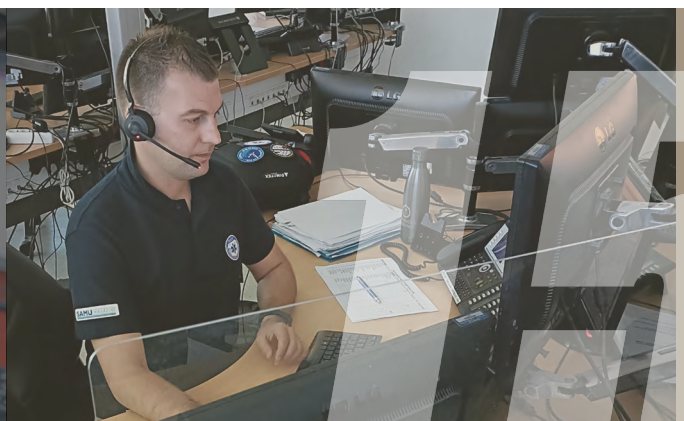
**Dans ce cadre, l'Assistant de régulation médicale exerce plusieurs missions :**

- le traitement et la priorisation des appels reçus, l'orientation et la transmission d'informations sur les caractéristiques de la situation au médecin régulateur, le guidage par téléphone de l'appelant dans la réalisation des gestes d'urgence, à partir de protocoles médicaux préétablis et d'échanges avec les partenaires du SAMU ;
- la mobilisation et le suivi des moyens opérationnels nécessaires au traitement de la demande en application de la décision médicale, avec la

recherche d'informations utiles sur la disponibilité des moyens, le déclenchement et l'ajustement des moyens opérationnels selon la nature de l'intervention, la réception des bilans et le transfert d'informations au médecin régulateur, le suivi de l'intervention et de l'orientation du patient, la transmission des informations relatives au patient à la structure d'accueil ;

- le traitement des informations associées à la régulation, la qualité, la sécurité et à la vie du service, par la gestion des dossiers de régulation grâce à des logiciels métier, la mise à jour de la base de données informatiques sur les ressources liées aux interventions, la réception et le traitement des informations reçues des interlocuteurs du SAMU et la contribution aux déclarations d'évènements indésirables ;

- l'appui à la gestion des moyens lors de la mise en œuvre de dispositifs prévisionnels de secours, en situation dégradée et en situation sanitaire exceptionnelle, avec l'activation de la cellule de crise, l'appui logistique et technique à la coordination médicale sur le terrain, et le recensement et le suivi d'informations utiles sur les moyens opérationnels spécifiques mobilisables lors de ces situations : capacités d'accueil, moyens humains et matériels, transports, etc.





## 4/ COMMENT DEVENIR ASSISTANT DE RÉGULATION MÉDICALE ?

**Pour renforcer la qualité de la régulation médicale au sein des centres 15, une formation qui permet l'acquisition d'une certification est obligatoire depuis 2019 pour exercer la profession d'ARM.**

La certification d'Assistant de régulation médicale (ARM) est délivrée par l'un des 18 (19 dès janvier 2024) Centres de formation d'assistants de régulation médicale (CFARM), répartis dans la quasi-totalité du territoire, au nom du ministère de la Santé et de la Prévention.

### Qui peut suivre la formation d'ARM ?

La formation est accessible :

- aux titulaires du baccalauréat (une copie de l'inscription au baccalauréat suffit pour se présenter aux sélections à l'entrée des CFARM) ;
- aux personnes justifiant de 3 ans d'expérience professionnelle à temps plein.

Les candidats doivent être âgés de 18 ans au moins au 31 décembre de l'année d'entrée en formation.



### En quoi consiste la formation pour devenir ARM ?

Elle dure 11 mois et se répartit en 1 470 heures à part égale entre enseignement théorique et stages (5 semaines de stage de découverte et 16 semaines de stage pratique). La formation est également accessible en apprentissage selon les CFARM.

**L'acquisition de 4 blocs de compétences est nécessaire pour la valider :**

- 1) traitement d'un appel dans le cadre du SAMU-Centre 15 ;
- 2) mobilisation et suivi des moyens opérationnels nécessaires au traitement de la demande sur décision médicale ;
- 3) traitement des informations associées à la régulation, la qualité, la sécurité et à la vie du service ;
- 4) appui à la gestion des moyens lors de la mise en œuvre de dispositifs prévisionnels de secours, en situation dégradée et en situation sanitaire exceptionnelle.

La validation de ces 4 blocs de compétences intervient par le biais d'évaluations de connaissances, d'études de cas, de mises en situation et d'évaluations des compétences en stage.





## Quels sont les débouchés ?

En 2023, les Assistants de régulation médicale intégreront le Code de la santé publique et rejoindront ainsi l'ensemble des professions de santé. Les Assistants de régulation médicale peuvent évoluer tout au long de leur carrière en prenant de nouvelles responsabilités, par exemple, en exerçant des fonctions de superviseur ARM ou coordinateur ARM. Les ARM peuvent également exercer en tant que formateurs dans les centres de formation.

La certification d'ARM permet aussi d'obtenir des dispenses de formation vers d'autres métiers du soin, parmi lesquels celui d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture ou d'ambulancier. De même, ces professions peuvent bénéficier de passerelles pour rejoindre le métier d'ARM. Un arrêté est en cours de publication pour préciser ces allègements.

## 5/ UNE FORMATION RAPIDE ET DES BESOINS SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

18 centres de formation d'Assistants de régulation médicale (CFARM), répartis dans la quasi-totalité des régions françaises, sont aujourd'hui agréés. En septembre 2023, de nouveaux centres ouvrent

à Besançon, Caen et en Guadeloupe. Un 19ème centre ouvrira quant à lui à Perpignan en janvier 2024.



## POUR EN SAVOIR PLUS :

- le site du ministère de la Santé et de la Prévention
  - le site Unarm.fr : rubrique Formation
  - le site Afarm.fr : rubrique Formation
- 

## - CONTACT PRESSE -

Cabinet de M. François BRAUN  
01 40 56 60 60  
[sec.presse.cabsante@sante.gouv.fr](mailto:sec.presse.cabsante@sante.gouv.fr)

LE CHEVALLIER	Prisca	23/06/2023
<b>Master 2 AMOS-Paris</b>		
<b>Un "guichet unique" pour les soins non programmés ? Le cas de la mise en place du SAS au SAMU de Paris</b>		
<b><u>Résumé :</u></b>		
<p>Dans un contexte de crises successives des urgences et de « désertification » de la médecine de ville, la ministre de la Santé Agnès Buzyn a missionné le Professeur Pierre Carli, président du conseil national de l'urgence hospitalière, et chef de service du SAMU de Paris et le député Thomas Mesnier, pour rédiger le rapport sur le pacte de refondation des urgences (2019). Parmi les mesures phares du rapport, le service d'accès aux soins (SAS) vise à réguler l'accès aux soins non programmés (SNP), dont la demande est croissante. Ce dispositif de régulation en amont des services d'accueil d'urgences vise à les désengorger et à répondre aux soins vitaux, urgents et non programmés pour offrir à la population une prise en charge coordonnée entre la ville et l'hôpital. Ce dispositif doit être généralisé dans tous les SAMU de France d'ici la fin d'année 2023.</p> <p>Notre étude a pour objectif de comprendre, à partir de la mobilisation du cadre théorique sur les guichets uniques, les implications organisationnelles associées à la mise en place des SAS au sein du plus grand SAMU de France. Nous montrons que les personnes interrogées perçoivent le SAS comme une opportunité intéressante de décroiser la ville et l'hôpital et d'offrir la réponse la plus adaptée aux patients nécessitant des soins non programmés. Toutefois, la mise en place du SAS se heurte à des barrières opérationnelles qu'il conviendra de lever.</p> <p>Ce travail d'évaluation permet de mieux comprendre les enjeux autour du déploiement du SAS à l'échelon national ainsi que les opportunités et freins à sa mise en place sur le terrain. Après analyse des résultats, notre étude permet d'émettre des préconisations pour améliorer le fonctionnement du SAS au SAMU 75, potentiellement utiles à d'autres SAMU dans la mise en place de ce dispositif complexe.</p>		
<b>Mots clés :</b> service d'accès aux soins, soins non programmés, urgences, samu, guichet unique		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		

