

## SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS

# LE BON LIEN VILLE-HÔPITAL ?

Introduit dans le cadre du Pacte de refondation des urgences de septembre 2019, le service d'accès aux soins (SAS) devrait prochainement voir le jour, avec, pour objectif, de mieux orienter le patient en cas d'urgence sanitaire ou pour toute demande de soin non programmé. Pour ce faire, le secteur hospitalier et la médecine de ville devront mieux se coordonner dans les territoires.



En automne 2019, au plus fort de la crise des services d'urgences hospitaliers, Agnès Buzyn alors ministre de la Santé confia une mission au député Thomas Mesnier (LREM) et au Pr Carli : dessiner les contours d'une plateforme de triage médicale à l'échelon territorial permettant de mieux réguler l'accès aux services d'urgence, à certains moments en situation de saturation, tout en facilitant l'obtention de rendez-vous en médecine de ville si le cas du patient ne présente pas un caractère urgent. Derrière cet ordre de mission, les travaux devaient en filigrane apporter un peu plus de clarté sur ce qui relève du champ des compétences de la médecine hospitalière et de celui de la ville en ce qui concerne les prises en charge de soins non programmés. Au final, les deux mois de travaux auront abouti sur un concept, celui du service d'accès aux soins ou SAS. Un chantier qui, après avoir été mis un peu de côté du fait de la crise sanitaire, devrait aboutir pour le début de l'année prochaine. L'architecture du futur SAS s'appuiera sur deux piliers. Le premier sera issu de la création de plate-

formes de gestion des appels issus d'une co-construction entre les SAMU-centres 15 et les professionnels de santé libéraux chapeauté par les ARS. Le second doit déboucher sur la création d'une autre plateforme spécifiquement destinée à la gestion des plages de soins non programmés disponibles par médecin dans le but d'orienter le patient vers le bon professionnel de santé en cas de non-disponibilité de son médecin traitant. Un chantier qui sera cette fois-ci piloté par la Cnam. Ces piliers relevant de l'échelon départemental intégreront les CPAM pour la mise en place de structures territoriales adaptées.

En parallèle, un autre chantier est également mis sur les rails, celui de la gestion conventionnelle des soins non programmés. Les questions d'articulation entre la plateforme de régulation et l'offre de soins ambulatoire organisée (type CPTS) et de financement de la prise en charge de ces patients « non programmés » sont ainsi en cours de négociation entre l'Assurance-Maladie et les partenaires conventionnels. Il faut toutefois noter que ces derniers, syndicats

de généralistes en tête, ont d'ores et déjà émis quelques réserves quant aux premières orientations prises par le ministère sur ce dossier, notamment en ce qui concerne le potentiel non-maintien d'une ligne réservée à la permanence des soins ambulatoires (le 116-117), mais aussi sur la future gouvernance du SAS et dont la crainte est que celle-ci ne respecte pas la parité ville/hôpital. Les premières expérimentations, lancées ce mois-ci, seront donc suivies avec le plus grand intérêt.

### MIEUX CADRER LE PARCOURS DU PATIENT

Mais au-delà de ces faits, il nous faut replacer l'installation de ce dispositif dans une logique globale de redéfinition du parcours de soins coordonné par les pouvoirs publics. En un sens, le SAS remettrait implicitement chaque acteur à sa place théorique dans le cadre d'un parcours de soins non programmé (cf. schéma ci-contre). Mais dans ce cadre, l'exécutif procède par petites touches. Dès la LFSS 2019, avec le lancement d'une expérimentation sur la mise en place d'un forfait



de réorientation vers la médecine de ville pour les personnes dont la prise en charge ne nécessite pas un passage par les services d'urgences. Dossier porté politiquement par Olivier Véran, alors rapporteur général de la loi. Un dispositif qui devrait être complété par le PLFSS 2021 via l'instauration d'un ticket modérateur à la charge du patient en cas de passage par les services d'urgence n'ayant pas débouché sur une hospitalisation. Introduisant ainsi une forme de « co-payment » censé davantage responsabiliser les usagers. En ville, l'attendue montée en puissance des CPTS doit aussi répondre à la problématique de défauts d'organisation de permanences de soins, constatée dans certains territoires, voire de défaut de communication pour d'autres. Le SAS se positionnera désormais comme un portail d'accès complémentaire vers une médecine de ville davantage coordonnée et mobilisée à l'échelon du territoire. Mises bout à bout, ces mesures procèdent donc d'une certaine forme de continuité et de logique.

■ Alexandre Beau

## LES SAS EUROPÉENS

Au moins trois pays européens ont installé des dispositifs se rapprochant du SAS ces dernières années. Au Royaume-Uni, c'est le NHS qui est à la manœuvre. Bien qu'étant dans une situation économique plus que difficile, le système de santé public britannique a souvent été à la pointe en matière de déploiement d'outils et d'applications numériques innovants. C'est dans cette droite lignée que le système du « NHS 111 Online », basé sur un algorithme développé par la NHS et les Ordres médicaux, a été installé depuis le site Web de l'institution ou depuis son application mobile. En indiquant dans un premier temps des informations de base (âge, sexe, localisation) et ses symptômes, le patient répond à un questionnaire digital simplifié qui, au final, débouche sur une recommandation médicale pouvant aller de la prise de rendez-vous chez un généraliste à de l'automédication si la pathologie est bénigne. En cas de situation plus complexe, ce dernier est alors pris en charge par un service téléphonique de régulation médicale. Le dispositif a dépassé le million d'utilisations, seulement dix mois après son lancement.

Les Néerlandais ont quant à eux déployé une application de triage automatisé dénommée « Should I see a doctor ? » (Dois-je consulter un médecin ?). Particularité de ce système, il a été développé directement par le collège des médecins généralistes et validé dans la foulée par les autorités sanitaires locales, faisant de ce dispositif l'outil référent en matière de régulation de soins non programmés. L'application avait été téléchargée près de 400 000 fois à la fin 2019. Enfin nos voisins suisses, dont le système repose principalement sur des assureurs privés, ont eux aussi installé une plateforme de régulation médicale. La spécificité est ici qu'un nombre croissant de contrats d'assurance exigent que tout patient faisant une demande de soins non programmés, hors cas urgent, doit obligatoirement passer ce biais pour accéder à une consultation avec un médecin. Le passage par cette plateforme devient donc progressivement une étape obligatoire dans le parcours de soins du patient suisse. ■

