

Avis sur le projet d'instruction sur la généralisation du SAS avant envoi aux ARS

Depuis deux ans, la CSMF est persuadée que le déploiement du dispositif de Service d'accès aux soins (SAS) est un des éléments majeurs qui doit permettre d'améliorer très rapidement l'accès aux soins dans nos territoires. La crise majeure que traverse depuis un an les services d'urgence hospitaliers, confrontés à de fréquentes fermetures qui devraient se majorer l'été prochain, font que seule une organisation rapide de la médecine ambulatoire est de nature à limiter cette détérioration de l'accès aux soins. Les centres Covid en 2020 et les centres de vaccination en 2021 ont montré la capacité des professionnels de santé de l'ambulatoire à s'organiser dans l'urgence pour répondre au mieux à la prise en charge de la santé de la population.

Ceci explique toute la détermination que nous avons mise dans la négociation de l'Avenant 9 à la convention médicale avec la CNAM, mais aussi notre déception à son issue car, au lieu de réunir des éléments incitant les médecins généralistes et spécialistes à s'engager dans les SAS, l'avenant 9 contient plusieurs mesures qui sont autant d'obstacles à cet engagement. Cette déception s'est rapidement traduite sur le terrain où nombreux ont été les médecins engagés dans des expérimentations SAS qui en sont sortis ...

Parmi ces éléments bloquants, on peut citer :

- L'obligation d'utiliser une plateforme numérique nationale pour être considéré comme participant au SAS et d'utiliser une plateforme de rendez-vous en ligne,
- Le plafonnement de la rémunération des médecins régulateurs,
- L'absence de paiement majoré à l'acte pour les actes de soins non programmés adressés par le SAS,
- ...

Il est d'ailleurs intéressant de noter que, s'il est pour le moins difficile de considérer que les 22 projets SAS expérimentaux sont des succès car il manque les médecins effecteurs pour prendre en charge les soins non programmés, dans le même temps, se sont déployés dans d'autres départements, à l'initiative des médecins, des SAS répondant aux objectifs du SAS avec des médecins volontaires car leurs projets s'affranchissent des éléments bloquants de l'avenant 9.

La CSMF se félicite de la volonté du gouvernement de vouloir généraliser le SAS sur tout le territoire. Cette généralisation nécessite de la confiance. Comme nous l'avons rappelé récemment au Ministre de la Santé, la généralisation du SAS ne pourra pas se faire aux conditions restrictives imposées par l'avenant 9. Les médecins ne l'accepteront pas. Pour cela, deux voies sont possibles :

- Une renégociation très rapide de l'avenant 9 pour ce qui relève du SAS,
- Permettre, grâce entre autres à des financements annexes, aux médecins porteurs de projet de SAS de s'affranchir de certaines mesures contenues dans l'avenant 9.

Notre analyse de cette instruction aux ARS a donc pour but d'identifier si les conditions de la réussite sont réunies pour cette généralisation du SAS.

Document 1

S'il est capital de s'appuyer sur les expérimentations de la première vague pour cette généralisation, à aucun moment il n'est évoqué les obstacles rencontrés, souvent bloquants pour tout ou partie de ces SAS, ce qui pourrait pourtant permettre d'éviter de renouveler de telles erreurs. De même, il est regrettable de ne pas faire référence aux autres projets SAS qui fonctionnent, pilotés par des ARS en dehors de l'expérimentation nationale.

La plateforme numérique ne doit pas être considérée comme un des deux volets clés car cela nécessiterait de stopper certains SAS qui fonctionnent déjà.

Il est important de rappeler la différenciation de la filière de médecine générale du SAS de celle de la PDSA et pas uniquement pour la régulation.

A aucun moment, il n'est demandé aux ARS que tous les médecins participant aux SAS soient considérés, s'ils le souhaitent, comme des Collaborateurs occasionnels du service public (COSP).

Une organisation de la PDSA jugée « insatisfaisante » ne doit pas être un frein au lancement d'un SAS. Il est même logique de penser qu'un SAS qui fonctionne bien serait de nature à favoriser une organisation plus satisfaisante de la PDSA.

Parmi les 10 critères retenus pour considérer qu'un SAS soit effectivement lancé/en activité, au moins un remet en cause certains SAS pourtant considérés comme étant en activité. Il s'agit de l'inscription des professionnels de la régulation et de l'effectif sur la plateforme numérique nationale car cela revient à valider les niveaux de rémunérations contenues dans l'avenant 9.

Les points III (Financement des SAS) et IV (Utilisation de la plateforme numérique nationale), tels que rédigés, ne laissent la place à aucune adaptation à des fonctionnements de certains SAS qui ont démontré que pour fonctionner il fallait des financements complémentaires et que la plateforme numérique nationale n'était pas nécessaire. Les médecins libéraux d'un certain nombre de SAS ont choisi d'autres outils que cette plateforme pour différentes raisons :

- D'autres outils leur sont apparus mieux adaptés pour répondre aux besoins dictés par les organisations mises en place, mais aussi au regard d'un usage satisfaisant de ces outils dans le cadre de la PDSA.
- Le SAS est un succès lorsque le plus grand nombre de médecins généralistes acceptent la prise en charge des soins non programmés transmis par le SAS : c'est l'assurance que toutes les demandes de soins auront une réponse appropriée. Or, un nombre important de médecins refusent aussi bien l'utilisation d'agendas en ligne que de mettre à disposition du SAS des rendez-vous.
- L'avenant 2 de l'ACI CPTS et l'avenant 1 de l'ACI MSP ont pris en compte cette possibilité de ne pas avoir recours à cette plateforme numérique nationale tout en garantissant une réponse adaptée aux demandes du SAS au sein du territoire couvert par leurs MSP ou leurs CPTS.
- La preuve étant faite que d'autres outils peuvent se substituer utilement à cette plateforme, cette dernière n'aurait plus comme utilité que de permettre la rémunération des médecins régulateurs et effecteurs alors qu'elle n'a pas été conçue pour cela. Or, depuis de nombreuses années dans le cadre de la PDSA, des circuits de financement des médecins régulateurs et des astreintes des médecins effecteurs sont utilisés et donnent satisfaction aux différents acteurs. Il doit être possible d'utiliser les mêmes outils pour la rémunération des médecins, que ce soit dans le cadre de la PDSA ou dans le cadre du SAS.

Contrairement à ce qu'avait annoncé le 5 avril à la CSMF le Ministre de la Santé, la DGOS démontre qu'elle s'arc-boute sur un encadrement organisationnel du SAS qui explique en partie l'échec d'une bonne partie des 22 projets expérimentaux, sauf à penser que la seule mise en place d'une régulation médicale suffit à considérer qu'un SAS fonctionne.

En l'état, face à une telle posture de blocage et l'absence de perspectives d'évolution des directives de la DGOS, faire un rapport sur les 6 annexes nous paraît inutile.

Si ces textes ne sont pas modifiés, l'accès aux soins sera difficile cet été pour bon nombre de français et les médecins libéraux ne pourront pas être considérés comme responsables d'un tel naufrage.

Nous réitérons les demandes de la CSMF pour permettre une mise en place de SAS sur tout le territoire :

- Soit une renégociation très rapide de l'avenant 9 pour ce qui relève du SAS,
- Soit permettre, grâce entre autres à des financements annexes, aux médecins porteurs de projet de SAS de s'affranchir de certaines mesures contenues dans l'avenant 9,
- La plateforme numérique nationale doit être proposée mais pas imposée aux porteurs de projets.

Annexe 1

Annexe 2

Annexe 3

Annexe 4

Annexe 5

Annexe 6

Bien cordialement

Dr Luc DUQUESNEL
Président Les Généralistes-CSMF
27/04/2022