

Chapitre V

Les Samu et les Smur, des évolutions

en cours à poursuivre

PRÉSENTATION

Les services d'aide médicale urgente (Samu¹⁹⁰) sont des centres de réception et de régulation des appels ou centres-15, chargés de l'aide médicale urgente et débouchant sur un conseil médical téléphonique, l'envoi d'un transport sanitaire urgent non médicalisé ou de structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur). Ces dernières sont des équipes mobiles hospitalières¹⁹¹ dotées d'un véhicule et de matériel de réanimation. Elles ont été créées dans les années 1950, afin de porter assistance aux accidentés de la route ou de transférer des patients atteints de poliomyélite entre établissements.

Les Samu se sont initialement développés pour coordonner l'activité des Smur, puis ont progressivement vu leurs missions s'élargir. Dans les années 1990, en complément de l'organisation de la prise en charge des personnes pour lesquelles une fonction vitale était en jeu, la régulation médicale a commencé à orienter les patients vers le service d'urgence le plus adapté à leur pathologie¹⁹². Parallèlement, une part croissante des demandes de soins relevant de la médecine de ville s'est déportée vers les services d'urgence, notamment du fait du manque de disponibilité des professionnels libéraux.

Les Samu se sont donc fortement éloignés de la conception qui avait présidé à leur création ; ils contribuent désormais à faciliter l'accès aux soins non programmés de ville, en visant à éviter des passages aux urgences (I). Cet élargissement considérable de leurs missions pose la question de leur organisation, notamment au regard de la maîtrise des risques présentés par leur activité, des outils qui sont à leur disposition et de leur pilotage (II).

¹⁹⁰ Article L. 6311-2 du code de la santé publique.

¹⁹¹ Cette équipe doit comprendre au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote selon l'article D. 6124-13 du code de la santé publique.

¹⁹² En 1993, le professeur Steg indiquait, dans un rapport présenté au nom de la section des affaires sociales du Conseil économique et social, que les services d'urgence devaient être moins nombreux, plus spécialisés et adossés à des plateaux techniques, afin de garantir une prise en charge de qualité. Il fallait alors généraliser les Samu-Smur sur le territoire pour orienter les patients dans de bonnes conditions.

Chiffres clés en 2021

100 Samu départementaux répondent à 27,8 millions d'appels et réalisent 14,2 millions de dossiers de régulation médicale, dont près de 40 % relevant de l'offre de soins non programmés.

460 sites hospitaliers comprennent un Smur et réalisent 750 000 sorties, dont environ 130 000 qui n'ont pas été suivies d'un transport médicalisé.

Le coût des Samu-Smur s'élève à environ 1,20 Md€¹⁹³.

¹⁹³ En 1993, le professeur Steg indiquait dans un rapport que les services d'urgence devaient être moins nombreux, plus spécialisés et adossés à des plateaux techniques, afin de garantir une prise en charge de qualité. Il fallait alors généraliser les Samu-Smur sur le territoire pour orienter les patients dans de bonnes conditions levait à 333 M€.

I - Une adaptation récente de l'aide médicale urgente à l'évolution des demandes de soins

Depuis la création des Samu-Smur, les besoins et les demandes de soins de la population ont fortement évolué¹⁹⁴, suite à l'émergence de nouvelles habitudes de consommation de soins et à une modification de l'offre de soins de premier recours, notamment depuis la suppression de l'obligation de garde des médecins libéraux en 2003¹⁹⁵. Ces changements affectent la nature et le volume des appels adressés aux Samu.

A - Une forte augmentation de l'activité et ses conséquences sur les transports ambulanciers privés

1 - Une forte augmentation des besoins de prise en charge

Entre 2014 et 2021, le nombre d'appels reçus¹⁹⁶ par les Samu est passé de 26 à 32,3 millions, soit une augmentation de 22 %. Dans environ un cas sur deux, lorsque la situation médicale de la personne le justifie, le Samu ouvre un dossier pour enregistrer les éléments permettant de tracer l'appel, ses circonstances et les suites qui lui ont été données. Sur la même période, le nombre de dossiers de régulation médicale ainsi créés a augmenté de 38 %.

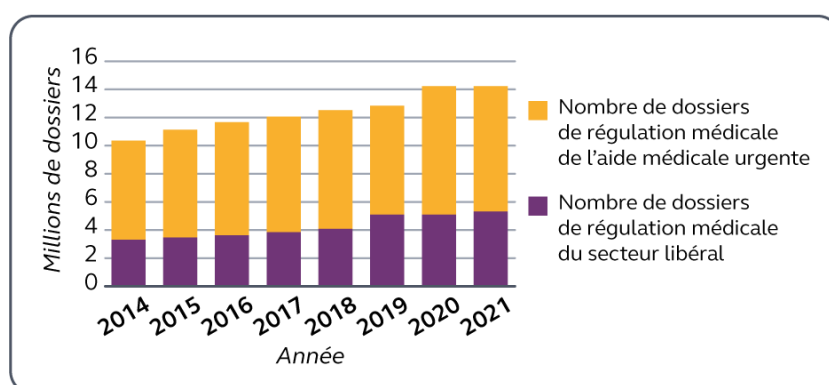
Les diagnostics posés par les médecins régulateurs des Samu ne sont ni harmonisés ni colligés au niveau national, ce qui ne permet pas d'apprécier l'activité des Samu selon les motifs médicaux de prise de charge, mais seulement selon les suites données à un appel¹⁹⁷. L'analyse de ces dernières permet cependant de faire ressortir les deux principales causes de cette augmentation.

¹⁹⁴ OCDE, *Emergency care services Trends, drivers and interventions to manage the demand*, 2015.

¹⁹⁵ Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique

¹⁹⁶ En 2021, 27,8 millions d'appels ont été « décrochés », c'est à dire pris en charge par les équipes de régulation médicale. Sur les 32 millions d'appels reçus, 2,3 millions sont raccrochés par l'appelant en moins de 15 secondes et sont considérés comme une erreur ou un faux appel. Le différentiel entre les 30 millions restants et les 28 millions d'appels décrochés correspond au niveau de performance actuel des Samu, étudié dans la seconde partie du présent chapitre.

¹⁹⁷ Les suites données à un appel sont déduites de différentes bases de données : statistique annuelle des établissements (SAE), Cnam, statistique du ministère de l'intérieur et des outre-mer.

Graphique n° 19 : évolution de l'activité des Samu¹⁹⁸

Source : Cour des comptes à partir des données SAE

La première est la hausse des demandes de soins non programmés relevant d'une prise en charge par la médecine de ville, auxquelles répond la régulation de médecine libérale¹⁹⁹ organisée principalement au sein des Samu. Ces demandes représentent désormais la principale catégorie de dossiers de régulation médicale (38 % du total), en augmentation de 58 % entre 2014 et 2021.

La seconde est la croissance de la demande de soins urgents non vitaux, aboutissant à un transport sanitaire préhospitalier²⁰⁰ non médicalisé, qui représente plus de 37 % des dossiers de régulation médicale. En volume, le nombre de ces transports réalisés par des ambulanciers privés a augmenté de près de 46 % depuis 2014. Le nombre des sorties des Smur a, quant à lui, stagné sur la période, pour représenter 5 % des dossiers réalisés par la régulation de l'aide médicale urgente en 2021.

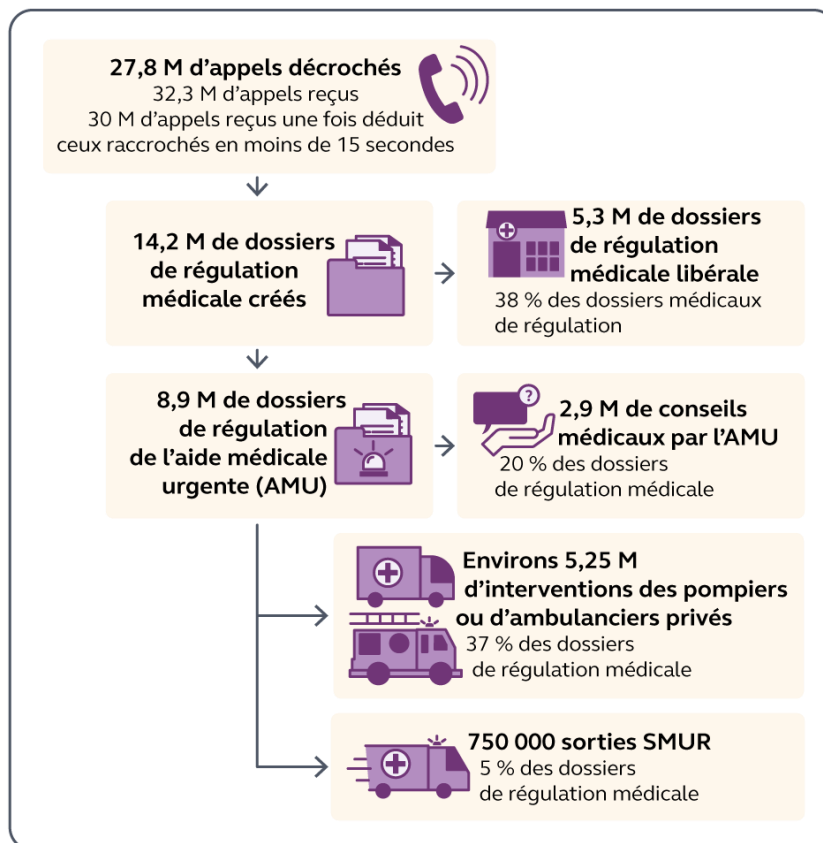
Le reste des dossiers de régulation (20 % du total), se sont conclus par de simples conseils médicaux donnés au téléphone aux personnes lors de leur appel.

¹⁹⁸ Le taux de réponse à l'enquête de la statistique annuelle des établissements, dont sont issues ces données, s'est amélioré sur la période, ce qui constitue un biais mais ne remet pas en cause la tendance générale à la hausse et les proportions présentées dans ce graphique.

¹⁹⁹ La régulation par un médecin libéral a été mise en place sur les plages horaires couvertes par la permanence des soins ambulatoires (PDSA), instituée à la suite de la suppression de l'obligation de gardes pour les médecins libéraux. D'après le rapport sur la PDSA 2021 du conseil national de l'ordre des médecins, elle est accessible dans 78 départements par le numéro d'appel 15 et n'est « déportée », c'est-à-dire réalisée depuis le cabinet médical ou le domicile d'un médecin, que dans 16 départements.

²⁰⁰ Ces transports sont assurés, dans 59 % des situations, par un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) des services départementaux d'incendie et de secours (Sdis) et, dans 41 % des cas, par une ambulance privée.

Schéma n° 2 : répartition et traitement des appels aux Samu



Sources : Cour des comptes à partir des données SAE, Cnam et statistiques du ministère de l'intérieur, 2021

2 - La difficile mobilisation des ambulanciers privés

L'organisation du transport sanitaire nécessite un bon niveau de coordination entre Samu, services départementaux d'incendie et de secours (Sdis) et ambulanciers privés. En dépit des efforts réalisés ces dernières années²⁰¹, cette coordination s'avère cependant insuffisante.

²⁰¹ En 2008, un référentiel relatif à l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente a été coconstruit par le ministère de l'intérieur et le ministère de la santé et des solidarités. Il a été évalué en 2014 puis en 2018, conjointement par l'Inspection générale de l'administration (IGA) et l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), et apprécié par un comité national de suivi du référentiel commun. En outre, des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, co-présidés par le préfet et par le directeur de l'agence régionale de santé (ARS), veillent à la coordination des acteurs.

En cas d'indisponibilité d'une ambulance privée, situation qualifiée « carence ambulancière », le Samu est contraint de recourir, par défaut, à un véhicule du service d'incendie et de secours²⁰². Un financement compensatoire est alors versé au Sdis. Il existe de fortes divergences entre Samu et Sdis sur le montant de cette compensation, liées à un désaccord sur le dénombrement de véhicules Sdis destinés à pallier les carences ambulancières²⁰³. Par ailleurs, ces dernières conduisent les opérateurs du Samu à consacrer un temps précieux à la recherche de solutions de transport. Cela ralentit l'envoi des secours et détériore donc la qualité de la prise en charge des personnes

Le nombre des carences est en augmentation constante depuis 2016, du fait de l'accroissement du nombre de demandes de régulation médicale auprès des Samu, mais aussi du désengagement progressif des entreprises privées. Les transporteurs privés délaissent, en effet, les demandes urgentes au profit des demandes programmées, plus simples à planifier et mieux rémunérées.

Une réforme récente des transports sanitaires urgents²⁰⁴ vise à garantir la rentabilité des transports urgents préhospitaliers et à obliger les entreprises de transports sanitaires à couvrir la plupart des territoires, 24 heures sur 24, en moins de trente minutes. Elle inclut notamment une nouvelle sectorisation des gardes ambulancières de nuit et de jour, la revalorisation de ces gardes avec la mise en place d'un revenu minimal garanti, ainsi que des pénalités en cas de non-respect des engagements pris.

Les agences régionales de santé (ARS) disposaient d'un délai s'achevant en novembre 2022 pour réorganiser le cadre régional des transports ambulanciers ; il est donc encore trop tôt pour évaluer les premiers effets de la réforme. Initialement, son coût avait été évalué à 80 M€ annuels. Il est en cours de réévaluation et pourrait augmenter *a minima* de 27 M€ compte tenu d'une nouvelle augmentation des plafonds d'heures de garde récemment décidée²⁰⁵.

²⁰² Pour les Sdis, les carences représentaient, en 2021, 8 à 15 % de leur activité de secours d'urgence à personne.

²⁰³ Il existe des divergences d'appréciation des carences. En 2021, les Samu en comptaient 358 000 (donnée DGOS) contre 610 000 pour les Sdis (statistique des services d'incendie et de secours).

²⁰⁴ Décret n° 2022-631 du 22 avril 2022 portant réforme des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde.

²⁰⁵ Igas, « *Évaluation des mesures dérogatoires portant sur les soins urgents et non programmés pour l'été 2022* », septembre 2022.

Cette réforme ayant pour but de diminuer le nombre des carences ambulancières, il conviendra de suivre la réalisation de cet objectif et de vérifier qu'il est effectivement atteint.

B - Une organisation des moyens qui n'est plus adaptée aux besoins

Alors que l'activité s'est fortement développée, la mission des Samu reposant sur le principe d'une prise en charge préhospitalière urgente et médicalisée, qui avait guidé leur mise en place, n'a jamais été mise à jour. Cette actualisation s'avère d'autant plus nécessaire que les médecins urgentistes²⁰⁶ sont de plus en plus sollicités.

Cela doit conduire à ajuster, là où c'est pertinent, les modalités de couverture du territoire par la régulation médicale et à trouver des alternatives à la médicalisation systématique de la prise en charge des patients.

1 - Une logique départementale jamais remise en cause

Les Samu et les Smur sont dimensionnés pour prendre en charge médicalement en tout point du territoire en moins de trente minutes un patient nécessitant des soins de réanimation là où il se trouve. À l'inverse, d'autres modèles internationaux privilégient un transfert rapide du patient à l'hôpital²⁰⁷.

Le maillage des Samu est départemental, ce qui induit l'existence d'une centaine de Samu²⁰⁸. Près de 460 sites hospitaliers disposent d'un Smur en 2021. Ce dispositif a été complété par des « *médecins correspondants du Samu* » (MCS)²⁰⁹, qui interviennent sur demande de la régulation médicale des Samu et qui sont en mesure d'arriver avant le Smur pour réaliser les premiers gestes de secours.

Ainsi, entre 2015 et 2019, la part de la population située à plus de trente minutes des structures d'urgence est passée de 1,6 à 1,2 %²¹⁰, soit une diminution d'un quart.

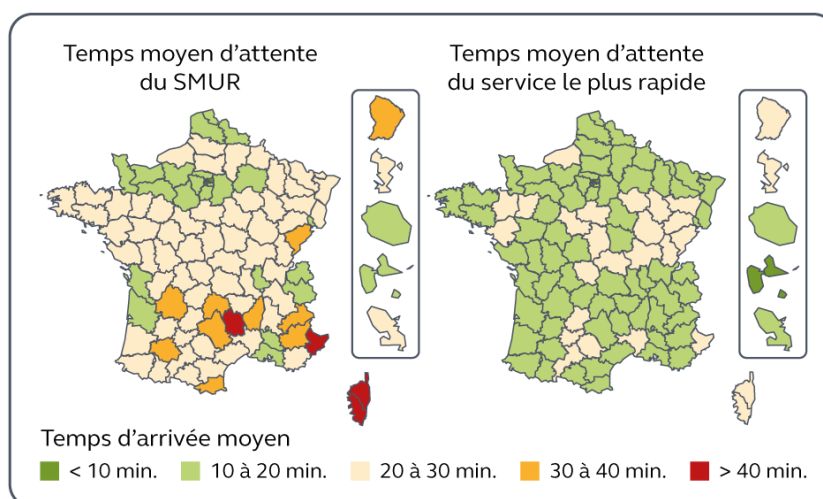
²⁰⁶ Outre l'augmentation des demandes de régulation médicale urgente, le nombre des passages aux urgences a fortement progressé (16 % entre 2016 et 2019, avant la crise sanitaire).

²⁰⁷ Exemple des Etats-Unis, avec les équipes de « *paramedics* ».

²⁰⁸ Chaque département dispose d'un Samu à l'exception de la Loire, des Pyrénées-Atlantiques et de la Seine-Maritime, qui ont deux Samu, et du Territoire de Belfort, de la Haute-Saône, du Jura et de la Nièvre qui sont régulés médicalement par le Samu d'un autre département.

²⁰⁹ Circulaire ministérielle DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences et instruction DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du Samu.

²¹⁰ Analyse issue des travaux coordonnés par la Drees en 2015 et 2019.

Carte n° 1 : accessibilité des soins urgents

Source : Cour des comptes à partir des données Drees 2019

2 - Des différences importantes de niveau d'activité selon les départements

Le niveau d'activité très hétérogène des Samu, d'un département à l'autre ou au sein d'un même département, conduit à s'interroger sur l'efficacité de cette organisation départementale rigide. Dans de nombreux cas, les moyens sont sous-utilisés. Ainsi, en 2021, 14 % des Samu ont réalisé moins de 50 000 dossiers de régulation médicale²¹¹, avec en outre de fortes baisses d'activité en nuit profonde (22h-8h), et 56 % des Smur²¹² ont effectué moins de trois sorties par jour²¹³.

Des mutualisations de services, même partielles – par exemple en nuit profonde –, constitueraient une source non négligeable d'économies et d'optimisation des ressources médicales, au vu du coût de fonctionnement des Samu et des Smur (1,20 Md€ en 2021, cf. *supra*).

²¹¹ Seuil établi par l'instruction DGOS/RH4/2017/42 du 3 février 2017, équivalent à la réalisation d'un dossier de régulation médicale pour 10 minutes.

²¹² Seuls les moyens terrestres des Smur sont étudiés dans le présent chapitre.

²¹³ Les 44 % de Smur restants effectuaient en moyenne 7,4 sorties par jour.

Depuis 2014²¹⁴, les politiques d'allocation de moyens budgétaires contraints ont visé, en vain, à provoquer des rapprochements entre services. Les seuls rapprochements de Samu menés à bien concernent la Franche-Comté et le territoire de Belfort²¹⁵ d'une part, et la Nièvre et la Côte-d'Or d'autre part, ainsi qu'une régulation commune en nuit profonde entre le Lot-et-Garonne et le Gers.

Une telle démarche de rapprochement et de mutualisation des Samu mériterait d'être activement menée et généralisée sur l'ensemble du territoire national.

3 - Des moyens d'intervention plus légers à développer

En 2021, plus de la moitié²¹⁶ des interventions des Smur n'ont pas nécessité un transport vers les services d'urgence ou une admission en réanimation ou en soins continus²¹⁷.

Les Smur sont en particulier sollicités, soit pour réaliser des transports primaires depuis le lieu de prise en charge des patients jusqu'à l'établissement de santé, soit pour réaliser des transports secondaires de patients déjà hospitalisés, qui nécessitent un transfert vers un plateau technique ou un service spécialisé n'existant pas dans l'établissement d'origine. Dans les situations relevant d'un transport secondaire, des moyens moins lourds en moyens médicaux pourraient être mobilisés, sans dégrader la qualité de la prise en charge.

²¹⁴ Les circulaires budgétaires depuis 2014 ont toutes souligné la nécessité de travailler à la « territorialisation » des Samu, c'est-à-dire à leur rapprochement en fonction des territoires et des périodes de la journée. À cette fin, la dotation pour mission d'intérêt général finançant les Samu (MIG Samu) a peu progressé, avec un taux de croissance annuel moyen de 0,6 % par an entre 2014 et 2019.

²¹⁵ Le rapprochement de la régulation médicale de la Haute-Saône, du Doubs et du Jura était travaillé depuis 2005 et a été achevé avant 2013.

²¹⁶ Données SAE et résumés des passages aux urgences en 2021 : 750 509 sorties d'un Smur (tous moyens confondus, dont 564 886 sorties primaires), 129 934 non suivies d'un transport médicalisé, 33 547 patients traités sur place, 54 380 patients décédés, 5 380 patients ayant refusé le transport, 173 398 transports par Smur vers les services d'urgence.

²¹⁷ Des travaux sont en cours entre le ministère de la santé et de la prévention et l'ARS Bourgogne-Franche Comté afin de modéliser les besoins en transports médicalisés, ainsi que leurs implantations, en fonction de données populationnelles.

La gestion de l'épidémie de covid 19 et les tensions sur les services d'urgence de l'été 2022²¹⁸ ont conduit à envisager des alternatives aux transports sanitaires médicalisés vers les services d'urgence.

Dans un premier temps, la recherche de solutions a porté sur les transports secondaires²¹⁹ urgents. Depuis 2006, ces transports peuvent être réalisés par des véhicules de Smur avec un équipage composé seulement d'infirmiers et de conducteurs ambulanciers dans les cas où l'état des patients est jugé stabilisé. Les transports infirmiers entre établissements de santé ont progressé depuis 2006. Ils ne représentent néanmoins encore que 18 % des transports secondaires en moyenne au niveau national, alors que cette proportion atteint 70 % dans certains départements. Il apparaît donc logique et nécessaire d'accélérer leur développement.

Dans un second temps, les transports primaires par Smur ont aussi été l'objet d'expérimentations. Depuis 2020, plusieurs Samu ont ainsi mis en place des unités mobiles de télémédecine permettant de sécuriser le pré-diagnostic posé au moment de la régulation médicale et d'orienter le plus finement possible le patient. En avril 2021, l'ARS Pays-de-la-Loire a décidé l'expérimentation dans la Sarthe de la première équipe infirmière d'urgence. Elle est appelée par le Samu en lieu et place d'un transport primaire médicalisé dans certaines situations préalablement identifiées.

Ces dispositifs permettent d'adapter la réponse de la régulation au juste besoin du patient et de limiter les sorties des Smur aux cas nécessitant la présence effective d'un médecin. Actuellement, la trop faible sollicitation de ces moyens paramédicaux aboutit à en rendre le coût par sortie plus élevé²²⁰ que celui d'une intervention de Smur. Afin de soutenir ces expérimentations, il sera nécessaire de compléter les protocoles infirmiers de soins urgents²²¹ afin de mieux garantir une prise en charge adaptée et de qualité.

²¹⁸ Le nombre d'appels pris en charge par les Samu stagnait depuis 2017 mais a augmenté de 6 % en 2020 et de 4 % en 2021.

²¹⁹ C'est-à-dire entre deux établissements de santé.

²²⁰ Par exemple, une équipe paramédicalisée de médecine d'urgence dans la Sarthe coûte annuellement 800 000 €, soit 2 200 à 2 900 € par sortie d'après le rapport d'activité de l'ARS Pays-de-Loire, contre un coût annuel moyen de 1,30 M€ pour un Smur, soit 1 300 € par sortie d'après les données de la DGOS.

²²¹ Ces protocoles ont été établis en 2016 afin de cadrer les interventions des infirmiers sapeur-pompiers. Ils sont aujourd'hui trop restrictifs, étant donné les évolutions en cours de prise en charge par les Samu.

C - Le service d'accès aux soins : une évolution de la régulation médicale nécessaire mais encore fragile

Aux deux défis que constituent la mauvaise répartition géographique des moyens d'une part et l'insuffisante modulation des interventions d'autre part, s'en ajoute un troisième : les Samu doivent trouver quotidiennement, en temps réel, des solutions pratiques au défaut de l'organisation territoriale des soins de ville. Ce n'est que très récemment que les pouvoirs publics ont pris la mesure de cet enjeu avec la mise en place des services d'accès aux soins (SAS).

1 - Un besoin et un principe anciens

Le principe de la régulation *a priori* de l'accès aux soins n'est pas nouveau. La mise en place d'une régulation permettant d'orienter la demande de soins exprimée par des patients en vue « *d'une prise en charge rationnelle par la structure appropriée* »²²² pour répondre aux besoins de santé d'un territoire a été évoquée dès les années 1990. Cependant, il a fallu attendre le pacte de refondation des urgences en 2019 ainsi qu'une mesure du Ségur de la santé en 2020 pour que cette orientation ancienne soit prise en compte à travers la création des SAS, dont la mise en œuvre a démarré par une phase pilote.

Alors qu'une partie des SAS « pilotes » n'avait été mis en place que tardivement, fin 2021 ou début 2022²²³, la généralisation du dispositif a été annoncée en mars 2022. La généralisation des SAS est très progressive (seuls trente SAS fonctionnent en février 2023) et le texte réglementaire d'application de la loi n'est toujours pas paru.

Les SAS ne constituent pas seulement une réponse à un besoin organisationnel de désengorgement des urgences ; ils ont vocation aussi à répondre, de manière permanente, à un enjeu de santé publique et de qualité de la prise en charge en contribuant à mieux organiser les prises en charge en ville. Ainsi, à titre d'exemple, une plus grande coordination et disponibilité des médecins généralistes et des infirmières réduit les recours aux urgences et les réadmissions à l'hôpital²²⁴, ce qui, pour la patientèle âgée notamment, diminue les risques de dépendance iatrogène²²⁵.

²²² Rapport sur la médicalisation des urgences, Adolphe Steg, 1993.

²²³ Vingt-deux projets de SAS²²³ ont été sélectionnés pour participer à la phase pilote, lancée en novembre 2020. Près de la moitié des SAS pilotes a été mise en œuvre en 2021 et la majorité utilise le numéro d'appel 15.

²²⁴ Irdes, *Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours de santé des aînés (Paerpa)*, novembre 2020.

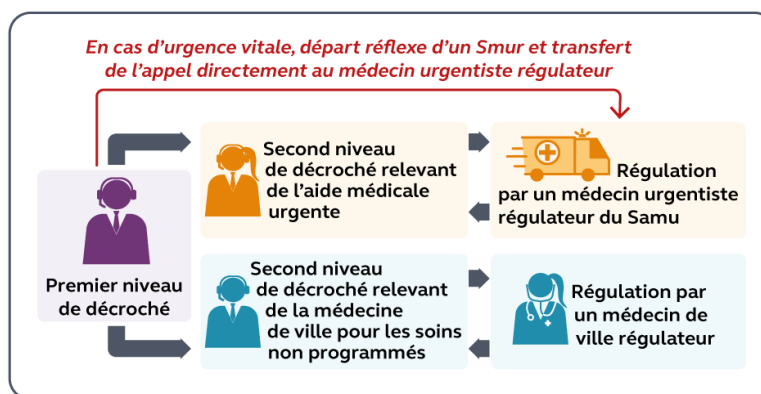
²²⁵ Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, rapport public thématique*, novembre 2021.

Les principes du service d'accès aux soins (SAS)

Prévu par la loi du 26 avril 2021²²⁶, le SAS assure « une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente, et une régulation de médecine ambulatoire »²²⁷. Il a donc pour but d'organiser une prise en charge commune des appels pour toute situation d'urgence, ainsi que tout besoin de soins non programmés lorsque l'accès au médecin traitant ou à un autre médecin de proximité n'est pas possible en première intention, selon le schéma ci-après.

Pour répondre à leur mission, les SAS devront s'appuyer sur une plateforme numérique, réservée aux professionnels de santé, recensant les créneaux de rendez-vous disponibles sur un territoire donné auprès des médecins libéraux²²⁸.

Schéma n° 3 : le fonctionnement des services d'accès aux soins



Source : Cour des comptes

²²⁶ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

²²⁷ Article L. 6311-3 du code de la santé publique.

²²⁸ La permanence des soins ambulatoires est assurée tous les jours entre 20 heures et 8 heures ainsi que le samedi à partir de 12 heures, le dimanche et les jours fériés.

2 - Un lien essentiel à établir entre l'hôpital et la médecine de ville

Au sein des Samu, certains dispositifs préexistaient à la mise en place des SAS, comme l'extension de la régulation médicale libérale en dehors des horaires de permanence des soins²²⁹ ou l'établissement de filières spécifiques²³⁰. Il s'agit dorénavant, pour les SAS, de nouer un partenariat étroit avec l'offre de soins libérale d'un territoire et plus particulièrement avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)²³¹. Ces dernières sont notamment chargées d'organiser l'offre de soins non programmés en ville²³² et doivent à ce titre être en situation de fournir aux SAS la liste des médecins supposés disponibles sur le territoire sous 24 ou 48 heures.

Cette organisation doit permettre aux régulateurs libéraux des SAS d'orienter convenablement les patients, et d'éviter une saturation des services d'urgence.

La montée en charge des CPTS²³³ est cependant encore très inégale et leur efficacité variable. De surcroît, les SAS pilotes ont été constitués sans analyse préalable approfondie²³⁴ de l'activité du Samu et de l'offre de soins non programmés dans le territoire concerné, étape pourtant nécessaire pour ajuster l'organisation à mettre en place.

3 - Une généralisation des SAS à encadrer

Trois points de vigilance sont à prendre en compte.

La gouvernance des SAS a vocation à refléter la bonne articulation entre l'hôpital et la médecine de ville de la prise en charge médicale des soins

²²⁹ La régulation médicale libérale aux horaires de la permanence des soins (PDSA) a été étendue en journée dans plus de la moitié des départements, notamment depuis la crise sanitaire.

²³⁰ Par exemple, une filière pédiatrique a été mise en place au sein du Samu de Paris, une filière psychiatrique au sein du Samu du Val-de-Marne et une filière gériatrique est à l'étude au sein du Samu des Bouches-du-Rhône.

²³¹ Créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

²³² Articles 1 et 5 de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé.

²³³ En octobre 2022, 738 CPTS étaient dénombrées, à des stades d'avancement très différents ; seulement 347 ont signé l'accord conventionnel interprofessionnel.

²³⁴ Même si les Samu ont réalisé des études sur le nombre d'appels et le temps de décrochage afin d'optimiser leur organisation, ils n'ont pas établi d'analyse précise sur la nature de ces appels et la patientèle concernée afin d'ajuster l'organisation aux besoins avérés de leur territoire de santé.

urgents ou non programmés, qui doit résulter d'un projet partagé. L'activité de régulation médicale devrait, en effet, une fois les SAS généralisés, se répartir à peu près également entre chacun des deux secteurs²³⁵, justifiant la mise en place de la co-gouvernance prévue dans les textes²³⁶.

Cependant, le fait que l'établissement hospitalier dispose, dans la majorité des cas, de l'infrastructure et des services supports du SAS, ne garantit pas une implication équilibrée entre les deux secteurs. Il conviendrait donc de tirer les enseignements des organisations testées sur les sites pilotes avant d'adopter les textes réglementaires organisant la généralisation des SAS.

Par ailleurs, au regard du coût du dispositif, estimé à 150 M€²³⁷ pour 1,7 à 3 millions de dossiers de régulation médicale²³⁸ supplémentaires (soit 13 à 21 % de l'activité actuelle des Samu centres-15), un pilotage national de cette réforme importante est nécessaire²³⁹. Il devra s'assurer que les conditions de mise en œuvre des SAS sont de nature à produire des effets concrets sur les parcours de soins.

Enfin, les SAS n'ont pas vocation à se substituer aux soins de premier recours prodigués par le médecin traitant ou les maisons médicales de garde. L'information du grand public sur le rôle des SAS nécessite donc une attention particulière afin d'éviter de provoquer leur saturation ou le recours abusif aux urgences.

²³⁵ D'après les données prévisionnelles de la DGOS, à la suite de la généralisation des SAS, la régulation de l'aide médicale urgente traitera environ 7,7 millions de dossiers et la régulation libérale pour des soins non programmés traitera environ 8,2 millions de dossiers.

²³⁶ Article L. 6311-3 du code de la santé publique et instruction DGOS/R2/2020/129 du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentaux du service d'accès aux soins.

²³⁷ *Pour un pacte de refondation des urgences*, rapport de Thomas Mesnier et Pierre Carli à la ministre des solidarités et de la santé, décembre 2019. Cette estimation de 150 M€ ne prend pas en compte la remise à niveau de la MIG Samu, ni les majorations pour les médecins prenant en charge les soins non programmés.

²³⁸ Données DGOS.

²³⁹ Dans le cadre du suivi de l'expérimentation, le ministère devait réaliser des tableaux de bord sur la base des indicateurs remontés mensuellement par les projets pilotes SAS. Actuellement, ces tableaux de bord n'existent pas et chaque ARS travaille à l'établissement d'un suivi qui lui est propre.

II - Des réorganisations structurelles à renforcer

Le changement d'échelle, tant par la nature des missions que par le volume d'activité qui résultera de la mise en place des SAS, doit conduire à disposer d'une infrastructure solide et claire, en termes de qualité de la prise en charge, de systèmes d'information et de modalités de financement.

A - Une gestion des ressources humaines et de la qualité à consolider

Jusqu'en 2018, les démarches d'amélioration de la qualité et de gestion des risques au sein des Samu-Smur ne faisaient pas l'objet d'un plan national. C'est à la suite du décès d'une patiente en décembre 2017 au Samu de Strasbourg, qu'un plan national « Qualité-Samu » a été mis en œuvre à compter de décembre 2018. Son bilan est toutefois en demi-teinte.

1 - Une professionnalisation des assistants de régulation médicale engagée mais encore insuffisante

Les professionnels qui répondent à toute personne composant le 15 sont des assistants de régulation médicale. Il s'agit des premiers interlocuteurs en cas d'urgence médicale ou de besoin de soins non programmés.

Le plan national « Qualité-Samu » a, pour la première fois, mis en place une formation diplômante pour les assistants de régulation médicale, accessible aux titulaires du baccalauréat, qui a débuté en 2019²⁴⁰. Le nombre d'assistants de régulation médicale formés reste cependant insuffisant au regard des besoins. Pour 2023, dans la perspective de la généralisation des SAS, le nombre nécessaire d'assistants de régulation médicale est estimé à 2800 (soit 2 600 équivalents temps plein), alors que 2 000 seulement sont en poste au 1^{er} septembre 2022.

Ce métier reste, en effet, insuffisamment attractif, comme en témoignent le taux de remplissage de 73 % des centres de formation et le fort taux d'abandon en cours de formation dans certains centres²⁴¹. Cette faible attractivité résulte notamment des contraintes du métier – stress, charge de travail – et de l'absence de perspective de carrière.

²⁴⁰ Décret n° 2019-747 du 19 juillet 2019 relatif au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale.

²⁴¹ D'après l'AP-HP, la région Ile-de-France a par exemple connu une baisse constante du nombre d'inscrits à cette formation, passant de 160 en 2019 à 77 en 2022, soit une diminution de près de 52 % en quatre ans, et un taux d'abandon de 35 % en 2019 et de 33 % en 2020.

De plus, les assistants de régulation médicale, qui ne relèvent pas d'un statut de soignant²⁴², peuvent rencontrer des difficultés de reconversion.

Enfin, du fait des différences de statut²⁴³, il existe un risque d'écart de rémunération entre les assistants de régulation médicale et les opérateurs de régulation qui prennent en charge les demandes de soins non programmés en ville.

La démarche récente de professionnalisation du métier d'assistant de régulation médicale mérite donc d'être poursuivie. Le comité national de suivi et de pilotage, prévu en 2019 mais non mis en place, pourrait être utile pour veiller à la fois à l'augmentation des effectifs entrant en formation, à la qualité de la formation et à l'attractivité du métier.

2 - Des performances qualitatives préoccupantes

Dans le cadre du plan national « Qualité-Samu », il a été demandé à la Haute autorité de santé (HAS) d'élaborer un guide relatif à la qualité et la sécurité des soins au sein des Samu.

Des mesures relatives à l'amélioration de la qualité et la sécurité des Samu-Smur partiellement mises en œuvre

Les mesures principales sont au nombre de quatre : l'intégration des Samu et Smur dans le référentiel de certification des établissements de santé, la réalisation d'un état des lieux des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) au sein des Samu et Smur, l'élaboration du guide de fonctionnement des Samu et un projet d'amélioration continue du travail en équipe pour les Samu volontaires.

Ces mesures n'ont été mises en œuvre que partiellement.

En 2020, la nouvelle version du référentiel de certification des établissements de santé prend en compte des critères spécifiques aux Samu et Smur. En 2021, 117 services avaient été audités, soit le quart des établissements concernés par ces activités d'aide médicale urgente²⁴⁴. En dépit d'une volonté affichée de s'inscrire dans une démarche de certification ISO 9001, peu d'établissements ont franchi le pas. Début 2022, seul le Samu de Saône-et-Loire avait obtenu cette certification.

²⁴² Cette situation va évoluer avec la promulgation de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, dont l'article 14 reconnaît les assistants de régulation médicale comme professionnels de santé.

²⁴³ Les premiers relèvent de la grille indiciaire hospitalière des assistants médico-administratifs et les seconds sont généralement des salariés de droit privé.

²⁴⁴ Ce pourcentage correspond au rythme de certification tous les quatre ans.

D'après l'état des lieux des EIGS spécifiques aux Samu et Smur, 36 EIG ont été comptabilisés de mars 2017 à juin 2019, puis 70 de juillet 2019 à décembre 2021. Même si les EIGS y sont largement sous déclarés, il ressort de cette enquête que les difficultés de travail en équipe, de communication et de partage de l'information sont les principales causes de ces événements.

Enfin, le projet d'amélioration continue du travail en équipe n'a été finalisé que par un seul établissement en 2019. Depuis cette date, cinq Samu se sont inscrits dans la démarche mais, depuis la crise sanitaire, un seul la poursuit difficilement.

La qualité de l'activité des Samu, appréciée par les indicateurs retenus par la profession et la HAS, apparaît perfectible. Le taux d'accueil national²⁴⁵ des Samu est de 92,5 % et la qualité de service²⁴⁶ est de 85 %, soit en-deçà de la cible de 99 %. Depuis 2016, ces taux²⁴⁷ ont stagné ou se sont légèrement détériorés, sans effet notable du plan national « Qualité-Samu ». Il peut en résulter une perte de chance pour certains appelants. Ces difficultés prennent un relief particulier dans la perspective de la montée en charge des SAS, pour lesquels les mêmes cibles de taux de réponse et de qualité de service ont été adoptées.

Le suivi et le renforcement du plan national est indispensable pour rendre plus efficace la prise en charge, notamment en situation d'urgence vitale et malgré l'augmentation des appels. L'accréditation des équipes médicales de régulation, en tant que métier à risque tel que défini par le décret n°2006-909 du 21 juillet 2006, devrait être envisagée, pour parfaire le dispositif de sécurisation des pratiques.

²⁴⁵ Le guide de fonctionnement des Samu (HAS), le référentiel et le guide d'évaluation des Samu (Samu-Urgences de France et société française de la médecine d'urgence) définissent le taux d'accueil comme étant : nombre d'appels auxquels il est répondu / (nombre d'appels distribués - nombre d'appels perdus avant 15 secondes), soit 27,8 millions / (32,3 millions - 2,3 millions) et lui fixent la cible de 99 %. Données SAE 2021.

²⁴⁶ Selon les mêmes référentiels, la qualité de service correspond au nombre d'appels auxquels il est répondu avant 60 secondes / nombre total d'appels auxquels il est répondu et a pour cible 99 %.

²⁴⁷ Données SAE 2021. La SAE n'a recensé le nombre d'appels raccrochés en moins de 15 secondes qu'à partir de 2019. Le taux de raccrochements en moins de 15 secondes n'étant disponible qu'à partir de 2019, la Cour a extrapolé en prenant le taux de raccrochement en moins de 15 secondes le plus favorable pour les établissements, à savoir 7 %.

B - Un système d'information à restructurer après l'échec du projet national

Les Samu et Smur doivent pouvoir s'appuyer sur des systèmes d'information ergonomiques et interconnectés. Or, chaque Samu dispose aujourd'hui de son propre système d'information, caractérisé par une certaine obsolescence et par l'absence d'interface avec d'autres systèmes d'information. Le projet « SI Samu national » devait proposer une solution unique, mais l'explosion des coûts et l'allongement considérable des délais de conception ont conduit à l'abandon du projet d'un logiciel de régulation médicale national unique, au profit de la modernisation des systèmes d'information des Samu existants.

1 - Une architecture des systèmes d'information éclatée et obsolète qui a conduit au projet d'un système unique pour tous les Samu

Les Samu utilisent aujourd'hui plus de 100 systèmes d'information différents. Ils recouvrent, en plus des logiciels de régulation médicale²⁴⁸, des systèmes d'aide à la régulation qui, à travers des modules de gestion des appels, permettent de déclencher rapidement les moyens d'intervention adaptés.

Ces systèmes d'information se caractérisent par l'obsolescence de certaines infrastructures de télécommunication et des logiciels de régulation médicale, ainsi que par une faible interopérabilité des logiciels actuels entre eux ainsi qu'avec les systèmes de régulation des Sdis, de la police et de la gendarmerie.

Lancé en 2014, le programme SI Samu avait pour but d'harmoniser l'ensemble des outils des Samu pour améliorer la prise en charge du patient²⁴⁹, fiabiliser et sécuriser²⁵⁰ le système d'information et les moyens de télécommunications. Cette solution devait notamment faciliter l'interconnexion avec les partenaires des Samu (Sdis, police et gendarmerie), assurer une refonte complète des infrastructures et des réseaux de téléphonie, et permettre, si nécessaire, la mise en place de mécanismes d'entraide et de mutualisation d'appels²⁵¹ entre les Samu.

²⁴⁸ Le logiciel de régulation médicale des Samu est la principale application métier des systèmes existants : saisie des bilans du patient, consultation des protocoles de prise en charge, fiches réflexes de procédures d'intervention, etc.

²⁴⁹ Cette solution devait notamment éviter les doublons lors d'envoi de véhicules Smur dans des zones limitrophes (par exemple entre deux départements) en permettant le partage, le soutien des appels et la réalisation de dossiers en commun.

²⁵⁰ Cette sécurisation concerne les réseaux (pour éviter les cyberattaques) et les infrastructures.

²⁵¹ Ce pourrait être le cas lors d'une cyberattaque d'un Samu, d'un problème technique sur le réseau d'un opérateur téléphonique ou sur les serveurs d'un Samu.

2 - L'échec du système d'information national unifié

Le programme national a été confronté à plusieurs difficultés : une gouvernance défaillante et une forte insuffisance de ressources internes²⁵², ainsi qu'une durée particulièrement longue pour un projet relatif à des systèmes d'information²⁵³, soit dix ans sur la période 2014-2024. Si le projet avait atteint son terme, le système d'information unique complet, avec quatre modules intégrés n'aurait fonctionné, partout en France, qu'en 2032.

En outre, le coût du projet a dérivé de manière significative, notamment en raison du retard pris et de « budgets irréalistes »²⁵⁴. Le coût complet du SI Samu national unique a été revalorisé à de nombreuses reprises. Estimé dans un premier temps à près de 250 M€ sur la période 2014-2024, révisé à 270 M€, puis à 290 M€ en 2019, le montant final était estimé en 2022 – avec les quatre modules complets – à 632 M€²⁵⁵.

Un projet revu à la baisse

Le projet a été profondément révisé. Le logiciel de régulation médicale nationale unique a été abandonné. En revanche, ont été maintenus une interface nationale (« bandeau ») de gestion des appels et le module de téléphonie, l'ensemble devant être interconnecté et interopérable avec les logiciels de régulation médicale existants.

Le coût total du projet SI Samu, révisé à la baisse par l'abandon du module principal et dont le nouveau terme est fixé à 2024, s'élève désormais à 225,80 M€²⁵⁶. Le déploiement de ce système redimensionné, qui est censé permettre une gestion unifiée des appels et des flux, ne concernerait, au mieux, que 17 Samu à la fin de l'année 2024²⁵⁷.

²⁵² Cf. Cour des comptes, *La conduite des grands projets numériques de l'État*, communication à la commission des finances du Sénat, juillet 2020.

²⁵³ Avis de la Direction interministérielle du numérique (Dinum) sur le programme « systèmes d'information et télécommunication des Samu centres-15 » (SI Samu) du 19 avril 2016.

²⁵⁴ La Dinum, dans son rapport de juillet 2019, estimait que « le coût réel de la solution a été sous-estimé lors de la phase de procédure concurrentielle avec négociation et les industriels se sont engagés sur des budgets irréalistes ».

²⁵⁵ Cette estimation de la Dinum supposait que tous les Samu soient connectés selon le cahier des charges initial, c'est-à-dire en intégrant un logiciel de régulation médicale unique pour tous les Samu.

²⁵⁶ Ce coût total de 225,80 M€ intègre le déploiement du projet SI Samu national (182,70 M€), la modernisation (11,40 M€) et l'exploitation des systèmes d'information locaux (31,70 M€).

²⁵⁷ En 2024, il est prévu de réaliser un point d'étape du programme et de fixer de nouveaux objectifs à cette échéance.

Le redimensionnement du projet comporte néanmoins des risques²⁵⁸ qui mériteraient d'être mieux anticipés et évalués pour éviter les écueils qui ont conduit à l'échec du projet initial.

3 - Un pilotage fragilisé en l'absence d'un système d'information unifié

En l'absence d'un système d'information national unifié, il convient de soutenir des solutions intermédiaires, départementales et régionales²⁵⁹.

L'absence de recueil d'activités harmonisé – et donc de données unifiées – ne permet ni de disposer au niveau national²⁶⁰ d'une description analytique des parcours de patients depuis l'appel au Samu, et donc d'une évaluation de la pertinence des suites données, ni d'analyser en continu l'activité des Samu, ce qui permettrait de mieux l'anticiper.

La mise en place d'un recueil d'activités spécifique aux Smur, Samu et prochainement SAS, à l'instar des résumés de passages aux urgences, est un outil de pilotage nécessaire. Un tel recueil permettrait une approche médico-économique préalable à une tarification fondée non plus seulement sur l'activité mais prenant en compte d'autres critères, tels que le parcours patient et la qualité de la prise en charge. Ces résumés d'activité permettraient, entre autres, de connaître l'activité de ces services, la typologie des patients, les motifs médicaux ou pathologies ayant entraîné un appel et le type de prise en charge choisi. Ils constitueraient en outre un outil complémentaire permettant d'établir des référentiels nationaux de prises en charge, d'anticiper les demandes de soins non programmés et urgents, et de vérifier la pertinence des parcours.

²⁵⁸ Coût des interfaçages, coût de la modernisation des systèmes d'information existants au-delà de 2024, calendrier de déploiement des « bandeaux » pour les Samu non encore concernés.

²⁵⁹ Par exemple, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, ont été mis en place, pour tous les Samu-Smur de la région, des logiciels harmonisés, des outils (recueil d'indicateurs de parcours) et des indicateurs régionaux. De même, les cinq Samu de la région Normandie utilisent le même logiciel de régulation.

²⁶⁰ Seuls quelques indicateurs sont transmis manuellement par le recensement SAE (nombre d'appels présentés, décrochés, décrochés en moins d'une minute, nombre de dossiers de régulation médicale, etc.) et divers indicateurs ne pourront être mis en œuvre : connaissance fine des périodes à forte ou faible activité ; traitement automatisé de certains types d'appels, etc.

La mise en place d'indicateurs médico-économiques

Les établissements publics ou privés de santé ayant une activité autorisée de soins de médecine d'urgence doivent, depuis 2013, établir, pour chaque patient, un résumé de passage aux urgences²⁶¹ selon les modalités définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique. Ce recueil, qui permet une analyse descriptive de l'activité, non disponible *via* le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), constitue un outil de surveillance à la disposition du réseau Oscour²⁶² ainsi que des observatoires régionaux des urgences (ORU), constitués avec le soutien des ARS.

Il a fallu cinq ans pour que les résumés de passage aux urgences soient correctement établis par les établissements, notamment du fait de la multiplicité des logiciels des services d'urgence. Depuis deux ans, la fédération des ORU (Fedoru) a travaillé à une nouvelle version de ces résumés, permettant non seulement de lier le passage aux urgences avec l'hospitalisation, mais aussi d'établir un résumé des interventions des Smur et un résumé de régulation.

C - Des financements à clarifier et maîtriser

La mise en place des SAS a nécessité une remise à niveau du financement de la régulation médicale. Par ailleurs, le coût de l'ensemble des dispositifs concourant au fonctionnement des Samu et des SAS croît et nécessite un suivi adapté afin d'en évaluer le rapport coût/bénéfice.

1 - Des Samu-Smur sous-financés jusqu'à récemment

Jusqu'en 2020, du fait de la nature de leur activité, le financement des Samu et des Smur était principalement garanti par deux dotations forfaitaires de mission d'intérêt général (MIG), maintenues lors de la mise en place de la tarification à l'activité des hôpitaux en 2004. Ces dotations n'avaient pas évolué depuis 2013, à périmètre constant²⁶³ ; leur calcul ne prenait en effet en compte ni certaines mesures salariales comme la renégociation du temps de travail non posté des urgentistes²⁶⁴, ni l'augmentation d'activité de ces services.

²⁶¹ Il s'agit de recueils standardisés de données médicales issues des services d'accueil des urgences (code postal, motif de recours au transport, diagnostic principal).

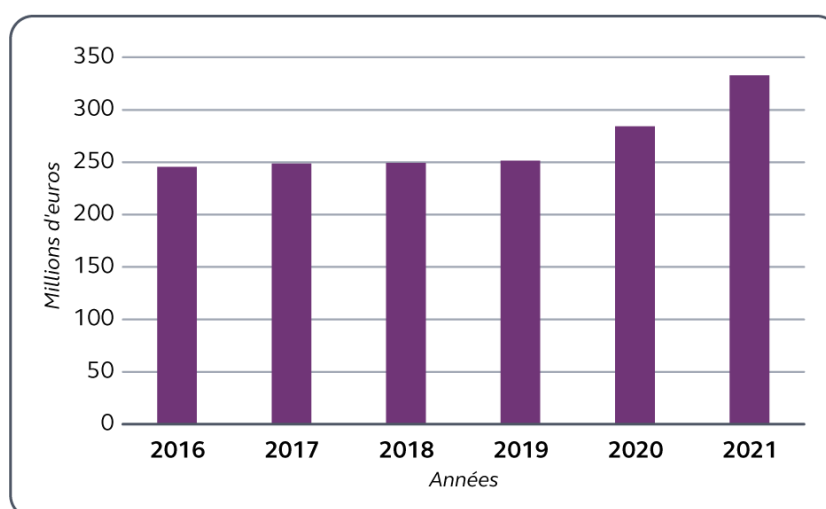
²⁶² Le réseau « *Organisation de la surveillance coordonnée des urgences* » (Oscour) a été mis en place en juillet 2004 au sein de Santé publique France afin de réaliser une veille concernant l'activité des services d'urgence. En 2021, la quasi-totalité des services d'urgence participe au réseau qui couvre désormais 93,3 % des passages aux urgences.

²⁶³ Pour la MIG Smur, le taux de croissance de 6,5 % observé entre 2016 et 2017 est dû à la réintégration des transports inter-hospitaliers, suite à l'interdiction de les facturer à part. La MIG Smur a alors été abondée de 72,30 M€ en année pleine pour compenser cette perte financière.

²⁶⁴ Circulaire DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgence-Samu-Smur.

Depuis 2021, le financement des Smur a été réformé. Il relève désormais d'une dotation populationnelle²⁶⁵ allouée par les ARS. Le financement des Samu a, quant à lui, connu une forte croissance en 2020 et en 2021 du fait d'un rattrapage (+ 61 M€ pour la remise à niveau des effectifs et + 20 M€ pour la mise en place des SAS).

Graphique n° 20 : évolution de la dotation MIG des Samu



Source : Cour des comptes à partir des données de l'ATIH

2 - Des financements en forte croissance

D'autres dispositifs participent néanmoins au fonctionnement des Samu et sont financés par le fonds d'intervention régional (FIR). Il s'agit des médecins correspondants du Samu (12 M€), des coordonnateurs ambulanciers (14 M€), des carences ambulancières (44 M€) et de nombreuses expérimentations²⁶⁶ liées à l'instruction ministérielle de l'été 2022 (estimées entre 15 et 27 M€²⁶⁷).

²⁶⁵ Cette dotation est mise en œuvre dans le cadre de la réforme du financement des activités d'urgences hospitalières, répartie entre les services d'urgences et les Smur.

²⁶⁶ Les équipes paramédicalisées de médecine d'urgence ainsi que des unités mobiles de téléconsultation sont prises en compte dans ce montant.

²⁶⁷ Igas, *Évaluation des mesures dérogatoires portant sur les soins urgents et non programmés pour l'été 2022*, septembre 2022.

À ce jour, le financement des SAS est prévu selon les mêmes modalités, *via* la MIG Samu, pour les infrastructures et pour les assistants de régulation médicale, et *via* les FIR²⁶⁸ pour la médecine de ville²⁶⁹.

Enfin, l'assurance maladie finance les transports sanitaires urgents préhospitaliers (360 M€ en 2021), après transmission du tableau de garde par les ARS. De juillet 2019 à début 2021, ce financement a été complété par une aide transitoire *via* les FIR, à hauteur de 40 M€ environ en année pleine dans l'attente de la mise en œuvre de l'avenant n° 10 de la convention nationale des transporteurs privés.

Tableau n° 17 : financements hors Smur en 2020 et 2021²⁷⁰

Intitulé (Source financement)	2020	2021
SAMU (MIG)	284 112 275	332 975 151
SAS (FIR)		10 100 000
Médecins correspondants du Samu (FIR)	12 000 000	12 000 000
Coordonnateur ambulancier (FIR)	4 600 000	13 800 000
Transports sanitaires urgents (assurance maladie)	360 200 000	360 900 000
Aide transitoire aux transports sanitaires (FIR)	53 600 000	57 000 000
Carences ambulancières (FIR)	36 308 370	44 358 272
Régulateurs libéraux SAS (assurance maladie)		6 800 000
Total	750 820 645	837 933 423

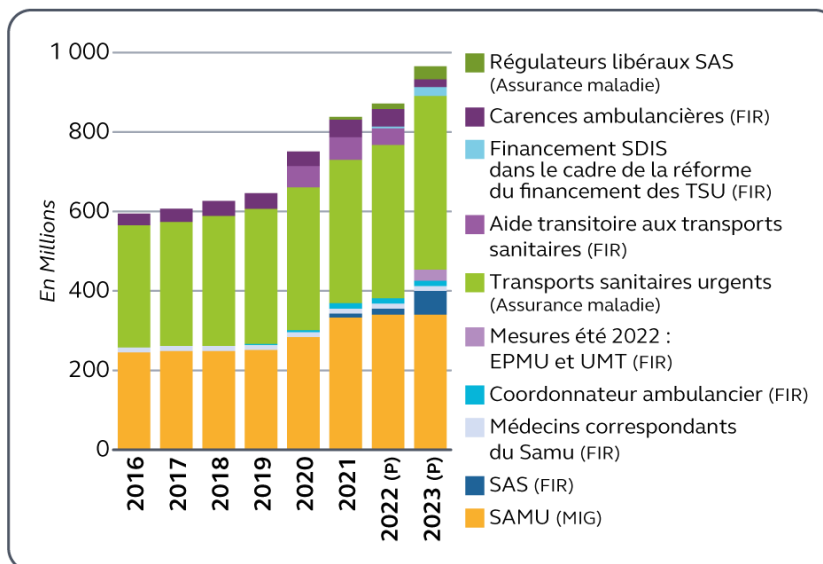
Source : Cour des comptes

Le coût total des dispositifs concourant au fonctionnement des Samu et des SAS a augmenté de 46 % en 2022 par rapport à 2016 et pourrait atteindre 965 M€ en 2023 (soit + 62 % par rapport à 2016).

²⁶⁸ Le FIR, pour financer cette nouvelle mission, dont notamment les opérateurs de soins non programmés et les vacations de régulation en journée, a été abondé à hauteur de 10 M€ en 2021 pour une cible à 59,6 M au terme du déploiement des SAS.

²⁶⁹ L'expérimentation des SAS est actuellement financée par le FIR.

²⁷⁰ Ce tableau vise à recenser les financements des dispositifs concourant au fonctionnement des Samu et des SAS, hors Smur. Le champ traité ici est donc différent de celui des chiffres énoncés en début de chapitre.

Graphique n° 21 : évolution des financements hors Smur depuis 2016²⁷¹

Source : Cour des comptes

3 - Une amélioration nécessaire du suivi et de l'évaluation de ces financements

Ces financements dispersés ne permettent pas de disposer d'une vision du coût total consolidé du fonctionnement des Samu et des SAS²⁷², tant au niveau territorial qu'au niveau national, d'autant plus que les dépenses d'aide médicale d'urgence financées par le FIR sont difficilement identifiables en tant que telles, du fait de leur caractère fongible et de libellés non harmonisés entre ARS.

²⁷¹ Ce graphique est établi selon le même périmètre que le tableau précédent, il n'inclut donc pas les Smur.

²⁷² Le périmètre précédemment identifié est une proposition de la Cour afin de donner la vision la plus complète possible, mais il se peut qu'elle ne soit pas totalement exhaustive. La DGOS doit en définir le périmètre complet et le partager avec les ARS afin que la consolidation des données et leur suivi soient facilités.

**L'exemple d'un financement FIR difficile à évaluer :
le déploiement des médecins correspondants du Samu**

Les financements par le FIR sont, par définition, fongibles et à la main des ARS, ce qui explique que, même si leur montant est déterminé au niveau national pour financer certaines mesures, celles-ci ne sont pas nécessairement déclinées au niveau local.

Depuis 2013, 12 M€ sont versés chaque année²⁷³ pour le financement des médecins correspondants des Samu (MCS) et sont répartis entre les régions selon les besoins exprimés initialement par les ARS. Ce montant et sa répartition n'ont pas évolué depuis dix ans. Le déploiement de ces médecins est très hétérogène selon les territoires. En 2022, 617 médecins correspondants des Samu ont été recensés en France au sein de 18 réseaux régionaux ou équivalents²⁷⁴. Près de la moitié, 303, se situe en Auvergne-Rhône-Alpes et 36 en Provence-Alpes-Côte-d'Azur²⁷⁵. Certaines régions, comme la Normandie, n'en comptabilisent aucun et, au sein d'une même région, de fortes disparités sont observées entre les départements.

Il n'a d'ailleurs pas été possible de reconstituer le montant effectivement consacré par chaque région au dispositif.

Cette difficulté est accentuée en raison des différentes expérimentations menées en région par les Samu et les SAS en fonction des besoins du territoire²⁷⁶.

Plutôt qu'une évaluation dispositif par dispositif, une évaluation globale de l'évolution, par pathologie ou patientèle, des dossiers ayant abouti, faute d'autre solution, à des transports ou à des conseils orientant vers les services d'urgences, est nécessaire.

Il conviendrait, en effet, d'assurer un suivi et une évaluation des conséquences sur le système de santé de l'ensemble des mesures concourant au fonctionnement des Samu, des permanences ambulatoires et des SAS. À cet effet, les ARS doivent se donner les moyens de connaître l'ensemble des soins non programmés et urgents dispensés sur leur territoire, tous secteurs confondus (hôpital, libéral, médico-social), comme c'est déjà le cas dans certaines ARS²⁷⁷.

²⁷³ Instruction DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du Samu.

²⁷⁴ Données de MCS France, fédération des réseaux de médecins correspondants du Samu (MCS).

²⁷⁵ Source ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur : 78 MCS sont recensés dans la région en février 2023.

²⁷⁶ Par exemple, le dispositif d'appui à la coordination pour les personnes fragiles est inclus dans le SAS de la Vienne ; une équipe mobile de gériatrie et des infirmières libérales interviennent après régulation du Samu, respectivement, dans les Bouches-du-Rhône et dans le Var ; des chirurgiens-dentistes ont intégré la régulation du Samu dans les Deux-Sèvres et en Gironde.

²⁷⁷ Exemples de l'ARS Occitanie qui a mis en place une direction du premier recours et de l'observatoire régional des soins non programmés d'Ile-de-France en lieu et place de l'observatoire régional des urgences.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'activité des Samu et Smur a fortement évolué depuis leur création, tant en volume qu'en nature d'intervention. Conçus pour prendre en charge les urgences vitales, ces services ont progressivement diversifié leurs modalités d'intervention pour répondre à tout type d'urgence ainsi qu'aux demandes de soins non programmés, si bien que l'enjeu principal des années à venir, avec la mise en place des services d'accès aux soins (SAS), sera de garantir des prises en charge adaptées de l'ensemble des besoins, y compris de ceux qui ne sont pas les plus urgents, et d'assurer pour ce faire une bonne gradation des moyens employés.

C'est pour remplir ces nouveaux objectifs de façon performante que les SAS ont besoin de systèmes d'information homogènes, rénovés et interconnectés, d'équipes bien formées et d'organisations optimisées répondant aux besoins territoriaux et aux enjeux de démographie médicale.

Plus important encore, les SAS doivent constituer une structure facilitant la coordination entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social, afin d'éviter des passages aux urgences et de faciliter l'accès aux soins. Cela ne sera possible qu'à la condition qu'une offre de soins non programmés soit structurée sur le territoire, notamment par les communautés professionnelles territoriales de santé, organisation sans laquelle les SAS n'auront pas l'effet escompté sur le taux de recours aux urgences et sur l'entrée plus précoce de patients dans des parcours de soins coordonnés.

La Cour formule les recommandations suivantes (ministère de la santé et de la prévention) :

- 17. adapter le maillage territorial des plateformes de régulation médicale (Samu) pour mettre en adéquation leur niveau d'activité et les ressources à mobiliser ;*
 - 18. moduler davantage les types d'intervention de l'aide médicale urgente en fonction des besoins locaux, afin d'utiliser à bon escient les ressources médicales (Smur, transports infirmiers inter-hospitaliers, équipe paramédicalisée de médecine d'urgence) ;*
 - 19. piloter de manière effective le déploiement des services d'accès aux soins, afin d'évaluer leur effet sur la pertinence des réponses aux demandes de soins non programmés de ville ;*
 - 20. renforcer le suivi du plan national « Qualité Samu » et étendre aux activités médicales de régulation le champ de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales ;*
 - 21. respecter en 2024 le nouvel objectif de déploiement de systèmes d'information modernisés de régulation médicale (17 Samu équipés) ;*
 - 22. organiser un recueil de description médicale de l'activité des services de régulation médicale et d'accès aux soins, afin d'établir des référentiels de prise en charge dans un territoire.*
-