

Le Service d'Accès aux Soins (SAS): comment et pourquoi ?

Coordination, entraide et désengorgement des urgences : le SAS a été pensé pour atteindre ces objectifs. Le Dr Anouar Ben Hellal fait le point dans PHARE sur ce dispositif, sa naissance et la situation qui l'a engendré.

POURQUOI LE SAS ?

L'évolution actuelle de la demande de soins non programmés porte autant sur une augmentation de volume que sur sa nature. En ce qui concerne l'activité, les chiffres parlent d'eux même, plus de 20 millions de passages par an aux services d'accueil des urgences et plus de 30 millions d'appels au SAMU par an au niveau national. Quant à la nature des soins, les missions assurées par les structures d'urgence se sont décentrées vers la prise en charge des complications des pathologies chroniques et des problématiques médico-sociales. En effet, le rapport du Pr Steg¹ a conditionné depuis 1993 l'évolution de la médecine d'urgence par ses grandes orientations, qui portaient notamment sur la professionnalisation médicale aux urgences, sur l'organisation de la régulation médicale, sur les « synergies » et échanges entre l'activité intra- et extrahospitalière, sur l'évaluation de la qualité des soins et sur la qualité de la formation des médecins. Vingt ans plus tard, le nombre de patients vus aux urgences est passé de 7 millions en 1992 à plus de 20 millions en 2017. L'activité des SAMU a suivi la même évolution. Le nombre et la nature de la demande de soins non programmés ont évolué, tant pour des raisons sociétales que pour des raisons de démographie médicale qui impacte la médecine de ville.

Comme le précise le rapport Cohen², les missions assurées par les structures d'urgence se sont décentrées vers la prise en charge des complications des pathologies chroniques et vers des problématiques d'ordre médico-sociales de plus en plus prégnantes. Ce constat ne doit pas être subi comme une fatalité, les structures d'urgence ne peuvent pas continuer à être une orientation par défaut. Les acteurs existent, ils sont de tous horizons : personnels de l'hôpital, médecins et soignants de ville, structures

médicosociales, réseaux de soins, hospitalisation à domicile (HAD). Une démarche collaborative entre la médecine de ville et l'aide médicale urgente (AMU) est plus que jamais une impérieuse nécessité. Les objectifs du SAS visent, par un travail de coordination multi-disciplinaire, à éviter les ruptures de parcours des patients complexes, à favoriser le maintien à domicile et à réorienter les patients vers la ville après un recours à l'hôpital.

C'EST QUOI LE SAS ?

Le SAS a été annoncé le 9 septembre 2019 par le ministère de la Santé comme une mesure du Pacte de refondation des urgences. Ce service doit répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés, et doit offrir à chaque territoire une prise en charge plus lisible et coordonnée entre la ville et l'hôpital. Accessible partout en France et à toute heure, le SAS doit permettre à tous les patients de disposer d'une réponse à toute demande de soins. L'objectif est de définir un nouveau service d'orientation et de guidage dans le système de santé, simple et accessible à tous. Le SAS permettra dans cette nouvelle organisation, à toute personne ayant un besoin de santé urgent ou n'ayant pas de médecin traitant disponible et nécessitant un soin non programmé d'accéder à distance, de manière simple et lisible, à un professionnel de santé. Celui-ci pourra lui fournir un conseil ou une orientation selon son état vers une consultation non programmée en ville ou à l'hôpital, vers un service d'urgence ou déclencher une intervention d'un service mobile d'urgence et de réanimation ou de toute autre équipe pré-hospitalière. Le SAS est fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU, en lien avec les services de secours. Il repose sur une régulation commune des appels pour prendre en charge les urgences et les demandes de soins non programmés. Pour cela, il associe la régulation médicale du SAMU et une régulation territoriale libérale adossée à une plateforme digitale.

1 - Steg A (1993) Commission nationale de restructuration des urgences (CNRU) : Rapport sur la médicalisation des urgences. CNRU, Paris.

2 - Cohen L, Génisson C, Savary RP (2017) Sénat : Rapport d'information n° 685 : Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>

RÉGIONS	TERRITOIRES
Auvergne-Rhône-Alpes	38 - Isère
	69 - Rhône
	73 - Savoie
Bourgogne-Franche-Comté	21, 58 - Côte d'Or & Nièvre
Bretagne	29 - Finistère
	35 - Ille-et-Vilaine
Centre-Val de Loire	36 - Indre
	37 - Indre-et-Loire
Grand-Est	57 - Moselle
Hauts-de-France	59 - Nord
	80 - Somme
Île-de-France	75, 92, 93, 94 - Paris et petite couronne
	78 - Yvelines
La Réunion	974 - La Réunion
Martinique	972 - Martinique
Normandie	50 - Manche
	76 - Le Havre
Nouvelle Aquitaine	16 - Charente
	33 - Gironde
	86 - Vienne
Occitanie	31 - Haute-Garonne
Pays-de-la-Loire	44 - Loire-Atlantique

Sites pilotes retenus pour préfigurer le SAS

Ce service ne doit surtout pas venir en substitution de l'accès au médecin traitant ou des organisations territoriales qui se mettent en place comme les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) pour la gestion des soins non programmés, il doit être un complément.

DISCUSSION : LE SAS EST-IL SUFFISANT POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS ?

L'objectif de la démarche doit être plus large car il est fondamental d'améliorer le parcours du patient en luttant contre les ruptures de parcours. Savoir gérer le parcours de soins en amont et en aval de l'hôpital est un axe de travail fondamental. La vision des parcours de soins doit s'inscrire dans une prise en charge coordonnée en réseau :

- Réseaux médico-sociaux ;
- Réseaux gériatriques ;
- Réseaux psychiatriques ;
- Réseaux soins palliatifs ;
- Réseaux handicap ;
- Réseaux patients complexes et consultations spécialisées.

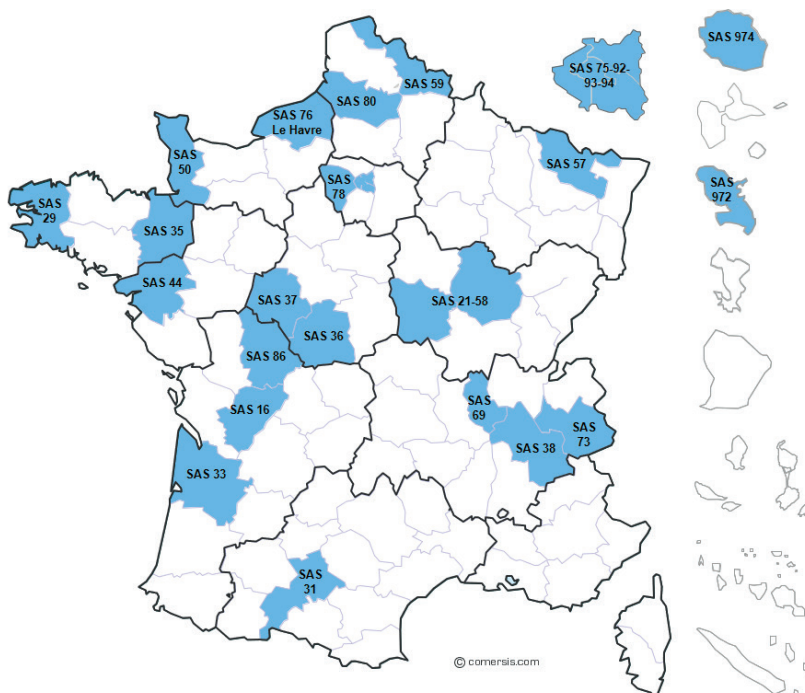
En lien direct avec le SAS, la création d'une plateforme territoriale d'appui semble indispensable. En effet, l'idée étant de mettre à disposition des soignants de ville une plateforme territoriale d'appui chargée de faciliter la coordination des différents acteurs des filières de soins. Dans ce cadre, les notions d'anticipation et de temporalité sont essentielles. Centré sur la pertinence du parcours de soin, le SAS doit ambitionner d'intégrer une plateforme de coordination ville-hôpital qui travaille en étroite collaboration avec le pôle de l'urgence de chaque établissement de soins, et les médecins et soignants libéraux du département autour de quatre principaux objectifs :

- Éviter les ruptures de parcours des patients complexes.
- Favoriser le maintien à domicile.
- Réorienter les patients ne nécessitant pas une hospitalisation vers des prises en charge en ville et/ou médico-sociales.
- Stabiliser à terme le nombre de recours aux urgences.

Cette dynamique correspond à un travail de coordination multidisciplinaire qui consiste à passer d'une organisation fonctionnelle des soins, construite

CALENDRIER DE DÉPLOIEMENT DU SAS

Vingt-deux sites pilotes ont été retenus pour préfigurer le service d'accès aux soins. L'expérimentation a débuté dès janvier 2021 pour s'étendre jusqu'au dernier trimestre 2021. Elle permettra de définir les modalités de la généralisation du SAS sur l'ensemble du territoire avec tous les acteurs du système de santé.



Déploiement du SAS sur le territoire

autour d'une spécialisation disciplinaire à une coordination pluripartenariale, plurisectorielle et pluriprofessionnelle.

DES QUESTIONS QUI SUBSISTENT...

Il est difficile à ce stade de déploiement de se faire une idée précise du fonctionnement du Service d'Accès aux Soins. Chaque département étant différent en offre de soins, l'organisation sur chaque territoire sera différente, le véritable challenge du SAS sera de savoir comment fédérer tous les acteurs de soins d'un territoire. Le SAS ne doit pas être une « fausse bonne solution ». Sans implication forte de chaque acteur, les difficultés de prise en charge des patients nécessitant des soins non programmés perdureront.

Le SAS se déploie et couvrira 40 % du territoire cette année, néanmoins beaucoup de questions subsistent :

- Les financements seront-ils à la hauteur des projets ?
- Les ressources matérielles et humaines seront-elles en adéquation avec les nouvelles organisations ?
- Le SAS peut-il améliorer les problématiques de désertification médicale ?

- Le manque de praticiens à l'hôpital, comme en ville n'est-il pas une limite à la prise en charge coordonnée des patients ?

Le recours à l'hospitalisation en filière gériatrique, psychiatrique, de patients complexes etc., peut faire partie du parcours de soin, quand cela est nécessaire. Cette disponibilité se heurte à la politique de réduction drastique des lits d'hospitalisation.

L'attente est grande, les praticiens à l'hôpital comme en ville, quelles que soient leurs spécialités, sont attachés à des parcours de soins pertinents et coordonnés avec une prise en charge légitime de qualité et de sécurité pour les patients qu'ils soignent. Leur investissement sera sûrement à la hauteur de leur conviction. Le financement du SAS et des plateformes territoriales d'appui doit être en adéquation avec l'attente des professionnels comme des patients, sous peine d'être une « mesure de plus » sans moyens.

*Anouar BEN HELLAL,
Secrétaire Général Adjoint SNPHARE*