

Mission de Modernisation de l'Accessibilité
et de la Réception des Communications d'Urgence pour
la Sécurité, la Santé et les Secours :



Des défis à relever, des perspectives à concrétiser

Feuille de route rédigée par :

Lieutenant-colonel Romain MOUTARD

Docteur Yann PENVERNE

Avec la contribution :

Docteur Henri DELELIS-FANIEN, SAMU 86 CHU de Poitiers
Commissaire divisionnaire Jean-Luc FAIVRE, Direction générale de la police nationale
Colonel Pascal JULIEN, Direction générale de la gendarmerie nationale
Lieutenant-colonel Stéphane RACLOT, Préfecture de police de Paris
Commandant Sébastien SALES, Direction générale de la sécurité civile et la gestion des crises
Bertrand CHEDRU, cabinet Wavestone
Anne-Louise FOURNIER, cabinet Wavestone
David DARMEDRU, cabinet Wavestone



a. Une accessibilité des centres d'appels d'urgence à renforcer

L'accessibilité aux centres d'appels d'urgence, est perfectible. D'une manière globale, un appel sur huit à un appel sur quatre est abandonné ou perdu selon les entités [cf. document 4]. Les données actuellement disponibles ne permettent pas pour toutes les entités de considérer finement le délai de raccroché de l'appel et d'affirmer si l'appel était réellement destiné au service.

Document 1 : Tableau recensant le taux d'appels non décrochés

Forces	Nombre d'appels entrants 2018	Nombre d'appels décrochés 2018	Taux d'appels non décrochés
SAMU	29 075 874 ¹	25 309 417	12,9%
SIS	22 377 763 ²	18 797 321	16% ³
Gendarmerie Nationale	10 965 879 ⁴	8 946 012	16%
Police Nationale	11 636 055 ⁵	8 322 585	28%
TOTAL	74 055 571	61 375 335	17%

Parmi les appels non décrochés, la mission MARCUS s'accorde sur le fait qu'il est indispensable de distinguer au sein de ce flux non traité par les centres d'appels d'urgence :

- **les appels abandonnés** (appels précocement raccrochés par les requérants avant un seuil d'abandon; ces appels n'ont pas vocation à être traités par les centres d'appels d'urgence) ;
- **les appels perdus** (appels entrants raccrochés au-delà du seuil d'attente métier ; et qui auraient dû faire l'objet d'un décroché).

Pour exemple les SAMU ont fixé le temps seuil à 15 secondes⁶, la Gendarmerie à 10s, le Police à 20s, , la PFAU PP à 30s. Les taux d'appels non servis incluent les appels abandonnés et perdus, alors que seul le taux d'appels perdus est à considérer.

¹ Fichier PIRAMIG 2018

² DGSCGC, Infosdis 2018, et SAE/DREES 2018 (Extrapolation effectuée, sur la base de 43 SIS, avec une moyenne de décroché de 84%)

³ Résultats issus d'une enquête 2019 sur 15 SDIS

⁴ Données DGGN 2018

⁵ DGPN 2018 avec extrapolation à partir des données Pégase sur 48 départements

⁶ SAMU-Urgences de France, Société Française de Médecine d'Urgence. SAMU Centre 15. Référentiel et guide d'évaluation [Internet]. Available from: https://www.SAMU-urgences-de-france.fr/medias/files/155/802/sfmu-sudf_referentiel_SAMU_2015.pdf.

Partie 3 : Evaluation des modèles cibles organisationnels élaborés par la mission MARCUS

La Direction de la mission MARCUS a retenu deux modèles organisationnels cibles et n'a pas convergé vers un modèle unique. Ces deux modèles relèvent de deux approches conceptuellement différentes quant au traitement des communications d'urgence.

Le modèle A est soutenu par la Santé et le modèle B par les forces de l'intérieur. Chaque modèle a fait l'objet d'un argumentaire développé ci-après.

I. Evaluation du modèle A

a. Argumentaire en faveur du modèle A – Dr Yann PENVERNE

Les objectifs assignés aux Directeurs de la mission Marcus visent à émettre des préconisations concrètes relatives au traitement des communications d'urgence. Il s'agit d'éclairer la décision politique et de répondre à la demande du Président de la République d'améliorer le service rendu aux citoyens en termes de simplification, lisibilité et efficacité.

L'argumentation est synthétisée sous la forme de points clés. Elle s'appuie dans son développement sur des recommandations et publications scientifiques internationales dans un souci d'objectivité eu égard aux positions partisans et passionnées sur le sujet.

Les enjeux d'amélioration du traitement des communications d'urgence sont considérés en perspective d'une réponse globale et afin d'apporter aux citoyens des réponses à l'impératif de l'accessibilité aux centres d'appels d'urgence.

Point fort 1 : Maîtriser le sur-engagement opérationnel et contribuer au bon usage des ressources

La qualification de l'appel constitue une étape clé du processus de traitement des appels d'urgence, elle vise à prendre une décision adaptée au besoin réel du patient. Pendant des années, la réponse à l'urgence à travers le monde s'est limitée à envoyer rapidement les moyens opérationnels à la bonne adresse. Il existe aujourd'hui un large consensus pour affirmer que cette réponse n'est plus suffisante. Le traitement des appels d'urgence doit non seulement **apporter une réponse précoce en garantissant une plus-value pour le patient** (qualité), mais elle doit également **soutenir le système dans son ensemble (efficience)**⁷.

L'importance du sur-triage, c'est-à-dire de l'engagement injustifié d'ambulances dans les pays ayant fait le choix d'un numéro unique 112, est aujourd'hui documentée⁸⁹.

⁷ DAMI F. · FUCHS V. · BERTHOZ V. · CARRON P-N .ANN. « Régulation médicale : mise au point 2018 et développements futurs » Emergency Medical Dispatch: State of the Art in 2018 and Future Developments . Fr. Med. Urgence (2018) 8:376-382

⁸ MATA T., KUJISMA M., VAYRYNEN T. and al. "Fusion of dispatching centres into one entity: effects on Performance". *Acta Anaesthesiol Scand* (2010); 54: 689–695

Au Danemark, le sur-engagement des ambulances a été objectivé auprès des patients suspects de syndrome coronaire aigu¹⁰; en Suède près d'une fois sur trois le patient ne justifie d'aucun transport malgré l'intervention ambulancière¹¹; en Allemagne¹² un appel sur deux fait l'objet d'un engagement d'ambulance; en Finlande la nouvelle organisation rattachée au numéro unique 112 a entraîné une augmentation du nombre de cas jugés urgents (haut risque) avec comme corollaire une augmentation des interventions ambulancières¹³.

En Angleterre, l'organisation de la gestion des appels d'urgence s'apparente au modèle organisationnel 112. L'instauration d'un accès tout urgence (999) et d'un accès aux soins non urgents (111) n'a eu aucun effet sur la sollicitation toujours croissante du service 999¹⁴ et sur les interventions ambulancières qui s'y rattachent¹⁵. Au Québec où le numéro d'appel est le 911, 83% des appels traités par les opérateurs (affectation d'un code) font l'objet d'une intervention¹⁶.

Au-delà du coût que représente ce surengagement, le surtriage constaté est impactant sur la disponibilité des moyens opérationnels non extensibles et le haut niveau de sollicitation des établissements de santé qui accueillent ces patients^{17,18}.

Le surtriage apparaît commun au mode organisationnel 112 qui concentre l'ensemble des flux théoriquement urgents. A cet égard, l'analyse de l'activité rattachée au numéro 112 objective un nombre important d'appels sans objet. Ce constat s'observe également dans les pays d'Europe du nord où le bon usage des numéros d'urgence est bien enseigné¹⁹. En France, l'expérimentation de la Plateforme d'Appels d'Urgence de la Préfecture de Police de Paris (PFAU PP) confirme que 91% des appels 112 sont non urgents et filtrés par le niveau 1 et ne font pas l'objet d'une instruction métier²⁰. La Cour des Comptes dans son référé S2019-2207²¹, souligne le sur-engagement opérationnel des Sapeurs-Pompiers de Paris, près de huit fois sur dix en dehors de toute demande du SAMU et appelle à une meilleure coordination avec les SAMU Parisiens.

⁹ HJÄLTE L, SUSERUD BO, HERLITZ J, KARLBERG I. EUR J EMERG "Initial emergency medical dispatching and prehospital needs assessment: a prospective study of the Swedish ambulance service". Med. (2007) Jun;14(3):134-41

¹⁰ ANDERSEN M S, NIELSEN T T, AND CHRISTENSEN E F, "A study of police operated dispatch to acute coronary syndrome cases arising from 112 emergency calls in Aarhus county, Denmark". Emerg Med J. (2006) Sep; 23(9): 705-706

¹¹ HJÄLTE L, SUSERUD BO, HERLITZ J, KARLBERG I. EUR J EMERG "Initial emergency medical dispatching and prehospital needs assessment: a prospective study of the Swedish ambulance service". Med. (2007) Jun;14(3):134-41.

¹² IGA-IGAS, "Evaluation de la mise en oeuvre du référentiel du secours d'urgence à personne et de l'aide médicale urgente et propositions d'évolutions », Rapport IGA-IGAS, Tome I, 2018

¹³ LINDSTRÖM Veronica, PAPPINEN Jukka, FALK Ann-Charlotte and CASTRÉN Maaret and al. ; "Implementation of a new emergency medical communication centre organization in Finland an evaluation, with performance indicators" ; *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* (2011), 19:19

¹⁴ Department of Health and Social Care UK. "Tackling demand together. A toolkit for improving urgent and emergency care pathways by understanding increases in 999 demand" (2009) [http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_106924.pdf]

¹⁵ BOOKER MJ, SIMMONDS RL, PURDY S, "Patients who call emergency ambulances for primary care problems: a qualitative study of the decision-making process". Emerg Med J (2014);31:448-52

¹⁶ Urgence Santé Montréal. Rapport annuel de gestion 2016/2017 [https://www.urgences-sante.qc.ca/wp-content/uploads/2014/02/Urgences-sante_Rapport-annuel-de-gestion-2016-2017_web.pdf]

¹⁷ O'CATHAIN A, JACQUES R, STONE T, TURNER J, "Why do ambulance services have different non-transport rates? A national cross sectional study. PLoS ONE" (2018) 13(9): e0204508. [<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204508>]

¹⁸ CRAIG D, NEWGARD, KRISTAN STAUDENMAYER, RENEE Y. HSIA. "The Cost Of Overtriage: More Than One-Third Of Low-Risk Injured Patients Were Taken To Major Trauma Centers". Health Aff (Millwood). (2013) Sep; 32(9): 1591-1599.

¹⁹ IGA-IGAS, "Evaluation de la mise en oeuvre du référentiel du secours d'urgence à personne et de l'aide médicale urgente et propositions d'évolutions », Rapport IGA-IGAS, Tome I, 2018

²⁰ Statistique opérationnelle PFAU pour la période novembre 2018 – octobre 2019

²¹ Référé de la Cour des comptes, « La brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) », 10 septembre 2019, S2019 – 2207 [<https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-11/20191121-refere-S2019-2207-brigade-sapeurs-pompiers-Paris-BSPP.pdf>]



Ainsi, considérant en France le contexte social des Sapeurs-pompiers qui appellent à faire baisser la pression opérationnelle²² et la sursollicitation des services d'urgences et des professionnels des établissements de Santé, **un modèle organisationnel basé sur un 112 unique représenterait un risque d'aggravation et de déstabilisation de la situation actuelle en raison d'un sur-engagement opérationnel et d'une majoration des admissions au sein des services d'urgence.**

Dans les pays étrangers, le processus de triage des appels est algorithmé et hautement scénarisé. Le codage exige des réponses précises aux questions, ce qui peut constituer un défi lorsque le problème n'est pas clair tant pour l'appelant que pour l'opérateur^{23,24}. Face à l'enjeu sanitaire, la prise de décision sécuritaire des opérateurs ne disposant que d'une très faible latitude décisionnelle, appelle à l'engagement opérationnel²⁵. Une revue internationale des systèmes de triage confirme l'absence de niveau de preuve sur leur exactitude²⁶. Au Danemark, des situations de sous-triage de patients ayant sollicités le 112 sont également décrites dans des situations à haut risque de mortalité²⁷.

Plus que jamais, il apparaît crucial que de par leur nature et leur complexité, les appels relevant d'une demande d'urgence sanitaire nécessitent une instruction, par des professionnels spécialement formés et des professionnels de santé dès les premiers mots qui sont essentiels. Les travaux MARCUS ont pu objectiver l'hétérogénéité de la formation des opérateurs des centres d'appels d'urgence. Les Assistants de Régulations Médicale (ARM) disposent d'une formation diplômante²⁸ s'inscrivant dans un cadrage national qualité impulsé par la Ministre des Solidarités et de la Santé qui répond aux exigences de l'enjeu sanitaire.

Dans le modèle organisationnel consacrant un accès téléphonique Santé direct au Service d'Accès aux Soins (SAS) par un numéro unique santé (modèle A), la caractérisation de la demande s'opère dès le décroché initial par un ARM qui accueille et oriente l'appel vers les professionnels de santé du SAS. L'adaptation de la réponse au besoin de soins réel du patient s'inscrit dans une démarche professionnelle du juste soin.

Ainsi, le modèle organisationnel A répond à cette double exigence de qualité et d'efficience par un traitement initial et immédiat par des professionnels spécifiquement formés et des professionnels de santé aux problématiques santé.

²² *Ibid.*

²³ BOOKER MJ, SHAW ARG, PURDY S, BARNES R., "Primary care sensitive' situations that result in an ambulance attendance: a conversation analytic study of UK emergency '999' call recordings". *BMJ Open.* (2018) Nov 25;8(11)

²⁴ MØLLER Thea Palsgaard, KJÆRULFF Thora Majlund, VIERECK Søren ad al. "The difficult medical emergency call: A register-based study of predictors and outcomes. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* (2017) 25:22

²⁵ HOIKKA M, LÄNKIMÄKI S, SILFVAST T, ALA-KOKKO TI. "Medical priority dispatch codes-comparison with National Early Warning Score". *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* (2016) Dec 3;24(1):142

²⁶ BOHM AND KURLAND "The accuracy of medical dispatch – a systematic review". *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* (2018) 26:94

²⁷ BONNESEN ET AL. "Prehospital triage of patients diagnosed with perforated peptic ulcer or peptic ulcer bleeding: an observational study of patients calling 1-1-2". *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* (2018) 26:25

²⁸ JORF n°0168 du 21 juillet 2019. Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à la formation conduisant au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale.

Point fort 2 : Eviter l'autodétermination des appelants, source de perte de chance

Dans le modèle organisationnel B, qui organiserait la fusion des numéros 15, 18-112, 17 en un même numéro (modèle unique 112 – 116/117), le choix est laissé au patient de déterminer la gravité de son recours soit en composant le 112 ou le 116-117. La littérature objective un niveau d'erreur d'autodétermination allant de 8,4%²⁹ à 11 %³⁰ en Angleterre, c'est donc plus d'un patient sur dix qui se trompe dans l'évaluation de l'urgence de sa situation de santé. Les conséquences sanitaires sont d'ailleurs adressées³¹.

Les centres d'appels qui réceptionnent les appels 116-117 (ou équivalent) accessibles par les numéros santé non urgents sont surchargés³² comme l'a précisé l'European Emergency Number Association (EENA) et disposent d'exigences de performances moindres en termes de délai de traitement (Norvège 80% en 120 secondes)³³.

Ainsi les patients qui adresseraient une demande de santé urgente par un numéro de type 116-117 subiraient une perte de chance avec un délai de traitement rallongé dans des situations qui justifieraient réactivité et anticipation. Il convient également de souligner l'évident retard à la prise en charge dû à la succession d'interlocuteurs et aux moindres objectifs de performance attachés au traitement du 116-117.

Le manque de perception de la gravité ou de la sévérité des symptômes par les patients est documenté. Il est identifié comme un facteur de retard à la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aigüe³⁴ et de l'accident vasculaire cérébral.

Par ailleurs, le bénéfice attendu sur la réduction du nombre d'appels d'urgence n'est pas assuré. En effet, le service de triage téléphonique NHS 111 qui organise à l'instar du modèle B une vision urgence versus non urgent, n'a pas amélioré la perception des soins urgents du service de santé^{35,36} et son succès par rapport à certains critères clés n'a pas été prouvé de manière exhaustive³⁷, il n'a également eu aucun impact sur la réduction de l'utilisation du service ambulance³⁸.

Il ne fait aucun doute que l'autodétermination représente une perte de chance pour les patients.

²⁹ IGA-IGAS, "Evaluation de la mise en oeuvre du référentiel du secours d'urgence à personne et de l'aide médicale urgente et propositions d'évolutions », Rapport IGA-IGAS, Tome I, 2018

³⁰ National Audit Office UK, NHS Ambulance Services, 26 janvier 2017 [<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2017/01/NHS-Ambulance-Services.pdf>]

³¹ MORROW et al. "Can people apply 'FAST' when it really matters? A qualitative study guided by the common sense self-regulation model". *BMC Public Health* (2019) 19:643

³² 18/11/19 – Entretien EENA (European Emergency Number Association)

³³ IGA-IGAS, "Evaluation de la mise en oeuvre du référentiel du secours d'urgence à personne et de l'aide médicale urgente et propositions d'évolutions », Rapport IGA-IGAS, Tome II, 2018, p 206.

³⁴ LA XIE. "Factors influencing pre-hospital patient delay in patients with acutemyocardial infarction". *Chinese Nursing Research* 2(2015) 75-79

³⁵ TURNER J, O'CATHAIN A, KNOWLES E, NICHOLL, "Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study". *BMJ Open*. (2013) Nov 14;3(11)

³⁶ O'CATHAIN A, TURNER J, NICHOLL J, KNOWLES E "Effect of a national urgent care telephone triage service on population perceptions of urgent care provision: controlled before and after study"., *BMJ Open*. (2016) Oct 14;6(10)

³⁷ POPE Catherine, TURNBULL JONES Joanne Jeremy, PRICHARD Jane, ROWSELL Ali, HALFORD Susan. et al. "Has the NHS 111 urgent care telephone service been a success? Case study and secondary data analysis" in *England BMJ Open* (2017);7

³⁸ National Institute for Health and Care Excellence. "Chapter 2 Non-emergency telephone access and call handlers Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation", (March 2018) [<https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/2-non-emergency-telephone-access-and-call-handlers-pdf-4788818463>]

Le modèle A propose aux patients un guichet unique d'entrée et permet d'assurer la qualification initiale de l'appel par un ARM. L'orientation est ensuite opérée vers le professionnel le plus adapté à l'instruction de la demande au sein du Service d'Accès aux Soins (SAS).

Point Fort 3 : Permettre une prise en charge sans délai

Le modèle organisationnel B adresse le 112 à des opérateurs neutres de métier (niveau 1) dont la mission serait de filtrer et d'orienter les appels d'urgence 112 vers les expertises métiers de la sécurité, des secours ou de la santé.

Ainsi dans cette hypothèse organisationnelle, l'accès à l'expertise Santé via le 112 imposerait au citoyen de passer par ce niveau 1. Les données observationnelles d'activité de production de la PFAU PP confirme un délai moyen de traitement du niveau 1 d'environ à 30 secondes. Ce délai est à considérer au regard du retard d'accès à l'expertise santé qu'il entraîne et des conséquences sanitaires prévisibles au regard de différentes études internationales.

Ainsi l'étude EUROCALL³⁹ publiée dans la revue *Resuscitation* en 2017 et menée dans 21 centres d'appels d'urgence de 11 pays différents a étudié le délai d'accès au centre d'expertise santé selon soit un accès direct (modèle organisationnel A) soit un accès en deux temps (modèle organisationnel B). Les résultats confirment un retard significatif d'accès au centre d'expertise santé près de trois fois supérieur.

En Finlande, une réforme structurelle de la gestion des appels d'urgence a été menée et conduit à la mise en place d'un numéro unique 112. La littérature scientifique relative à l'impact de ces mesures objective des délais de réponse prolongés, un usage inapproprié des ambulances et une augmentation de leur nombre d'interventions⁴⁰.

De plus, le rapport de la mission conjointe IGA-IGAS souligne dans le scénario 4 (équivalent du modèle organisationnel B - *page 85*) des insuffisances du point de vue de la qualité du service rendu à l'utilisateur secondaires aux retards de traitement de l'appels.

S'il est parfois opposé que le délai de traitement du niveau 1 n'impacte pas la durée totale de traitement de l'appel grâce à la capitalisation par le niveau 2 du travail réalisé par le niveau 1, cette considération non publiée a été uniquement portée sur le périmètre des secours et de la sécurité dans le cadre d'une qualification métier mononiveau. La santé disposant en France d'une qualification bi-niveaux, de telles hypothèses ne sauraient à ce stade être considérées au regard de la littérature scientifique.

Le modèle A propose aux patients un guichet unique d'entrée et permet d'assurer la qualification immédiate de l'appel par un professionnel spécialement formé.

³⁹ NIKOLAOU N, CASTRÉN M, MONSIEURS KG. « Time delays to reach dispatch centres in different regions in Europe. Are we losing the window of opportunity? - The EUROCALL study. *Resuscitation*. (2017) Feb;111:8-13

⁴⁰ MÄÄTTÄ T, KUUSMA M, VÄYRYNEN T, NOUSILA-WIIK M, PORTHAN K, BOYD J, KUOSMANEN J, RÄSÄNEN P. "Fusion of dispatching centres into one entity: effects on performance". *Acta Anaesthesiol Scand*. (2010) Jul;54(6):689-95



Point fort 4 : Organiser l'accessibilité de la population au centre d'appels d'urgence en instaurant un premier niveau de décroché de l'appel (niveau 1)

L'enjeu de décrocher rapidement l'appel destiné au centre d'appels d'urgence et réduire le délai entre l'appel, l'identification, l'orientation et/ou la qualification est centrale et particulièrement pour les patients dans les situations les plus graves. Ainsi, accéder sans délai au centre d'appels d'urgence dans le respect des objectifs de performance fixés et validés lors du comité stratégique du 7 novembre 2019 (taux d'accueil 99,95%, qualité de service 15s : 90%, qualité de service 30s : 99%) nécessite des évolutions organisationnelles internes et externes et la correction des insuffisances d'allocation de ressources là où elles existent.

- *Mettre en place un niveau 1, pour quels objectifs ?*

Le niveau 1 est constitué d'opérateurs dont la mission est d'assurer un décroché sans délai de l'appel puis de l'orienter en l'ayant préalablement filtré. La fonction de filtrage concerne principalement les forces de l'intérieur, la santé n'étant pas impactée par des appels injustifiés. Les travaux actuels de l'INRIA Polytechnique réalisés auprès de la Plateforme d'Appels d'Urgence de la Préfecture de Police de Paris (PFAU PP) confirment l'intérêt du concept du niveau 1 dans l'amélioration de l'accessibilité de la population. Ainsi de manière transverse et prioritaire il s'agit d'améliorer les délais de décroché des appels et réduire le nombre d'appels perdus.

- *Niveau 1 santé : Orienter et/ou instruire*

Le niveau 1 santé est constitué par des Assistants de Régulation Médicale (ARM) dont la mission est de décrocher dans le respect des objectifs de performance, identifier la nature de la demande, d'instruire et/ou l'orienter l'appel selon les modalités suivantes :

- Pour toutes les demandes de soins sans urgence vitale avérée, c'est-à-dire 95% des cas, il oriente l'appel vers un ARM de niveau 2 du SAS et se rend disponible.
- Dans le cas d'une situation d'urgence vitale avérée (5%), l'ARM qui décroche l'appel initial poursuit l'instruction de la demande conformément aux recommandations professionnelles⁴¹ et assure un transfert priorisé vers le médecin régulateur. Ainsi le délai moyen de traitement du niveau 1 n'est pas cumulatif et s'intègre directement dans le traitement global de la demande urgente.

Le niveau 1 Santé permettra de libérer la branche de l'Aide Médicale Urgente du SAS par une orientation précoce et rapide des appels et ainsi traiter prioritairement les appels urgents.

- *Niveau 1 sécurité secours : Filtrer et orienter*

⁴¹ Société Française de Médecine d'Urgence, Référentiel métier des Assistants de Régulation Médicale (2016). [https://www.sfmou.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfmou/assistant-de-regulation-medicale-referentiel-metier/ref_id/35]



Le niveau 1 sécurité-secours est constitué d'opérateurs polyvalents neutres de métier. L'objectif est de pouvoir réaliser un décroché rapide de l'appel, filtrer des appels polluants (problématique qui concerne les forces de l'intérieur) et assurer une orientation des appels qui justifient une instruction vers le métier concerné afin de poursuivre la qualification de l'appel. Le modèle expérimental est actuellement en production à la PFAU PP, le niveau 1 est cependant à ce jour principalement constitué d'opérateurs issus des métiers (policiers ou sapeurs-pompiers).

- *Mettre en place un niveau 1 selon quelles modalités ?*

Les deux grands principes opérationnels permettant la mise en œuvre d'un niveau 1 sont soit la mise en œuvre de plateformes physiques regroupant les opérateurs tel que le décrit le scénario 4 du rapport IGA-IGAS*, soit la virtualisation de la plateforme. Ces deux modèles n'étant pas exclusifs, un modèle mixte pourrait être envisagé.

La virtualisation de la plateforme consiste à conserver les opérateurs dans leur centre d'appel d'urgence d'origine et à les connecter à un système d'information commun. Seules les fonctionnalités techniques sont déportées. L'interconnexion ainsi mise en œuvre permet d'augmenter la performance du centre d'appels d'urgence⁴² en période d'activité normale ou cas d'afflux d'appels.

Une fois les éventuelles insuffisances d'allocation de ressources en opérateurs corrigées, la virtualisation du centre d'appels est une source d'efficience. A titre d'exemple au sein des SAMU, le taux d'occupation des opérateurs classiquement limité à 40% de leur temps de communication⁴³ peut être porté à des valeurs supérieures sans dégradation de la qualité de service. L'Association Française de la Relation Client, les société SFR centre de relation client et Bouygues Telecom qui traitent des millions d'appels à des fins commerciales confirment l'efficience de la virtualisation.

Dans le modèle organisationnel A, la virtualisation répond à l'organisation d'un niveau 1 santé, constitué d'ARM, et permet de maintenir les ressources localement. Aucun impact significatif en termes de coût de structure n'est attendu. Le recrutement de personnel est facilité, le turn over plus faible. Par ailleurs, la virtualisation permet également d'envisager l'évolution de la territorialité du décroché des appels conformément comme cela existe également en Suède, Finlande ou au Portugal.

Le niveau 1 sécurité –secours étant constitué d'agents neutres de métier, dans ce cas il apparait nécessaire de les regrouper dans la perspective d'une plateforme de niveau 1 définie sur la base de données capacitaires répondant à la commande d'efficience.

⁴² PENVERNE, Y., TERRE, M., JAVAUDIN, F. et al. « Connect dispatch centers for call handling improves performance. Scand J Trauma Resusc Emerg », Med 27, 21 (2019)

⁴³ PENVERNE Yann, LECLERE Brice, LABADY Julien ad al. Key performance indicators' assessment to develop best practices in an Emergency Medical communication Centre. European Journal of Emergency Medicine 2018, 25:335–340

Instaurer un niveau 1 permet de répondre à l'impératif d'accès au service par la population.

Le niveau 1 santé virtualisé conserve localement les ressources et rend possible l'évolution de la territorialité du décroché des appels, source d'efficacité.

Le niveau 1 secours – sécurité regroupé suppose également une évolution nécessaire de la territorialité du décroché des appels.

Point fort 5 : Organiser la continuité de service secours – santé.

Une continuité de service qui appelle à des accès dédiés et priorités entre les services.

- *Du 112 vers le 113*

La continuité de service entre le 112 sécurité-secours et le numéro unique santé 113 est un impératif technico-fonctionnel afin de garantir la qualité de prise en charge des usagers.

Le modèle organisationnel A permet d'orienter dès le niveau 1 sécurité-secours les usagers qui auraient composé le 112 pour une demande devant être traitée par la Santé vers un ARM afin de poursuivre l'instruction et la prise en charge adaptée de la demande. Le transfert de l'appel est réalisé par un canal dédié et n'entre pas dans le flux populationnel. Grâce à cette segmentation et à la préqualification de l'appel, il est identifié et priorisé afin de libérer l'opérateur de niveau 1 sécurité-secours et répondre à l'objectif de fluidité du niveau 1 qui conditionne la performance globale du système en termes d'accessibilité⁴⁴.

Le niveau 2 secours peut accéder par un canal dédié directement à l'ARM instruction ou au médecin régulateur urgentiste en cas d'urgence vitale.

L'objectif fort est d'optimiser les délais de traitement dans les situations d'urgence et à fortiori d'urgence vitale et accéder rapidement à la régulation médicale. Il s'agit ici d'une amélioration notable au regard de l'organisation actuelle. Il conviendrait d'assurer le suivi de la montée en charge de ce dispositif tant au niveau local (intégration de ce sujet à l'ordre du jour des réunions SAMU-SDIS) que national.

- *Du 113 vers le 112*

Dès le niveau 1 Santé, les appels relevant d'un traitement par les forces de sécurité ou d'incendie peuvent être orientés vers les niveaux 2 compétents.

Dans les situations justifiant du concours des secours et/ou des forces de sécurité, l'ARM ou le médecin régulateur sollicite l'opérateur de niveau 2 sécurité secours par un canal dédié. L'appel est identifié et priorisé, il est distinct du flux populationnel.

- *Mettre en place le Cadre d'Interopérabilité des Services d'Urgence (CISU)*

⁴⁴BOEUF Vianney. Dynamics of a two-level system with priorities and application to an emergency call center. Optimization and Control [math.OC]. Université Paris-Saclay, 2017



Le CISU permet d'assurer un partage d'information cibles et harmonisées entre les métiers et contribue à une meilleure coordination opérationnelle. La première version, validée lors du COSTRAT MARCUS du 7 novembre 2019 doit faire l'objet de tests en production dès 2020.

Systématiser les accès téléphoniques dédiés et priorisés entre les services, renforcer l'interconnexion informatique et les plateformes d'échanges afin d'implémenter le CISU et améliorer la coordination inter-service.

Point fort 6 : Créer un numéro unique Santé et un numéro unique Sécurité Secours afin de répondre aux objectifs de simplification et lisibilité et aux besoins de la population.

Le constat d'insuffisance de lisibilité pour la population des services associés aux numéros d'urgence en France a été porté : 2/3 de la population seulement en identifie le bon usage. La réduction du nombre de numéros d'urgence existants qui acheminent le plus grand nombre d'appels d'urgence de nos concitoyens, tel qu'objectivé dans le bilan d'activité MARCUS, est un levier de simplification répondant aux besoins d'une plus grande lisibilité populationnelle.

Il convient, pour répondre totalement à l'objectif d'une meilleure lisibilité de mettre en œuvre une stratégie de communication afin d'ancrer de manière pérenne les messages relatifs au bon usage des numéros d'urgence. La récurrence des messages, adaptés à des populations cibles et médiés par des vecteurs éducatifs spécifiques permettra de répondre à l'amélioration du taux de pénétration populationnel.

La fusion du numéro 15 avec l'ensemble des numéros de Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) est un premier levier de simplification à compléter avec les autres composantes du Service d'Accès aux Soins.

Le constat opérationnel de la mission MARCUS objective que le plus grand nombre d'appels d'urgence adressés concerne des demandes de santé. Il convient d'y ajouter l'ensemble des appels reçus par les services 18-112 relevant du secours d'urgence aux personnes (SUAP) qui sont réglementairement transférés à la santé dans le cadre de la régulation médicale.

Dans son rapport remis à la Ministre des Solidarités et de la Santé au mois de décembre 2019, la mission de mise en œuvre du Service d'Accès aux Soins (SAS) lancée le 7 octobre 2019 dans le cadre de la mesure 1 du pacte de refondation des urgences souligne également l'enjeu d'un tel dispositif et en fait une recommandation principale.

Ainsi, la création d'une filière spécifique Santé grâce à un numéro unique Santé qui agrège le 15, l'ensemble des numéros de PDSA (dont le 116-117) et les autres composantes du SAS permet d'établir un guichet unique d'entrée pour les usagers, améliore la lisibilité du système, facilite l'accès aux soins non programmés et répond à une réalité opérationnelle et à un besoin de la population.

Par ailleurs, la fusion du numéro de sécurité 17 (Gendarmerie Nationale et Police Nationale) et du numéro de Secours (18-112) s'inscrit dans la continuité du projet SGA112



lancé en avril 2018 qui vise à mettre en œuvre un service de gestion des appels 112 pour l'ensemble des Directions métiers Police Nationale, Gendarmerie Nationale et Sécurité Civile. Du point de vue du citoyen cette fusion permet d'identifier une porte d'entrée unique répondant au besoin de sécurité et/ou de secours.

Point fort 7 : Respecter l'articulation avec le Service d'Accès aux Soins

Le 7 octobre 2019, la Ministre des Solidarités et de la Santé a exprimé la nécessité d'une parfaite articulation entre le périmètre missionnel du SAS et celui de la mission MARCUS.

La synthèse intermédiaire des travaux MARCUS adressée le 25 octobre 2019 aux Cabinets des Ministres de l'Intérieur et des Solidarités et de la Santé considère **l'hypothèse du modèle organisationnel A, compatible avec le SAS. A contrario, le modèle organisationnel B relatif à la coexistence d'un numéro unique 112, fusion du 15, 18-112 et du 17, et d'un numéro 116-117 n'est pas jugé compatible avec SAS.**

Par ailleurs, la mission SAS juge le modèle B incompatible avec le mode de saisine et le périmètre missionnel du SAS. Il serait responsable d'une fracture sanitaire profonde entre la médecine libérale et hospitalière, contraire aux orientations souhaitées dans le plan *Ma Santé 2022*⁴⁵ et engendrerait des difficultés majeures entre la santé et les secours s'agissant de la qualité de prise en charge des appels santé.

Point fort 8 : Une conduite du changement facilitée

Le modèle organisationnel A, articule le SAS et le service Secours-Sécurité. S'agissant de la prise en charge des appels à caractère sanitaire qui représentent le plus gros volume d'appels d'urgence en France, le SAS s'appuie pour leur décroché initial et leur qualification sur des ressources humaines internes déjà disponibles et opérationnelles au sein des SAMU Centres 15. L'impact relatif à la mise en place d'un premier niveau de décroché est principalement d'ordre organisationnel pour la Santé ce qui pourra permettre une montée en charge progressive et facilitée.

A l'inverse le modèle B instaure une brique supplémentaire relative au premier décroché transverse et élargi à l'ensemble des flux d'urgence par des opérateurs neutres de métier qui appelle à un recrutement et une formation de ces personnels.

⁴⁵ Ma santé 2022. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

Le modèle organisationnel A
Contribue à la maîtrise du sur-engagement opérationnel des SDIS et des transporteurs sanitaires privés.
Contribue à employer de façon appropriée les moyens et permet une maitrise des dépenses de l'Etat et de l'Assurance Maladie.
Participe à la maîtrise de la sur-sollicitation des services d'urgence et plus largement des établissements de santé .
Garantit au patient une expertise santé sans délai par des professionnels spécialement formés et des professionnels de santé ; il évite les erreurs d'autodétermination par le patient sur son degré d'urgence ou de gravité dans une logique de qualité et sécurité des soins .
Répond à l'impératif d'accessibilité de la population par l'instauration d'un premier niveau de décroché des appels grâce à des changements structurels et organisationnels concrétisés par l'évolution de la territorialité de leur traitement.
Répond à l'efficience attendue.
Est compatible avec le Service d'Accès aux Soins (SAS) et s'articule avec les forces de sécurité et de secours, dans une logique de continuité de service. L'accès téléphonique à ces services s'opère par la création d'un numéro Santé unique pour le SAS (113) et par le 112 pour les forces de l'intérieur .
Respecte les travaux du SGA 112 instauré en avril 2018 par le Ministère de l'Intérieur dans la mise en œuvre d'un applicatif pour le traitement des appels 112.
Respecte les attentes de certaines forces du Ministère de l'Intérieur dans l'instauration d'un premier niveau de filtrage et d'orientation des appels.
Constitue un système moderne et restructuré . A l'égard du citoyen il est lisible et simplifié et répond à la commande présidentielle et constitue un signal fort.

b. Avantages et limites du modèle A

Afin de présenter les points forts et les limites de chaque modèle organisationnel, il est proposé d'instruire les réflexions en tenant compte de thèmes transverses.

	Avantages	Limites
Accessibilité, performance et qualité de service	<ul style="list-style-type: none"> - Instauration d'un niveau 1 (Santé au sein du Service d'accès aux Soins et Secours et Sécurité) - Accès à une expertise santé sans délai (absence de besoin de filtrage) - Débruitage essentiel réalisé par le niveau 1 sécurité secours 	- N/A
Lisibilité des numéros d'urgence pour les usagers	<ul style="list-style-type: none"> - Instauration de deux numéros d'urgence : Urgence Santé et Urgence sécurité secours 	- N/A
Orientation des usagers	<ul style="list-style-type: none"> - Accès au SAS pour tout problème de santé urgent, accès aux services de secours et sécurité pour toute situation de secours 	- N/A
Amélioration de la qualification et efficacité du service rendu	<ul style="list-style-type: none"> - Garantie d'un usage approprié des moyens opérationnels - Maîtrise de la pression exercée sur les établissements de santé - Absence d'autodétermination du patient sur la gravité ou l'urgence de sa situation - Qualification santé sans délai et la maîtrise des impacts sanitaires rattachés au modèle B 	- N/A
Acceptabilité sociale du modèle	<ul style="list-style-type: none"> - Représentation des usagers confirme auprès de la mission SAS la volonté à disposer d'un accès unique Santé - Les Sapeurs-pompiers souhaitent disposer d'un numéro 112 et maîtriser le surengagement opérationnel 	- N/A
Efficience du modèle	<ul style="list-style-type: none"> - Supra-départementalité du décroché des appels, corrélée à une meilleure efficacité opérationnelle et à une maîtrise des ressources humaines. - Moindres impacts financiers rattachés à la virtualisation des plateformes la santé étant physiquement localisée dans les SAMU Centres 15. 	- N/A
Evolutivité du modèle : prise en compte d'une augmentation des flux et de leur diversification	<ul style="list-style-type: none"> - Premier niveau de décroché qui assure la scalabilité du dispositif et à l'interconnexion des centres d'appels d'urgence rendu possible par une distribution téléphonique virtualisée. - Segmentation des communications d'urgence 	- N/A

	Avantages	Limites
Articulation du modèle avec le Service d'Accès aux Soins	- Nativement, le modèle A est le modèle également défini par le Service d'Accès aux Soins	- N/A
Compatibilité avec les SI nationaux en cours de développement	- Capitalisation des livrables du SI SAMU dès 2020 (bandeau téléphonique) pouvant constituer une brique transverse aux forces. - Poursuite des travaux initiés en avril 2018 du SGA 112	- N/A
Orchestration avec les initiatives locales	- Respect des projets tels que définis à date : PFAU PP, Articulation régionale des SAMU en region des Pays de la Loire.	- N/A
Conformité aux exigences européennes	- Respect de la Directive Européenne relative au 112, désormais traité par un accès unique. - Respect de l'accessibilité aux personnes handicapées	- N/A
Commande présidentielle	- Meilleure lisibilité, simplification et une efficacité renforcée pour les citoyens	- N/A
Autres	- Facilité de la conduite du changement : personnels déjà en poste et moindres impacts RH à la mise en œuvre et à la montée en charge	- N/A



Annexe 1 : Lettre de mission adressée au Docteur Yann PENVERNE et au lieutenant-colonel Romain MOUTARD par le Ministre de l'Intérieur et la Ministre des Solidarités et de la Santé



MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Les Ministres

Réf. : CAB AB/DGOS/PEGASE/D-19-016888
Réf. : 19-000

Paris, le 22. 7. 2019

Monsieur,

Le 6 octobre 2017, le Président de la République a appelé de ses vœux une simplification des appels d'urgence, pour plus de lisibilité pour nos concitoyens. Une meilleure coordination entre les services de secours, de soins et de sécurité doit par ailleurs être recherchée. Une mission conjointe Inspection Générale des Affaires Sociales-Inspection Générale de l'Administration a été diligentée en 2018 afin d'expertiser cette question et de formuler des propositions. Le Gouvernement souhaite désormais définir les actions à mettre en place pour améliorer la qualité du service rendu (taux de non-décroché, délais de réponse, délais d'intervention, etc.).

La volonté du Gouvernement d'améliorer le traitement des appels d'urgence poursuit trois objectifs immédiats :

- décrocher tous les appels adressés aux différents services d'urgence ;
- les décrocher plus rapidement ;
- garantir l'orientation de chaque appel vers le service pertinent.

S'y ajoutent des objectifs de moyen terme :

- se mettre en capacité de répondre à un volume d'appels massif, notamment en temps de crise et dans un contexte d'attentes sans cesse plus grandes de la part de nos concitoyens en matière d'urgence, qui se traduit par l'augmentation du nombre d'appels et leur diversification ;
- simplifier et rendre plus lisible l'accès aux services d'appel d'urgence pour le grand public ;
- accroître l'efficacité de la qualification de l'appel et de la gestion des interventions grâce à une meilleure coordination des services métiers, notamment par la définition de protocoles sur la bonne orientation des appels, par la clarification des concours pouvant être demandés à d'autres services et par le renforcement de l'interopérabilité des différents systèmes d'information.

Dr Yann PENVERNE
SAMU 44 CHU de Nantes
1 Quai Moncoussu
44093 NANTES Cedex

Nous vous demandons de piloter conjointement cette réflexion qui doit aboutir à des propositions tangibles et réalistes sur la base d'une évaluation objective. Vous accompagnerez la constitution d'une équipe projet de coordination intégrée, restreinte et multi-services, respectueuse de la représentation de l'ensemble des acteurs, afin de vous entourer au plus tôt des compétences nécessaires en matière fonctionnelle, technique, budgétaire et juridique.

Dans un second temps, l'objectif stratégique de votre mission de conduite de projet et d'accompagnement du changement consistera, si vos propositions étaient retenues, à coordonner et mettre en place un système moderne et novateur de réception et de traitement des communications d'urgence tant d'un point de vue organisationnel que technologique.

Dans ce cadre et en qualité de directeur de projet :

- Vous réunirez la documentation, notamment scientifique, permettant d'étayer vos propositions ;
- Vous recueillerez l'ensemble des besoins opérationnels des acteurs ;
- Vous identifierez les pratiques ou réflexions innovantes (ex : arbres d'aide à la décision, plateformes interservices, PFAU¹ de la Préfecture de Police de Paris, SI-SAMU, NexSIS...) permettant de répondre aux besoins fonctionnels sans régression des capacités existantes au sein des domaines métiers ;
- Vous proposerez des mesures de nature à améliorer la qualité du service rendu, en vous appuyant fortement sur l'expertise professionnelle des services centraux et déconcentrés de l'État ;
- Vous évalueriez la cohérence de l'ensemble des SI existants et en cours de développement puis formulerez des propositions visant à leur convergence, notamment quant aux besoins d'interopérabilité (travaux CISU), voire dans la perspective d'une rationalisation en fonction du système cible retenu ;
- Vous vous assurerez de la qualité et de la cohérence des formations dispensées aux différents agents chargés de la réception des appels d'urgence. Cet aspect est à considérer comme un élément clé de succès du dispositif ;
- Vous veillerez à articuler vos travaux avec les réflexions conduites au niveau européen (directive 2018/1972 notamment) et les initiatives internationales en cours afin de tenir compte des évolutions en matière de nouveaux modes de saisine des services de secours et de sécurité via les médias numériques (E-call, IoT, apps², ...).

Vos travaux devront permettre de garantir la qualité et la pertinence de la prise en charge du « citoyen requérant » sur l'ensemble du territoire. Ils prendront en considération les analyses de la mission conjointe de l'inspection générale de l'administration et de l'inspection générale des affaires sociales, en partant du besoin des usagers et en intégrant pleinement le champ de compétence de chaque service impliqué aujourd'hui dans le traitement des appels, dont il conviendra de s'assurer de l'adhésion.

Sur le plan de la méthode, vous veillerez à une mise en réseau de l'ensemble des équipes et acteurs concernés, notamment les représentants territoriaux de nos deux ministères. La recherche d'une large adhésion aux enjeux et propositions formulées constitue un axe majeur de votre action.

Compte tenu de son caractère transversal, le Secrétariat général du ministère de l'intérieur assurera le fonctionnement de l'équipe projet. Le directeur de projet « Intérieur » sera rattaché administrativement à la Mission de gouvernance ministérielle des systèmes d'information et de communication (MGMSIC). Ce positionnement auprès d'une entité plurielle en termes de filière et de culture facilitera son imprégnation des spécificités des différents métiers concourant à la sécurité

¹ Plateforme de réception des appels d'urgence

² Internet des objets, applications

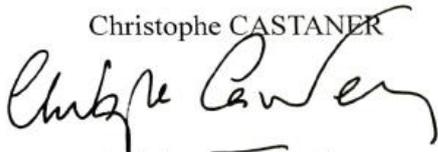


et aux secours. Le directeur de projet « Santé » sera quant à lui placé auprès de la Direction générale de l'offre de soins afin d'assurer l'équilibre interministériel et d'intégrer dans l'équipe les spécificités des métiers de la santé.

Vous vous appuyerez sur les quatre directions générales métier (offre de soins, gendarmerie nationale, police nationale, sécurité civile et gestion des crises) et la Préfecture de Police de Paris, ainsi que sur les différents services support des deux ministères.

Vous rendrez compte de manière régulière au secrétaire général du ministère de l'intérieur et à la directrice générale de l'offre de soins des avancées de vos travaux et des éventuelles difficultés rencontrées.

Outre une synthèse intermédiaire à remettre en octobre 2019, vous produirez à l'attention de nos cabinets et du Gouvernement, sous la forme qu'il vous convient, une feuille de route en décembre comportant une description complète de vos propositions pour améliorer à court comme à moyen terme la qualité de la réponse aux appels d'urgence. L'équipe projet sera alors chargée de mettre en œuvre les actions décidées lors de ces échéances d'octobre et décembre.

Christophe CASTANER

Ministre de l'Intérieur

Agnès BUZYN

Ministre des Solidarités et de la Santé