



## 15ème législature

<b>Question N° :</b> <b>27158</b>	De <b>M. Jean-Philippe Nilor</b> ( Gauche démocrate et républicaine - Martinique )	<b>Question écrite</b>
<b>Ministère interrogé</b> > Solidarités et santé		<b>Ministère attributaire</b> > Solidarités et santé
<b>Rubrique</b> > outre-mer	<b>Tête d'analyse</b> > Sécurité sanitaire outre-mer et mise à disposition d'un numéro d'appel d'urgence	<b>Analyse</b> > Sécurité sanitaire outre-mer et mise à disposition d'un numéro d'appel d'urgence.
Question publiée au JO le : <b>03/03/2020</b> Réponse publiée au JO le : <b>04/08/2020</b> page : <b>5328</b> Date de changement d'attribution : <b>07/07/2020</b>		

### Texte de la question

M. Jean-Philippe Nilor interroge M. le ministre des solidarités et de la santé sur la sécurité sanitaire outre-mer et la nécessaire mise à disposition d'un numéro d'appel d'urgence. L'épidémie du coronavirus réactualise les sujets de la sécurité sanitaire et de la politique de santé en posant la question de la capacité des hôpitaux à offrir les garanties d'une prise en charge optimale des citoyens. Dans ce contexte, la volonté du Président de la République de doter la France d'un numéro d'appel d'urgence unique devient un impératif à très court terme d'autant plus qu'il convient également de mettre en œuvre les solutions rapides et efficaces les plus adaptées aux situations de détresse rencontrées par les populations. Le retard pris par la France dans la rationalisation et la modernisation du modèle en cours accentue les risques d'une prise en charge problématique de la population, en cas de problème majeur de sécurité sanitaire. En effet, contrairement aux autres pays européens qui ont choisi le 112 comme numéro unique, la juxtaposition de plus d'une dizaine de numéros d'urgence : 15, 17, 18, 112, 115, etc. reste d'usage en France. Source de confusion pour de très nombreux usagers, cette situation participe de la dégradation de la qualité des réponses opérationnelles en matière de secours et de soins non programmés, à charge des services receveurs que sont les sapeurs-pompiers, la gendarmerie, la police, le SMUR, le SAMU social. Il faut rappeler que, à ce jour, seuls 2 %, environ des appels reçus au 15 entraînent l'intervention d'une unité mobile hospitalière (SMUR). Parallèlement, un nombre croissant d'appels reçus au 18 ne concerne pas une situation de secours d'urgence mais plutôt une demande d'assistance ou de soins non programmés qui, faute de trouver une réponse de la part des acteurs de santé, entraîne un recours aux sapeurs-pompiers. Cette situation conduit à une explosion des sollicitations opérationnelles de ces derniers qui sont volontaires à 80 %. En outre, elle induit une perte de sens des missions et des transferts de charges indues vers les collectivités territoriales. Par ailleurs, dans 80 % des départements, les centres opérationnels des acteurs de l'urgence, au nombre de 450, fonctionnent de façon disjointe, entraînant coûts financiers et inefficacité. Au quotidien, l'articulation entre les réponses opérationnelles demeure entravée et l'interopérabilité des systèmes d'information insuffisante pour pallier le défaut d'interface physique et de coordination. Ainsi, en situation de crise, il est impossible de coordonner efficacement des services opérationnels, sans une co-localisation des centres de commandements. Les attaques terroristes de novembre 2015 à Paris en ont été une triste illustration. Dans les territoires insulaires, situés dans des zones à risques majeurs, la nécessité d'une coordination efficiente des acteurs de la santé pour une optimisation des secours urgents et l'accès aux soins de premiers secours revêt un caractère crucial. En conséquence, en tant que mesure phare du « Pacte de refondation des urgences » remis à Mme la ministre des solidarités et de la santé en novembre 2019, la création d'un service d'accès aux soins (SAS) sonne



comme une urgence, car elle permettra de proposer un accès unifié aux demandes de soins non programmés et répondra à un impératif d'organisation plus lisible, plus réaliste et plus efficiente autour de deux numéros : le 116 117, pour les demandes de soins non programmés ou de conseil médical et le 112, pour les appels aux secours d'urgence. Il lui demande ce qu'il entend répondre quant à la création d'un numéro unique d'appel d'urgence afin de répondre aux inquiétudes des acteurs de la santé et améliorer la sécurité sanitaire des citoyens.

### Texte de la réponse

Le pacte de refondation des urgences annoncé en septembre 2019, prévoit la mise en place d'un service d'accès aux soins (SAS) permettant, en fonction des besoins de chaque patient et de l'urgence de chaque situation, d'obtenir un conseil médical et paramédical, de prendre rendez-vous pour une consultation dans un bref délai avec un médecin généraliste, de procéder à une téléconsultation, d'être orienté vers un service d'urgence. Le SAS devrait intégrer également un outil en ligne identifiant les structures disponibles en proximité pour répondre à la demande de soins rapide du patient. Le rapport de M. Thomas Mesnier et du professeur Pierre Carli préconise un déploiement progressif du SAS, par la mise en œuvre d'une plateforme numérique d'une part et d'un nouveau numéro unique santé, le 113, d'autre part. Dans le même temps, la mission de modernisation de l'accessibilité et de la réception des communications d'urgence pour la sécurité, la santé et les secours (MARCUS) a remis ses conclusions en décembre 2019 au ministère des solidarités et de la santé et au ministère de l'intérieur et propose deux scénarios pour l'évolution du traitement des appels d'urgence et des numéros d'urgence qui doivent faire l'objet de compléments d'analyse avant toute décision. Le Ségur de la santé qui s'est conclu le 21 juillet 2020, confirme dans sa mesure 26, la concrétisation du SAS dans ses deux volets numérique et organisationnel. Ainsi, il s'agit d'identifier des territoires pilotes, préfigurateurs du SAS qui devront être opérationnels à l'automne. Cette démarche associe la régulation médicale des urgentistes et celle des médecins de médecine générale pour les soins de ville non programmés. C'est un service fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les professionnels de santé libéraux et les professionnels de l'urgence hospitalière, qui constituent les deux composantes indispensables de ce service. Le SAS n'a cependant pas vocation à se substituer au lien direct qui existe entre le patient et son médecin ou avec une organisation collective des médecins de ville pour l'accès aux soins non programmés. Il ne s'agit pas à ce stade de définir un numéro unique. Une décision gouvernementale est attendue sur la question des numéros d'urgence. Elle tiendra compte des éléments mis en avant dans les rapports précités mais également du retour d'expérience sur les organisations mises en place pendant la période épidémique du Covid-19, où des initiatives fructueuses d'acteurs de terrain ont donné lieu dans de nombreux territoires à différentes formes d'organisation communes entre les SAMU-centres 15 et les médecins de ville.