MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° DGOS/R2/PF5/2022/270 du 23 décembre 2022 relative aux attendus pour la mise en place du Service d'accès aux soins (SAS) dans les territoires dans le cadre de la généralisation progressive du dispositif

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2235988J (numéro interne : 2022/270)
Date de signature	23/12/2022
Emetteur	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
Objet	Mise en place du Service d'accès aux soins (SAS) dans les territoires dans le cadre de la généralisation progressive du dispositif.
Commande	Mise en œuvre de la généralisation progressive du SAS.
Actions à réaliser	Accompagner les projets SAS sur les territoires afin qu'ils puissent être opérationnels et couvrir l'ensemble du territoire en 2023.
Echéance	2023
Contacts utiles	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau Premier recours (R2) Pierre SAVARY Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Bureau Systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins (PF5) Caroline LE GLOAN Mél. : DGOS-SAS@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	6 pages + 6 annexes (22 pages) Annexe 1 : Les fondamentaux du SAS Annexe 2 : Check-list de lancement d'un SAS Annexe 3 : Liste des indicateurs d'activité à suivre et à remonter à la DGOS Annexe 4 : Présentation de la plateforme numérique nationale SAS et des parcours régulation et effection Annexe 5 : Les fondamentaux de la mise en place de la régulation médicale téléphonique du SAS Annexe 6 : Modèle de remontée par l'ARS d'un projet SAS faisant l'objet d'un accompagnement local

Résumé	La présente instruction vise à donner le cadre et les outils nécessaires à la sélection et à la mise en place des projets SAS sur les territoires par les agences régionales de santé (ARS) dans le cadre d'une démarche de généralisation progressive du dispositif. Il s'agit dès lors de partager les principes indispensables et les attendus en termes d'organisation, de fonctionnement, de financement, d'outils techniques et de prestations. Elle complète et actualise l'instruction n° DGOS/R2/2020/129 du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentateurs du Service d'accès aux soins.
Mention Outre-mer	Le texte s'applique en l'état dans l'ensemble des Outre-mer.
Mots-clés	Service d'accès aux soins - offre de soins de ville - soins non programmés - aide médicale urgente
Classement thématique	Etablissements de santé – organisation
Textes de référence	Articles L. 6311-2 et L. 6311-3 du code de la santé publique.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Instruction n° DGOS/R2/2020/129 du 24 juillet 2020.
Rediffusion locale	La présente instruction pourra être diffusée aux porteurs de projet SAS de la ville et de l'hôpital.
Validée par le CNP le 16 décembre 2022 - Visa CNP 2022-142	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Initié dans le cadre du Pacte de refondation des urgences de 2019 puis réaffirmé lors du Ségur de la santé en 2020, le Service d'accès aux soins (SAS) poursuit l'objectif de simplification de l'organisation territoriale de l'offre de soins **par la mise en place d'organisations ville-hôpital répondant aux besoins de soins urgents ou non programmés**.
Les premiers sites pilotes du SAS ont été annoncés par le ministre de la santé le 23 novembre 2020. Cette phase pilote a ainsi permis de sélectionner 22 projets SAS, dans 13 régions représentant environ 40 % de la population française. L'instruction DGOS de juillet 2020 donnait les premières clés pour la mise en place dans ces territoires d'une organisation basée sur des objectifs et une démarche nationale structurés[1].
Par ailleurs, le volet SAS de l'avenant n° 9 à la convention médicale nationale, arrêté le 22 septembre 2021, a posé le cadre de la valorisation financière pour les médecins régulateurs et effecteurs libéraux participant au SAS. L'application de cet avenant a été en partie suspendue depuis juillet 2022 avec la mise en place des mesures transitoires qui ont fixé d'autres modalités et montants de valorisation de la participation des médecins au SAS. **Ces mesures financières, prolongées, continueront à s'appliquer jusqu'à la fin de la négociation conventionnelle et l'avenant qui en découlera.**

La généralisation du dispositif SAS sur l'ensemble du territoire national vous a été annoncée lors du séminaire du 9 mars 2022, à l'issue de la phase pilote (novembre 2020 - mars 2022).

Il a constitué une première phase de bilan avant la formalisation d'un retour d'expérience (RETEX) national. Ce RETEX, diffusé début 2023, centralise les retours structurant des premiers SAS lancés et les bonnes pratiques et apporte des clés afin d'accompagner les nouveaux territoires dans la perspective de la généralisation.

[1] Instruction n° DGOS/R2/2020/129 du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentateurs du Service d'accès aux soins.

S'appuyant sur ces retours, la présente instruction vise à accompagner cette généralisation. En effet, l'objectif est que l'ensemble des SAS soit lancé en 2023, avec l'appui de la DGOS et des ARS.

I. Qu'est-ce que le SAS ?

Le SAS est un service universel accessible à tous sur tous les territoires, quel que soit le lieu d'appel, en complémentarité de la permanence des soins ambulatoires, qui doit permettre à chacun d'accéder, d'une part, aux soins urgents, et, d'autre part, aux soins non programmés nécessitant une prise en charge sous 48h, dont il a besoin. Il participe ainsi à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le SAS apporte une réponse commune aux demandes d'aide médicale urgente et de soins non programmés, assurant une continuité des soins, et repose sur deux volets clés :

- **une réponse aux demandes organisée entre médecins urgentistes** pour les situations d'urgence **et médecins généralistes** pour les demandes de soins non programmés **lorsque l'accès au médecin traitant ou à un autre médecin de proximité n'est pas possible en première intention**. Le SAS n'a pas vocation à se substituer au lien direct qui existe entre le patient et son médecin traitant ou à une organisation collective des médecins de ville pour l'accès aux soins non programmés ;
- **une plateforme numérique** destinée aux professionnels de santé permettant de recenser l'ensemble de l'offre de soins non programmée disponible sur un territoire donné et d'orienter un patient vers un des professionnels répertoriés.

Il se traduit notamment par **une régulation téléphonique médicale**. Cette régulation permet, en fonction de l'urgence de chaque situation et des besoins des patients, d'obtenir une réponse adaptée pour des soins urgents et non programmés. Elle propose une orientation ou un conseil médical, la prise de rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 48 heures à son cabinet ou au domicile du patient, l'accès à une téléconsultation, l'orientation vers un établissement de santé, un service d'urgence, l'engagement d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), la possibilité d'envoi d'un transport sanitaire ou d'un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV).
La régulation médicale de la filière de médecine générale du SAS est complémentaire du dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA) assuré tous les jours entre 20h et 8h ainsi que le samedi à partir de 12h, le dimanche toute la journée et les jours fériés. Ces deux dispositifs doivent s'articuler afin de permettre une réponse continue aux besoins de soins non programmés.

Des expertises sanitaires complémentaires pourront intégrer le SAS dans le cadre d'une réponse transversale et coordonnée (ex : régulation psychiatrique, pédiatrique, gériatrique, toxicologique ; et en effection, paramédicale, médico-sociale, etc.).

En effection, des infirmiers libéraux pourront être mobilisés dans le cadre de la prolongation de la mesure de la mission flash pour les urgences et les soins non programmés visant à mobiliser les infirmiers libéraux volontaires pour assurer une réponse aux soins non programmés à la demande de la régulation du SAMU / SAS.

II. Les 4 étapes d'accompagnement d'un projet SAS par l'ARS

La sélection, l'accompagnement et le suivi des projets SAS relèvent désormais principalement des ARS, qui sont en lien étroit avec les acteurs de la ville et de l'hôpital. L'appui de la DGOS aux ARS se matérialise, entre autres, par des échanges réguliers entre les référents SAS en régions et les équipes de l'administration centrale.

Toutefois, et afin de permettre un suivi au niveau national du déploiement du SAS, trois remontées d'information sont attendues à l'initiative de l'ARS :

- la première lorsqu'un projet est retenu par l'ARS pour être officiellement accompagné ;
- la deuxième lorsqu'un SAS est effectivement lancé ;
- la troisième lorsqu'un SAS déjà lancé connaît des difficultés telles que l'un ou plusieurs des critères pour le considérer en activité ne sont plus remplis.

Ces remontées s'inscrivent dans le cadre des 4 étapes qui constituent la mise en œuvre d'un SAS sur un territoire et s'articulent ainsi :

Etape 1 – Mobilisation des acteurs du territoire. L'ARS repère sur son territoire des organisations ayant engagé une réflexion structurée avec l'ensemble des partenaires. Si aucune organisation préalable n'est identifée, elle mobilise les acteurs locaux pour préfigurer le futur SAS. Elle leur expose l'organisation-cible du SAS et ses fondamentaux tels que définis en annexe 1.

Etape 2 – Sélection et accompagnement des projets. Lorsqu'un projet remplit les prérequis présentés dans l'encadré ci-dessous, l'ARS peut décider d'**accompagner** officiellement les porteurs de projet, y compris financièrement, vers l'organisation-cible détaillée en annexe 1. **Les prérequis interviennent en amont et sont complémentaires des critères attendus dans le cadre de la check-list décrite en annexe 2.**
Elle informe alors la DGOS de cet accompagnement par courriel à l'adresse DGOS-SAS@sante.gouv.fr, en précisant par des éléments circonstanciés ce qui la fonde à attester que les prérequis sont remplis. L'ARS indique, également, la date de lancement opérationnel envisagée pour le SAS (régulation front office, back office, effection) afin que la DGOS puisse opérer un suivi et programmer les financements d'amorçage en conséquence.
Par ailleurs, les réunions bilatérales de suivi des projets SAS avec la DGOS doivent être l'occasion de partager les éléments relatifs à cet accompagnement (descriptif du projet SAS, acteurs locaux, organisation des soins non programmés, outillage, points de vigilance, etc.).

Prérequis à remplir par les porteurs de projets SAS pour pouvoir bénéficier d'un accompagnement par l'ARS en vue d'un lancement officiel. Une fois le SAS accompagné par l'ARS, ces prérequis devront être complétés par les attendus plus structurés de la check-liste :

- Avoir déjà engagé une **dynamique entre la médecine de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière** et proposer un projet **porté collectivement par l'établissement siège de SAMU et par les acteurs de la médecine de ville qui interviennent aussi bien pour la régulation médicale que pour l'effection** de soins non programmés (représentés notamment par les unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML) ;
- Avoir prévu l'articulation du SAS avec une offre d'effection de soins non programmés organisée sur le territoire, notamment par les **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) quand elles existent,** afin de garantir la prise en charge des patients en ville en soins non programmés en bonne articulation notamment avec les objectifs de Ma Santé 2022 ;
- Être doté d'une **organisation de la permanence des soins ambulatoires** satisfaisante en soirée, week-end et jours fériés. Le SAS permet dès lors une régulation médicale en journée, complémentaire à l'organisation de PDSA. L'association de ces deux dispositifs doit permettre d'offrir une régulation médicale en continue ;
- Avoir engagé une **dynamique entre le SAMU, les acteurs du transport sanitaire et les services de secours** (dialogue préexistant, partenariats déjà engagés). Les organisations types plateformes communes SAMU-service d'incendie et de secours (SIS) n'ont pas vocation à être remises en cause.

Etape 3 – Lancement officiel du SAS. Lorsque la phase d'accompagnement a abouti et que le SAS est prêt à remplir les services minimums obligatoires détaillés en annexe 2, l'ARS **informe** la DGOS par courriel du lancement de l'ouverture opérationnel du SAS.

Etape 4 – Suivi. Le suivi de l'évolution de l'activité et de la performance des SAS appelle à la production d'indicateurs de pilotage. La mise à disposition des indicateurs socles listés en annexe 3 nécessite une formalisation initiale des requêtes statistiques afin d'automatiser leur production mensuelle, trimestrielle ou annuelle.
Les ARS restent les interlocutrices directes des organisations mettant en place le SAS. Elles en assurent également un suivi régulier. À cet égard, les remontées des **indicateurs quantitatifs** figurant en annexe 3 seront effectuées par les ARS à l'adresse suivante : DGOS-SAS@sante.gouv.fr.

Des réunions régulières de suivi et d'échanges avec les ARS sont également animées par les **services de la DGOS**. Leur fréquence est adaptée à l'intensité de l'accompagnement requis par le projet après son lancement ; cette fréquence est discutée entre l'ARS et la DGOS. Si le suivi par les ARS des SAS de leur région met en évidence qu'un SAS déjà lancé connaît des difficultés telles que l'un ou plusieurs des critères pour le considérer en activité ne sont plus remplis, **elles en informent la DGOS**.

III. Utilisation de la plateforme numérique nationale

Pour sa mise en œuvre effective, le SAS s'appuie sur le déploiement d'une plateforme numérique, uniquement à destination des professionnels de santé et développée au niveau national par l'Agence du numérique en santé (ANS).

La plateforme numérique SAS doit permettre, d'une part, de présenter l'offre de soins non programmés des territoires et d'autre part, de faciliter l'accès aux soins et la prise de rendez-vous dans un délai de 48h. Elle permet également la remontée d'informations utiles pour la rémunération des professionnels de santé effecteurs et régulateurs, mais ne constitue pas un outil de paiement de ces rémunérations.

Pour ce faire, la plateforme numérique SAS propose deux grandes fonctionnalités :

- Un annuaire d'offre de soins (et moteur de recherche associé), s'appuyant sur l'annuaire sante.fr enrichi ;
- Un agrégateur de disponibilités de créneaux de professionnels de santé via :
  - Le partage de l'agenda issu du logiciel de prise de rendez-vous du professionnel ;
  - Ou le renseignement manuel de 2h de disponibilités hebdomadaires minimum.

Les deux heures minimum mises en visibilité ne constituent pas des créneaux réservés au SAS, elles sont aussi visibles sur les outils de prise de rendez-vous grand public et ouvertes à tout patient.

Simple, modulable et adaptée aux besoins des professionnels, la plateforme a vocation à s'inscrire dans l'écosystème des outils métiers déjà utilisés par les professionnels de santé (logiciel de régulation médicale [LRM], opérateur de prise de rendez-vous en ligne, etc.) sans les remplacer. Elle s'adresse ainsi en particulier :

- Aux régulateurs (médecins régulateurs, assistants de régulation médicale [ARM] ou opérateurs de soins non programmés), leur permettant d'orienter un patient vers une offre de soins non programmés. Dans le cadre de l'expérimentation sur le forfait de réorientation urgence, l'inifirmier d'orientation et d'accueil de la structure d'urgence peut également utiliser la plateforme numérique SAS ;
- Aux effecteurs, leur permettant de prendre en charge un patient, en fonction de leurs disponibilités ;
- Aux administrateurs (Caisse nationale d'assurance maladie [CNAM)], DGOS, ARS, pilotes SAS), leur permettant de piloter l'activité du SAS.

Cette plateforme a été mise en service dès le mois de mars 2020 et a connu des enrichissements successifs, via les travaux de co-construction réalisés avec les utilisateurs (régulateurs, effecteurs et administrateurs notamment). Les autres fonctionnalités sont présentées en annexe 5. Cette plateforme est également encadrée par le décret n° 2022-403 du 21 mars 2022 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « Plateforme numérique du Service d'accès aux soins ».

Au-delà de ces fonctionnalités phares, l'objectif majeur de la plateforme est de **recenser l'ensemble des créneaux de soins non programmés disponibles sur un territoire donné**. Ainsi, des travaux d'interopérabilité avec la plateforme ont été menés avec sept éditeurs dans le cadre de la phase pilote. À la suite de ces travaux, six éditeurs sont désormais interfacés avec la plateforme numérique SAS pour le cas d'usage « agrégation de créneaux disponibles ».

Ces travaux ont également permis de cadrer les spécifications techniques et d'être désormais prêts à lancer la généralisation auprès de l'ensemble des éditeurs (prise de rendez-vous, LRM, etc.). L'ensemble de la documentation est disponible sur le lien suivant : https://esante.gouv.fr/sas.

Dans le cadre de l'accompagnement à la mise en œuvre des SAS, il est demandé aux ARS de relayer le kit de communication dédiée à la plateforme numérique SAS et de prendre contact avec la DGOS pour tout besoin concernant la présentation de la plateforme numérique. Un service support est par ailleurs mis à disposition par l'ANS.

Pour toute information complémentaire vous pouvez contacter à la DGOS les bureaux R2 et PF5 : DGOS-SAS@sante.gouv.fr.

Pour toutes informations générales sur le SAS, retrouvez la page dédiée sur le site du ministère : https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale adjointe des ministères chargés des affaires sociales,

Signé

Nicole DA COSTA

Pour le ministre et par délégation :
La cheffe de service, adjointe à la directrice générale de l'offre de soins,

Signé

Cécile LAMBERT

Annexe 1

Les fondamentaux du SAS

La présente annexe détaille l'organisation-cible applicable à **tous les SAS** dans la perspective d'une généralisation homogène du dispositif et ce pour 4 chantiers-clés :

- Définir un périmètre du SAS adapté aux besoins du territoire ;
- Mettre en place puis renforcer un premier décroché et une régulation de médecine générale ;
- Organiser une effection performante avec les acteurs du terrain ;
- Assurer une gouvernance équilibrée entre la ville et l'hôpital garante du bon fonctionnement du SAS.

Elle indique aussi, le cas échéant, les chantiers prioritaires à mener et précise lorsque plusieurs options de déploiement sont possibles.

I. Le périmètre du SAS

a. Périmètre fonctionnel : front office, back office, filières

Tout SAS se compose d'un « **front office** », **premier décroché** commun qui oriente l'appel vers l'une des **filières du SAS** qui constituent le « **back office** ». Le SAS répond aux demandes d'aide médicale urgente ainsi qu'aux demandes de soins non programmés.

Pour satisfaire l'objectif de réaliser un tri très rapide entre aide médicale urgente (AMU) et filière de médecine générale, le **front office** a pour mission d'assurer :

- l'accueil initial des primo-appelants (par exemple « urgence santé/service d'accès aux soins, bonjour »). Le premier décroché des appels destinés au SAS est réalisé exclusivement par des assistants de régulation médicale ayant une expertise de l'accueil et de la qualification des appels à caractère d'urgence sanitaire ;
- l'ouverture d'un dossier de régulation médicale avec seules deux informations recueillies et saisies : nom et numéro de téléphone de l'appelant ;
- la qualification du degré d'urgence :
    - P0 : urgence vitale ;
    - P1 : régulation médicale immédiate par volet AMU ;
    - P2 : régulation médicale différée par médecin généraliste (MG) régulateur, qui peut être mise en attente sans risque pour le patient.

Le SAS permet ainsi de mettre en œuvre un **décroché des appels à deux niveaux** pour répondre à l'objectif d'accueillir rapidement des primo-appelants et identifier les situations relevant d'une urgence vitale.
L'assistant de régulation médicale (ARM) du front office (N1) accueille, qualifie, priorise et oriente l'appel. En cas d'urgence vitale (P0), il peut prendre la fonction d'ARM AMU. Dans les autres cas, il transfère l'appel vers le second niveau (N2) du SAS au sein des filières socles du back office (N2 AMU ou N2 ambulatoire).
L'organisation du décroché des appels à deux niveaux constitue un des composants du **schéma directeur** du SAS et contribue à son efficacité opérationnelle, en particulier lorsque l'activité est soutenue. Par ailleurs, en fonction de l'activité, il est envisageable de réfléchir à la maille territoriale du front office dans une logique supradépartementale, pour les territoires avec une moindre activité par exemple.

Les **filières socles du SAS** qui constituent le **back office** (second niveau N2) correspondent à des besoins de prise en charge différents. Deux filières socles apparaissent **indispensables** dans tout SAS et ce **dès son lancement** :

- L'aide médicale urgente (AMU) : la filière correspond au SAMU et repose donc sur des assistants de régulation médicale (ARM) et des médecins régulateurs urgentistes (MRU). Les ARM sont affectés au décroché des appels destinés au SAMU, à la priorisation au sein de leur filière, au suivi et à la gestion opérationnelle des interventions en cours ;
- La médecine générale (MG) : la filière repose sur des opérateurs de soins non programmés (OSNP) et des médecins régulateurs généralistes (MRG). L'orientation des patients vers les professionnels de santé de ville est réalisée par l'OSNP en lien, si besoin, avec le médecin régulateur.

D'autres « filières » spécifiques (psychiatrie, gériatrie, centres antipoison, etc.) peuvent être intégrées de manière complémentaire : soit parce qu'une organisation préexistait au projet SAS (par exemple : renfort de régulation au SAMU, ou recours organisé à une expertise), soit par un enrichissement du SAS dans un second temps selon les projets locaux. Des liens pourront également être développés entre le SAS et les autres acteurs en santé présents sur les territoires (exemple : liste des pharmacies de garde).
À ce jour, le financement de ces expertises complémentaires ne fait pas partie des financements prévus au sein du périmètre du SAS, chaque dispositif complémentaire ayant ses financements dédiés (cf. partie III de l'annexe 1).

Le dispositif d'appui à la coordination (DAC) peut être sollicité par les médecins régulateurs et les opérateurs de soins non programmés du SAS dès lors qu'ils repèrent des situations complexes. Les parcours de ces patients pourront être coordonnées par le DAC en aval des besoins de soins urgents ou non programmés. Le DAC pourra par exemple former les régulateurs du SAS. En fonction du niveau de coopération défini entre les acteurs, le SAS pourra informer le DAC du lancement de son projet ou l'associer, le plus en amont possible.

En tout état de cause, la mise en place d'une autre « filière » spécifique ou d'une coordination avec le DAC ne doit pas retarder la mise en place de la filière socle de médecine générale.

b. Périmètre géographique : maille départementale ou interdépartementale

La maille d'organisation et d'intervention du SAS pourra être départementale, intradépartementale ou interdépartementale, selon les territoires jugés les plus pertinents pour les acteurs et les organisations des SAMU. Ainsi, afin de couvrir l'ensemble du territoire, notamment dans les départements avec une faible activité, il est possible d'envisager une articulation territoriale des SAS afin de mettre en place une organisation supradépartementale pouvant bénéficier à plusieurs départements.

En outre, afin d'assurer *in fine* un traitement des appels et une mobilisation de professionnels adaptés au niveau de sollicitation du service, il convient de rendre possible une articulation à terme avec au moins un autre SAS de la région. Cette articulation territoriale n'est pas exigée dès le lancement du projet, mais devra figurer dans le projet de santé de la structure.

D'un point de vue organisationnel et technique et, en lien avec les organisations préexistantes au sein des SAMU, cela pourra prendre la forme de :

- solutions de débordement des appels pour la régulation médicale vers un autre SAS ;
- solutions d'entraide pour la régulation médicale lors des périodes de faible activité : bascule de lignes d'appels (en totalité ou partiellement) vers un autre SAS.

II. Prise en charge de l'appel et régulation[1]

a. Accéder au SAS : quel numéro pour le patient ?

Pour les patients, l'accès au SAS devra préférentiellement reposer sur un numéro d'appel commun entre la médecine d'urgence et la médecine générale. Le SAS englobant la filière AMU, le numéro d'urgence 15 est le numéro commun.
Cependant, si d'autres numéros locaux ont été mis en place par les acteurs de la ville pour l'accès aux soins non programmés, ils pourront perdurer en parallèle. Il s'agit ainsi du maintien des numéros existants.

Le SAS n'a en effet pas vocation à se substituer au lien direct qui existe entre le patient et son médecin traitant ou à une organisation collective des médecins de ville pour l'accès aux soins non programmés. Le SAS est un niveau de réponse supplémentaire, conjoint entre médecine de ville et médecine hospitalière, mobilisable pour tout patient n'ayant pas trouvé de réponse à son besoin par ses propres moyens (notamment en cas d'indisponibilité de son médecin traitant).

b. Professionnels concernés : qui traite l'appel ?

De manière à assurer le fonctionnement du SAS, il conviendra de garantir :

- **Filière AMU :** la présence d'ARM et d'au moins un médecin urgentiste à tout moment en H24 ;
- **Filière MG** : la présence en journée des opérateurs de soins non programmés (OSNP), ainsi que la disponibilité d'au moins un médecin généraliste, qu'il soit présent physiquement sur site ou à distance (régulation médicale à distance ou articulation territoriale entre SAS) :
    - Profil des OSNP : selon le retour d'expérience national, parmi les 22 pilotes, certains ont fait le choix de cibler des profils administratifs de secrétariat médical (exemple du SAS 31), tandis que d'autres ont choisi d'employer des ARM, qui remplissent à tour de rôle la fonction d'ARM de front office, d'ARM de back office (pour la filière AMU) et d'OSNP pour la filière de médecine générale. Toutefois, cette option peut être difficile à mettre en œuvre du fait de la pénurie en ARM au sein de nombreux territoires (exemples des SAS 29, 33). De ce fait, il est fortement recommandé de ne pas placer d'ARM en position d'OSNP dans la filière MG, sauf ponctuellement et ce tant que les tensions en ressources humaines (RH) sur le métier d'ARM subsistent.
    - En règle générale, les OSNP sont employés par l'association qui porte la filière de médecine générale. Il y a eu quelques situations où, d'un commun accord entre les deux filières MG et AMU, les OSNP ont pu être employés par l'établissement de santé (exemple des SAS 21-58, 73, 59, 80).
    - Formation des OSNP : la plupart des pilotes ayant eu recours à des profils administratifs pour occuper la fonction d'OSNP a mis en place des formations dédiées, ce qui doit être encouragé pour assurer la fluidité de la chaîne de régulation (exemple des SAS 44, 57, 59).
- Selon les organisations locales mises en place de manière concertée entre la ville et l'hôpital, la présence d'un superviseur de salle peut être envisagée afin d'organiser le fonctionnement opérationnel de la salle de régulation, de coordonner les différents opérateurs et assistants de régulation et d'articuler les filières.

[1] Détail en annexe 5.

Au sein de la filière MG, l'OSNP viendra en appui du médecin généraliste régulateur. Il sera chargé notamment :

- D'assurer les tâches administratives nécessaires à la régulation médicale : saisie de l'identité, des coordonnées du patient, etc. ;
- De communiquer des informations au patient (identification de la pharmacie de garde, etc.) et de détailler de premiers conseils donnés par le médecin généraliste (cela supposant des enjeux de formation sur les attendus et les missions des OSNP) ;
- Après régulation médicale du médecin généraliste, de procéder, le cas échéant, à la prise de rendez-vous auprès d'un professionnel de ville sur la plateforme numérique SAS.

c. La localisation de la régulation téléphonique des appels

Afin de profiter des ressources existantes au sein des établissements de santé (immobilier, matériel, etc.), **la régulation des deux filières socles peut se faire dans un lieu physique commun positionné dans les locaux des SAMU**, permettant ainsi un véritable projet commun et un fonctionnement fluide contribuant à l'objectif de mieux travailler ensemble. Dans ce cas, les porteurs de projets doivent s'assurer qu'ils disposent de locaux disponibles pour accueillir l'ensemble des équipes et ressources humaines nécessaires pour les deux filières.

En revanche, cela ne constitue pas une obligation. La régulation de la filière de médecine générale peut se faire à distance des locaux du SAMU si le fonctionnement du SAS est garanti dans toutes ses dimensions et basé sur un partenariat entre les différents acteurs permettant de sécuriser les circuits d'appels. **Si cette organisation est retenue par les acteurs du projet SAS, il convient de s'assurer de la qualité et de la sécurité de cette organisation** ainsi que de la protection des médecins libéraux (sur le plan juridique). Un premier temps de régulation au sein du SAS est souhaitable pour le médecin avant qu'il assure cette activité à distance (depuis son cabinet de ville par exemple), dans une perspective de partage et d'articulation avec les professionnels présents au sein du SAS.

<u>Pour mettre en place ou étendre la régulation médicale hors site</u>, il convient de :

- Lister les modalités de régulation médicale à distance en œuvre sur le territoire et identifier les écarts (outils, pratiques, etc.) avec la régulation médicale pratiquée sur site ;
- Ajuster les infrastructures et/ou l'outillage de régulation médicale à distance en fonction des besoins et équiper les professionnels de santé concernés pour permettre d'accéder à la solution de régulation médicale.

Le dispositif doit s'appuyer sur l'infrastructure de régulation médicale téléphonique du SAS pour que les régulateurs à distance aient la même visibilité et les mêmes capacités que les opérateurs en centre de régulation médicale.

Si une autre plateforme téléphonique a déjà été mise en place sur le territoire en dehors du SAMU par les acteurs de la ville, la régulation des appels de la filière médecine générale peut être basée dans ces locaux. Cependant, les financements alloués aux SAS ne couvrent pas la création de nouvelles plateformes téléphoniques *ad hoc*.

Enfin, lorsqu'il existe des plateformes communes SAMU-SIS en fonctionnement, elles n'ont pas à être remise en cause pour la régulation du SAS.

d. Prise en charge de l'appel : aspects techniques

- ***Plateforme téléphonique de régulation des appels***

Afin de permettre leur lancement, il est recommandé que les projets SAS veillent aux conditions techniques suivantes :

- solution globale de téléphonie calibrée pour le volume d'appels attendu dans le cadre du SAS (lignes T2, autocommutateur, enregistreur, etc.) ;

- capacité de bascule d'appels entre les filières AMU et MG ;
- solution d'acheminement des communications téléphoniques des sapeurs-pompiers directement à chaque niveau du SAS (front office -premier décroché- et back office - filières AMU, en priorité, et MG).

- ***Outils numériques utilisés pour la régulation médicale au sein du SAS***

Tous les intervenants du SAS utilisent le même logiciel de régulation médicale, adapté à leurs besoins. Aussi, l'existence au sein du SAMU de solutions de gestion avancée de la téléphonie (bandeau téléphonique) adaptées aux besoins de l'organisation constituent un élément facilitateur pour la mise en place du SAS.

III. La plateforme numérique SAS

Le service d'accès aux soins doit permettre à tout usager d'accéder à distance de manière simple et lisible à un professionnel de santé.

Pour ce faire, **une plateforme numérique nationale est mise à la disposition des professionnels de santé participant au SAS pour faciliter l'orientation des usagers.**

La mise en place de la plateforme numérique, pilier du fonctionnement du SAS, doit permettre de rassembler l'offre de soins disponible, de façon exhaustive, sur un territoire. À destination des régulateurs et des effecteurs, mais aussi des administrateurs de la plateforme SAS, la plateforme doit faciliter l'accès aux soins et la prise de rendez-vous, dans un délai de 48 heures et la transmission d'informations nécessaires à la Caisse nationale d'assurance maladie pour le paiement des professionnels (détail en annexe 4).

Enfin, au-delà de la mise à disposition de cet outillage national, des outils locaux qui pouvaient préexister peuvent être utilisés pour le démarrage des projets, comme la mise en œuvre d'agendas partagés « régulation-ville » permettant à la régulation d'avoir une première vision sur l'offre de soins disponible de l'offre en ville. **Toutefois, tous les nouveaux SAS devront démarrer avec la plateforme numérique nationale qui permet seule d'avoir une vision exhaustive de l'offre disponible sur un territoire et d'assurer une orientation facilitée des patients en fonction de leurs besoins de soins.**

IV. La structuration de l'effection en ville en réponse à la régulation médicale de la filière de médecine générale du SAS

a. Les acteurs institutionnels

La régulation médicale du SAS, qu'il s'agisse de l'aide médicale urgente ou des soins non programmés est articulée avec les professionnels de santé de ville effecteurs, dont les médecins traitants. À ce titre, l'ARS doit particulièrement veiller au lien avec les médecins effecteurs du SAS.

Les unions régionales des professionnels de santé (URPS), qui contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, doivent à ce titre être associées aux projets SAS.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) jouent un rôle clé dans la structuration de l'offre de soins non programmés sur leurs territoires. Afin d'identifier et d'enrichir cette offre mobilisable par le SAS, il convient de veiller au partenariat entre le SAS et la ou les CPTS existantes. L'avenant 2 de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)-CPTS signé le 20 décembre 2021, va dans ce sens en conditionnant le financement des CPTS sur l'organisation des SNP à leur participation au SAS dès lors que ce service existe sur le territoire. Lorsqu'elles existent ou sont en projet, les Inter CPTS (plusieurs CPTS constituées en association sur un territoire) constituent un acteur privilégié pour le SAS.

Au-delà des CPTS et des URPS, l'ensemble des médecins généralistes potentiels effecteurs de SNP du territoire devront être associés au projet SAS (Conseil départemental de l'Ordre des médecins [CDOM], association de PDSA, association de MG, SOS médecins, etc.).

b. Le financement du SAS et des médecins libéraux

Le soutien financier prend deux formes :

En premier lieu, l'organisation du SAS sur le territoire est financée par le Fonds d'intervention régional (FIR), qui comprend principalement :

- La rémunération des OSNP ;
- Les charges administratives pour la filière MG (planning, locaux, etc.) ;
- La formation des médecins régulateurs et des opérateurs de soins non programmés ;
- Les charges indirectes liées à l'augmentation de personnel et d'activité au sein des locaux du SAMU (locaux, matériel, SI, etc.).

Le renfort en ARM nécessaires pour mettre en place le décroché commun est principalement financé par la MIG SAMU. Le FIR peut y contribuer à la marge.

Par ailleurs, des crédits d'amorçage sont versés en une fois aux nouveaux SAS pendant la phase d'accompagnement pour financer deux types de dépenses en prévision du lancement :

- Ingénierie de projet (sur le FIR) ;
- Outillage technique (sur le Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé [FMIS]).

En second lieu, les médecins généralistes qui participent au SAS bénéficient d'une valorisation financière.

La rémunération des médecins généralistes libéraux régulateurs et effecteurs qui réalisent des consultations orientées par le SAS, est prévue sur l'enveloppe ville.

Pour les médecins effecteurs, l'indicateur 8 du volet SAS de l'avenant 9 s'applique depuis le 1er avril 2022[2] ; l'indicateur 9 est suspendu depuis juillet 2022 et jusqu'à l'application du prochain avenant issu des négociations conventionnelles en cours[3].

Le forfait horaire de régulation médicale initialement fixé à 90 € par l'avenant 9 est quant à lui désormais fixé à 100 €/h et majoré de 20 % dans les départements et régions d'Outre-mer. Ces dispositions perdurent au moins jusqu'aux prochaines négociations conventionnelles.

V. Gouvernance et statut juridique

a. Une gouvernance équilibrée ville-hôpital est nécessaire

Il revient à la médecine générale du territoire de s'organiser, en priorité à travers les CPTS quand elles existent, mais également en tenant compte de l'ensemble de ses composantes (médecins de territoires sans CPTS, structures d'exercice coordonné, SOS médecins, associations de médecins régulateurs ou de PDSA, etc.) dans une représentation équilibrée. Dans certains territoires les dispositifs d'appui à la coordination peuvent également participer à cette gouvernance. Il appartient ensuite à la médecine générale de formaliser une organisation spécifique de sa filière, en veillant notamment à l'équilibre régulateurs-effecteurs.

[2] 1400 €/an si mise en visibilité de l'agenda du médecin.
[3] Pendant cet intervalle les consultations orientées par le SAS bénéficient d'une majoration de 15 €.

Afin de garantir le co-portage du SAS ville-hôpital, ainsi que la participation équilibrée des acteurs dans les capacités de décision et d'action, il convient de formaliser en commun l'organisation du SAS dans un document socle (convention ou groupement de coopération sanitaire [GCS]), qui précise ses instances de gouvernance et son projet organisationnel.

Le projet organisationnel peut porter sur l'organisation équilibrée du volet MG (médecins régulateurs et médecins effecteurs) et du volet AMU, et décrire le fonctionnement du SAS, notamment les relations entre professionnels intervenants au sein du service ou en collaboration avec lui.

La gouvernance rend nécessaire l'identification de référents dans chacune des filières afin d'identifier des interlocuteurs. Les modalités de désignation des référents de chaque filière devront être précisées dans le document socle.
Il convient de veiller à ce que l'instance décisionnelle du SAS soit articulée avec la direction de l'établissement de santé siège de SAMU. De la même manière, il convient de veiller à ce que les sujets communs, de l'organisation du service, du fonctionnement et du financement (répartition des financements de fonctionnement, hors rémunération des médecins), fassent l'objet d'un partenariat étroit entre l'établissement de santé et le SAS et donc entre les deux filières (convention).

b. Le statut juridique doit être issu d'une concertation locale

La forme juridique du SAS doit être réfléchie et définie par les acteurs locaux, porteurs de projet du SAS.

Concernant le « front office », l'objectif est de formaliser l'organisation de manière à intégrer les acteurs hospitaliers et libéraux de manière équilibrée, mais aussi d'assurer la qualité et la sécurité de ce service.

Deux suggestions peuvent être faites :

- **A minima, une convention entre les représentants des deux filières**, reliant chacun des acteurs, personnes physiques et morales participant à la plateforme SAS (médecins libéraux, médecins urgentistes et établissement de santé). La convention décrit les droits et les engagements des signataires. Le contenu de la convention visera notamment à définir le fonctionnement et l'organisation du front office, la place de chaque acteur, les instances de gouvernance qui devront être équilibrées, etc.
- **Un CGS** peut également être constitué ; cette forme juridique structurée s'organise autour d'une convention constitutive négociée par les futurs membres et signée par eux, approuvée par le directeur général de l'ARS[4].

Concernant la filière médecine générale, sa forme juridique doit permettre d'organiser la réponse aux besoins de soins non programmés des patients ayant appelé le SAS. À ce titre, la forme juridique à retenir devra permettre de recevoir un financement FIR, salarier les opérateurs de soins non programmés et le personnel administratif le cas échéant, ainsi que financer le matériel qui pourrait être utile ou les formations éventuellement nécessaires.

Au regard de ces éléments, **la forme associative** (loi de 1901) outil juridique souple, simple et répandu est la plus adaptée.

[4] L'approbation lui confère la personnalité juridique. La convention constitutive fixe notamment l'objet du groupement, la durée, les instances, les règles de décision et de votation, la fixation ou non d'un capital, les règles relatives aux personnels mis à disposition par les membres, les règles de financement. Le GCS est à caractère non lucratif et doit respecter le principe d'équilibre budgétaire.

VI. Autres points d'information

a. La communication

Dans cette phase de généralisation, avec un appui du niveau national pour la réalisation de supports, une communication doit être menée sous l'égide de l'ARS au niveau local auprès des professionnels (URPS, syndicats, ordres professionnels, sapeurs-pompiers, etc.). Une communication peut également être prévue en amont du lancement des projets, sur le rôle du SAS et ses liens avec les différents professionnels.

La communication nationale auprès du grand public sera réalisée dans un second temps.

b. Mise en place de protocoles de traitement des appels

Pour faciliter la procédure permettant de déterminer s'il s'agit d'une détresse vitale, d'une urgence ou d'une demande qui relève du soin non programmé, le principe de protocoles locaux d'aide à la décision peut être retenu. Les protocoles seront élaborés conjointement entre les médecins urgentistes et les médecins généralistes impliqués dans le projet pour cadrer la procédure permettant de déterminer le besoin du patient qui appelle le SAS. Ces protocoles devront être validés dans le cadre de la gouvernance du SAS, par les deux volets AMU et MG. Le nombre de questions devra être réduit au minimum afin d'assurer une orientation très rapide des appels (cible en 30 secondes) vers les filières et de maintenir les objectifs de performance du front office.

En cas de détection d'une urgence vitale (P0), l'ARM du front office traite l'appel et prend une fonction d'ARM AMU.

Il est vivement recommandé d'effectuer une rotation entre les ARM du front office et ceux du back office AMU afin de lutter contre le risque d'erreur (rotation régulière). Une démarche de conduite du changement menée par la Direction des ressources humaines est conseillée afin d'accompagner les ARM dans l'appropriation de leur nouveau rôle (notamment sur les implications induites par la mise en place d'un front office)[5].

c. Articulation avec les acteurs du transport sanitaire et les services d'incendie et de secours (SIS)

Afin d'assurer la prise en charge des patients et leur acheminement vers un lieu de soins compatible avec leur besoin de soins immédiat, le SAS doit prévoir au sein de ses instances de direction, de formaliser des modalités de dialogue avec l'association des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental et le SIS.

En outre, le SAS est articulé avec ces services, dans le cadre d'une interopérabilité téléphonique et informatique, dans le respect du secret médical. Des protocoles communs d'accès direct aux professionnels de santé de chaque filière pourront être définis conjointement entre le SAS, l'ATSU et le SIS.

[5] Recommandations du rapport *Pour un pacte de refondation des urgences*, 2019, p. 90.

Annexe 2

Check-list de lancement d'un SAS

Objet : ce document décrit les 6 conditions à privilégier pour qu'un SAS puisse être opérationnel et les 4 conditions supplémentaires cibles, donnant une liste de 10 conditions à remplir obligatoirement par un SAS pour fonctionner pleinement.

1) Six conditions à privilégier pour qu'un SAS puisse être opérationnel (check-list resserrée) :

GOUVERNANCE DU SAS

Condition n° 1 : une gouvernance définie et partagée entre le SAMU et la ville.
La gouvernance du SAS doit être décrite et d'ores et déjà mise en place au démarrage du SAS, ainsi que la comitologie associée (membres, calendrier des réunions…). Cette gouvernance associe impérativement les acteurs hospitaliers (SAMU, hôpital…) et les acteurs de la médecine de ville inclus dans le projet (Union régionale des professionnels de santé [URPS], Conseil national de l'Ordre des médecins [CDOM], association de permanence des soins ambulatoires (PDSA), association de médecine générale, communauté professionnelle territoriale de santé [CPTS] ou inter CPTS si elle existe…).

ORGANISATION DU SAS

Condition n° 2 : un ou plusieurs numéro(s) d'accès au *front office* SAS, lisible(s) pour les usagers : dans tous les cas le numéro d'urgence 15, ce dernier pouvant être couplé avec des numéros locaux pour les soins non programmés (116-117, actuel numéro PDSA, etc.) lorsqu'ils existent. Il s'agit ainsi du maintien des numéros existants.

Condition n° 3 : une régulation de médecine générale organisée en journée et des protocoles de redirection des appels entre les différentes filières.
Le SAS doit avoir mis en place une régulation libérale en journée la semaine et le samedi matin, portée par une organisation de médecins généralistes libéraux pouvant prendre diverses formes (association de médecine générale, association départementale pour l'organisation de la permanence des soins [ADOPS], association de médecins régulateurs de la PDSA…) dans les locaux du SAMU, dans des locaux dédiés ou à distance (en tenant compte des recommandations HAS 2011 sur la régulation médicale et du guide de qualité SAMU 2020). Le SAS doit donc disposer dès son lancement des moyens humains nécessaires pour assurer cette régulation (médecin régulateur libéral [MRL], OSNP…). Hors de ces horaires, la régulation MG s'appuie sur l'organisation existante de la régulation médicale de la PDSA *(cf. condition 6)*.
Les protocoles d'orientation des patients du front office vers les filières médecine d'urgence et soins non programmés doivent être formalisés et les ARM formés, afin de permettre une orientation très rapide des patients en fonction de leur situation médicale. Par ailleurs, pour les patients dont la situation sanitaire relève de la filière des soins non programmés, **ce protocole doit prévoir de s'assurer que les patients ont bien fait la démarche de contacter leur médecin traitant avant de contacter le SAS.**

ORGANISATION TERRITORIALE

Condition n° 4 : une articulation définie avec les acteurs de l'organisation territoriale de l'effection des SNP.
Le SAS doit être en mesure de diriger les patients vers des médecins généralistes (voire d'autres professionnels de premier recours pour les projets les plus avancés) disponibles pour des consultations en SNP, et doit aussi disposer d'une cartographie précise des effecteurs de SNP (MG intégrés dans les CPTS, SOS Médecins, MSP, cabinets de groupes, médecins isolés, etc.) du territoire grâce à l'appui de la plateforme numérique SAS. En outre, les modalités d'adressage et de prise en charge des patients doivent avoir été organisées entre le SAS et ces organisations.

OUTILS TECHNIQUES

Condition n° 5 : une capacité à absorber l'augmentation des appels.
Les outils de téléphonie doivent être dimensionnés et paramétrés pour être en mesure d'absorber l'augmentation des appels attendue :

- Capacités suffisantes en termes d'infrastructures ou de logiciel ;
- Mise en place d'un dispositif de supervision permettant de mesurer la charge des infrastructures.

Condition n° 6 : une bascule effective des appels entre les différentes filières.
Le renvoi des appels entre les filières médecine d'urgence et soins non programmés doit être effectif afin de rediriger les usagers entre les filières en fonction de leur condition médicale, sans interruption des appels.

2) Quatre conditions supplémentaires cibles pour que le SAS atteigne un fonctionnement optimal (check-list complète) :

ORGANISATION DU SAS

Condition n° 7 : un statut juridique défini à minima pour le front office du SAS
Les partenaires doivent avoir défini la forme juridique (convention, GCS, association, etc.) du SAS dans son périmètre complet et/ou des différentes composantes de celui-ci. Pour démarrer, les partenaires du SAS (SAMU et MG) doivent avoir *a minima* signé une convention établissant le fonctionnement du *front office*.

ORGANISATION TERRITORIALE

Condition n° 8 : une articulation définie avec les acteurs de la PDSA.
La régulation libérale du SAS et celle de la PDSA doivent être articulées afin d'éviter tout doublon, en particulier **en cas d'extension locale des horaires de PDSA** fixée par les cahiers des charges régionaux dans le cadre d'une expérimentation (démarrage à 18h ou 19h, samedi matin). Pour ce faire, les associations de PDSA et portant la régulation ambulatoire du SAS peuvent conventionner.

OUTILS TECHNIQUES

Condition n° 9 : une inscription des professionnels de la régulation et de l'effection sur la plateforme numérique nationale.
Il est demandé à l'ensemble des professionnels de s'inscrire sur la plateforme numérique SAS.

- Pour les **professionnels de la chaîne de régulation** (régulateurs et OSNP), ils doivent se créer un compte afin d'accéder à une offre élargie de médecins effecteurs. Les OSNP sont les profils qui seront les plus à même d'utiliser cet outil. Pour autant, nous invitons tous les médecins régulateurs à demander également cette création.
- Pour les **médecins effecteurs**, ces derniers doivent se créer un compte afin de renseigner leurs modalités de participation au SAS (remontée des créneaux, mise en visibilité de 2h, participation au SAS, etc.). Le choix de ces modalités est indispensable pour permettre l'enclenchement par l'Assurance maladie du forfait de rémunération associée (prévu par l'avenant 9 à la convention médicale).

PILOTAGE DE L'ACTIVITE

Condition n° 10 : une capacité à suivre les indicateurs d'activité proposés par la DGOS.
Les responsables du SAS doivent être en mesure de suivre et de remonter les indicateurs d'activité listés par la DGOS (*cf. annexe 3*).

Annexe 3

Liste des indicateurs d'activité à suivre et à remonter à la DGOS

Le suivi de l'évolution de l'activité et de la performance des SAS appelle à la production d'indicateurs de pilotage. La mise à disposition des indicateurs nécessite une formalisation initiale des requêtes statistiques afin d'automatiser leur production[1].

1. Un suivi mensuel des données dès lors que le SAS est officiellement considéré comme lancé :

- **Les porteurs de projet SAS** (régulations AMU et MG) sont invités : à suivre et à adresser chaque mois les indicateurs d'activité prioritaires à l'ARS **([tableau 1]).**
- **Les ARS doivent transmettre à la DGOS** ces données dans le cadre du comité de pilotage mensuel du SAS (COPIL DOS - DGOS)[2].

2. Un suivi des indicateurs PPG dans le cadre des politiques prioritaires du gouvernement réalisé par la DGOS. Les ARS et porteurs de projet SAS n'ont pas à recueillir directement ces données, elles seront restituées aux ARS notamment lors des COPIL DOS **([tableau 2]).**

3. Un bilan d'activité annuel devra être produit par chaque SAS chaque année et transmis à l'ARS. L'ARS devra ensuite communiquer ce bilan d'activité reprenant les indicateurs de suivi prioritaires et si possible complémentaires déclinés ci-dessous à la DGOS **([tableau 3]).**

Tableau 1 : les 6 indicateurs prioritaires à transmettre à la DGOS mensuellement (DGOS-SAS@sante.gouv.fr), notamment par le biais des COPIL DOS :

Indicateurs	Sources	Fréquence de recueil de la donnée
1) Nombre d'appels décrochés par le SAS	Outil SI/téléphonie SAMU	Mensuelle
2) Qualité de service 30s : (nombre d'appels décrochés <30 secondes) / (nombre d'appels décrochés)	Outil SI/téléphonie SAMU	Mensuelle
3) Nombre total de DRM créés par le SAS : **4) dont DRM AMU** **5) dont DRM ambulatoire**	Outil SI du SAMU (LRM)	Mensuelle
6) Nombre de conseils médicaux simples délivrés par la régulation ambulatoire *(indicateur PPG – seul indicateur PPG à recueillir directement au niveau des SAS)*	Tableau de suivi des orientations de la régulation ambulatoire (renseignement manuel)	Mensuelle/ou trimestrielle en fonction de la capacité du SAS à suivre la donnée

[1]
- *Lors de la première remontée d'indicateurs, la constitution d'une « base zéro » est nécessaire afin de permettre l'analyse des impacts engendrés par la mise en place du SAS. Celle-ci consiste en la récolte des indicateurs sur les 3 mois précédant le lancement opérationnel du SAS, et de ces trois mêmes mois en année 2019 (par exemple, un SAS qui se lancerait opérationnellement en juin 2022 devra récolter les indicateurs d'activité des mois de mars-avril-mai 2022, ainsi que des mois de mars-avril-mai 2019).*
- *Les horaires du SAS sont en journée et jour ouvrés, en complémentarité avec les horaires de PDSA.*
- *Le SAS est appréhendé dans sa globalité (premier décroché et les deux filières socles de second décroché AMU et MG) ; lorsqu'il s'agit de récolter les données uniquement de l'une ou l'autre des filières, cela est précisé.*

[2] **L'ARS doit transmettre à la DGOS les données à l'adresse suivante : DGOS-SAS@sante.gouv.fr**.

Tableau 2 : les 4 indicateurs PPG suivis au niveau national dans le cadre des politiques prioritaires du gouvernement (*vous n'avez pas à les collecter, ils sont directement recueillis par la DGOS et une restitution en sera faite aux ARS lors des COPIL DOS*) :

Indicateurs	Sources	Fréquence de recueil de la donnée
1) Nombre de consultations/orientation en ville prises par le SAS *(indicateur PPG)*	Plateforme numérique SAS	Mensuelle
2) Nombre de professionnels de santé effecteurs dans le SAS *(indicateur PPG)*	Plateforme numérique SAS	Mensuelle
3) Part de la population couverte par un SAS	DGOS/R2	Mensuelle
4) Nombre de SAS lancés	DGOS/R2	Mensuelle

Tableau 3 : les 23 indicateurs complémentaires qu'il faudra faire remonter si possible à la DGOS annuellement dans le cadre d'un bilan d'activité réalisé par chaque SAS :

Lorsque cela est possible, collecte d'indicateurs d'activité complémentaires	Source	Fréquence de recueil de la donnée
1) Nombre de DR : *un dossier est qualifié de dossier de régulation (DR) lorsqu'il regroupe l'ensemble des informations collectées, des mesures prises et du suivi assuré, à la suite d'une information à caractère médical, médicosocial ou sanitaire, portée à la connaissance du SAS (exemples : recherche d'une pharmacie de garde à la suite d'une prescription médicale ; trouble du sommeil ; problème social réorienté vers le 115 ; recherche du dentiste de garde ; information du CTA/Codis sans problème de santé, etc.)*	Outils SI du SAMU (LRM)	Annuelle
2) Nombre de conseils « aller aux urgences » délivrés	Tableau de suivi des décisions/orientations de la filière MG	Annuelle
3) Nombre de prescriptions médicamenteuses téléphoniques délivrées (*Cadre de référence HAS, Prescription Médicamenteuse Téléphonique (2009)*)	Tableau de suivi des décisions/orientations de la filière MG	Annuelle
4) Nombre d'appels au médecin traitant du patient	Tableau de suivi des décisions/orientations de la filière MG	Annuelle
5) Nombre de consultations chez un médecin prises aux horaires PDSA	Tableau de suivi des décisions/orientations des MG aux horaires de PDSA	Annuelle
6) Nombre de visites d'un médecin au domicile aux horaires de PDSA	Tableau de suivi des décisions/orientations des MG aux horaires de PDSA	Annuelle

7) Nombre de visites d'un professionnel de santé au domicile organisées par la filière MG du SAS	Suivi filière MG/PTF numérique SAS	Annuelle
8) Nombre de Rdv de téléconsultation pris par le SAS	Tableau de suivi des décisions/orientations de la filière MG	Annuelle
9) Durée moyenne des appels pris en charge par l'assistant de régulation médicale de front office	Outils SI/téléphonie SAMU	Annuelle
10) Durée moyenne des appels pris en charge par l'ARM N2 de la filière AMU	Outils SI/téléphonie SAMU	Annuelle
11) Durée moyenne des appels pris en charge par l'opérateur de soins non programmés de la filière MG	Outils SI/téléphonie SAMU	Annuelle
12) Durée moyenne des appels pris en charge par le médecin régulateur libéral	Outils SI/téléphonie SAMU	Annuelle
13) Durée moyenne des appels pris en charge par le médecin régulateur hospitalier	Outils SI/téléphonie SAMU	Annuelle
14) Nombre total de moyens opérationnels déclenchés par le SAS, c'est à dire par la régulation médicale des deux filières AMU et MG (aux horaires SAS c'est-à-dire hors horaires réglementaires de PDSA) : 15) **dont nombre de SMUR** 16) **dont nombre d'ambulances privées ;** 17) **dont nombre de VSAV déclenchés par le SAS dont VSAV par carence ambulancière ;** 18) **dont nombre de VSAV déclenchés en prompt secours par le CODIS.**	Pour la filière AMU : outils SI du SAMU (LRM)	Annuelle
19) Nombre total d'orientations prises par le SAS, c'est à dire par la régulation médicale des deux filières AMU et MG, suite au déclenchement de moyens opérationnels (aux horaires SAS c'est-à-dire hors horaires réglementaires de PDSA) : 20) **dont vers un établissement de santé (hors SU),** 21) **dont vers un service d'urgence,** 22) **dont vers des soins de ville,** 23) **dont laissé sur place.**	Pour la filière AMU : outils SI du SAMU (LRM)	Annuelle

Annexe 4

Présentation de la plateforme numérique nationale SAS et des parcours régulation et effection

1. Présentation de la plateforme numérique du SAS

La plateforme numérique SAS s'appuie sur sante.fr et est conçue autour **de deux fonctionnalités principales** :

- **Un annuaire national global exhaustif et de qualité, associé à un moteur de recherche** qui garantit une neutralité dans la recherche d'offre de soins : l'annuaire de la plateforme numérique SAS s'appuie sur l'annuaire sante.fr enrichi, fondée sur des bases de données nationales exhaustives (ROR, FINESS, SI « CPS » RPPS). Des travaux d'enrichissement et de montée en qualité de ces bases de données sont menés en étroite collaboration avec les ARS. Le moteur de recherche renvoie l'offre et les créneaux de disponibilités les plus adaptés aux besoins des patients selon un principe de neutralité. Les résultats renvoient les informations sur les 25 professionnels qui ont de la disponibilité dans les 48 heures. Il est possible ensuite de les afficher en fonction de la localisation géographique du professionnel et de la distance avec le patient, par disponibilité la plus proche ou de façon aléatoire.
- **Un service d'agrégateur de disponibilités de créneaux** : la plateforme numérique SAS a vocation à s'inscrire dans l'écosystème des outils métier déjà utilisés par les professionnels de santé (LRM, opérateurs de prise de Rdv en ligne…), sans les remplacer. Des travaux sont en cours autour de l'interopérabilité de la plateforme numérique SAS avec les outils professionnels ; ils ont notamment pour objectif d'agréger dans la plateforme numérique SAS l'ensemble des disponibilités issues d'autres outils professionnels (agendas partagés, outils de prise de Rdv en ligne, etc.) sans les remplacer.

Simple, modulable et adaptée aux besoins des professionnels, la plateforme s'adresse ainsi en particulier à 3 types d'utilisateurs :

Régulateurs, leur permettant d'orienter un patient vers une offre de soins non programmés	**Effecteurs,** leur permettant de prendre en charge un patient, en fonction de leurs disponibilités	**Administrateurs** (Pilotes SAS, ARS, DGOS, CNAM) leur permettant de gérer la plateforme SAS et pour la filière MG de piloter son activité

La plateforme numérique SAS n'est donc pas une plateforme de prise de rendez-vous mais bien une plateforme d'agrégation des créneaux disponibles. Plus précisément, seuls les créneaux disponibles sont remontés par l'agrégateur au sein de la plateforme. Il s'agira à date :

- Des créneaux grand public (hors créneaux réservés patientèle) ;
- Des créneaux professionnels (hors structures/CPTS).

La plateforme numérique SAS est homologuée SSI (sécurité des systèmes d'information) et a été réalisée en partenariat avec l'Agence du numérique en santé. Cette démarche d'homologation est un préalable à l'instauration de la confiance dans l'exploitation de la plateforme numérique SAS. Elle permet à un responsable de s'informer et d'attester aux utilisateurs que les risques qui pèsent sur eux, sur les informations qu'ils manipulent et sur les services qu'ils rendent ou dont ils bénéficient, sont connus et maîtrisés.

2. Présentation des modalités d'inscription et de connexion à la plateforme numérique SAS

La plateforme numérique SAS est accessible gratuitement à tout professionnel de santé.

a. Pour les effecteurs

Modalités d'inscription / de connexion à la plateforme : les médecins effecteurs peuvent se connecter à la plateforme numérique SAS avec leur compte Pro Santé Connect.

Dès lors que leur solution éditeur de prise de rendez-vous sera interfacée avec la plateforme, alors leurs créneaux disponibles (grand public et professionnel) seront automatiquement remontés au sein de l'outil, et ce, sans aucune manipulation de leur part. Tout effecteur pourra accéder à la plateforme, lui permettant de refuser la remontée automatique de ses créneaux disponibles, de rentrer manuellement des créneaux disponibles ou encore d'accepter de prendre des patients en dehors des créneaux visibles dans la plateforme numérique SAS. Tout effecteur sera également en capacité de faire une recherche au sein de la plateforme numérique, lui permettant d'orienter un patient vers un confrère. Pour autant, il ne sera pas en capacité de prendre le rendez-vous.

b. Pour les régulateurs

Modalités d'inscription / de connexion à la plateforme : le régulateur doit au préalable faire une demande de création de compte auprès de son ARS. Une fois que la demande est validée par le gestionnaire de compte, le professionnel (médecin régulateur, ARM ou opérateur de soins non programmés) peut alors se connecter sur la plateforme via login / mot de passe ou via son compte Pro Santé Connect en tant que régulateur.

Ainsi, une inscription est nécessaire afin de pouvoir accéder à l'offre de soins disponible sur un territoire donné. Dans le cadre des travaux en cours avec les éditeurs de prise de rendez-vous, il est prévu à terme de permettre à tout régulateur de bénéficier d'un compte, chez chacun des éditeurs interfacés avec la plateforme, afin de pouvoir prendre rendez-vous pour le compte du patient de façon la plus fluide possible.

3. Modalités de rémunération des effecteurs / régulateurs et lien avec la plateforme numérique

a. Pour les effecteurs

Afin de pouvoir bénéficier du forfait de rémunération décrit dans le volet SAS de l'avenant 9 à la convention médicale nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 25 août 2016, relatif à l'indicateur 8 du forfait structure (rémunération forfaitaire de 1400 euros /an), le médecin libéral conventionné doit respecter 2 conditions :

- S'inscrire sur la plateforme numérique et y donner de la visibilité sur son agenda. La régulation du SAS pourra alors, lorsque la plateforme sera pleinement opérationnelle et interfacée avec les éditeurs d'agendas, directement réserver un créneau disponible pour un patient nécessitant une consultation non programmée. Pour cela, 2 options :
    - Partager son agenda : concrètement, il suffit de ne pas cocher la case « Ne plus afficher mes créneaux éditeurs dans le SAS » (la case est décochée par défaut si le logiciel éditeur du médecin est interfacé) ;
    - Ou renseigner directement sur son espace personnel 2h minimum de disponibilités hebdomadaires. Les 2h minimum mises en visibilité ne constituent pas des créneaux réservés au SAS, elles sont aussi visibles sur les outils de prise de rendez-vous grand public et ouvertes à tout patient.

- Sur la plateforme, cocher la case « Je participe au SAS » pour accepter d'être directement contacté par la régulation SAS lorsque la plateforme indique qu'aucun créneau n'est disponible à proximité de l'appelant pour prendre des patients en sus des disponibilités mises en visibilité dans la plateforme numérique. Accepter d'être contacté n'oblige pas le médecin à accepter les demandes de la régulation SAS.

De plus, dans le cadre du SAS et au moins jusqu'à la conclusion des prochaines négociations conventionnelles, tout acte effectué par un médecin libéral à la demande du service d'accès aux soins (SAS), ou, si celui-ci est en cours de structuration, du service d'aide médicale urgente (SAMU) est majoré : les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés dans les conditions prévues par le a du 3° de l'article L. 4041-2 du code de la santé publique et les médecins salariés d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique bénéficient d'un supplément de rémunération pour tout acte de soins non programmés réalisé au profit d'un patient dont ils ne sont pas le médecin traitant dans les 48h après régulation par le SAMU/SAS, en dehors des horaires de la permanence de soins ambulatoire. Les consultations et actes pour lesquels ce supplément de rémunération est versé ne peuvent donner lieu à dépassement. Pour ce faire, après avoir été informés par l'OSNP par l'intermédiaire de la plateforme numérique SAS ou par téléphone, les médecins doivent renseigner le code acte « soins non programmés (SNP) » afin de tracer la consultation.

Les bordereaux, renseignés par l'équipe de la filières MG, pour le suivi des orientations vers la ville perdurent.
Il est en effet demandé à chaque SAMU/SAS de tenir un tableau à jour pour assurer le suivi et permettre une bonne orientation des patients. Ce tableau doit contenir les informations suivantes par médecin généraliste ou centre de santé :

Tableau de suivi du nombre de demandes de SNP orientées vers des médecins libéraux à la demande de la régulation du SAMU/SAS pour un patient hors patientèle médecin traitant

Date de soins	Nom médecin	Prénom médecin	Spécialité (MG ou autres spécialités)	RPPS	N° AM des médecins	Numéro FINESS géographique (si centre de santé)	Nombre de patients orientés
					9 caractères	9 caractères	

Ce tableau valant attestation de la structure de régulation devra être transmis mensuellement à l'ARS puis aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et aux caisses de la mutualité sociale agricole (MSA). Il servira pour la vérification *a posteriori* des facturations des médecins.

b. Pour les régulateurs

Dans le cadre du SAS et au moins jusqu'à la conclusion des prochaines négociations conventionnelles, la rémunération des médecins régulateurs au taux horaire de 100 € avec prise en charge des cotisations sociales est maintenue : les médecins régulateurs de la filière de médecine générale bénéficient d'une rémunération forfaitaire d'un montant horaire de 100 € pour assurer la régulation médicale au sein d'un service d'aide médicale urgente ou d'accès aux soins ; ce forfait est majoré de 20 % dans les départements et régions d'Outre-mer.

Les bordereaux, renseignés par la filière MG, perdurent pour le paiement des forfaits de régulations. Ils sont transmis mensuellement aux ARS qui les communiquent ensuite à la CPAM.

4. Présentation de la plateforme comme outil de pilotage

Pour répondre au besoin de pilotage et de rémunération des utilisateurs, **la plateforme numérique SAS disposera d'indicateurs de suivi** de l'activité par profil (DGOS, CNAM, ARS, CPAM, administrateur de compte, régulateur, effecteur, pilote SAS). Ces derniers permettront, au-delà du paiement par l'Assurance maladie, **de piloter l'activité de la plateforme numérique SAS** par territoire en fonction des profils (SAS, régional, national).

Ces indicateurs recouvrent à date 4 thématiques :

- Les indicateurs « d'orientation » (exemple : nombre d'orientations, typologie d'orientation…) ;
- Les indicateurs « d'offre de soins » / d'effection (exemple : nombre d'heures mises en visibilité…) ;
- Les indicateurs de « connexion au SAS » (exemple : nombre de connexions à la plateforme) ;
- Les indicateurs de « comptes utilisateurs du SAS » (ex : rôle, type de structure…).

Ainsi l'ensemble des profils (DGOS, CNAM, ARS, administrateur de compte, régulateur, effecteur, pilote SAS) aura la possibilité d'accéder au sein de la plateforme à son tableau de bord et à des données de pilotage. Par exemple :

- Un régulateur aura en visu le nombre d'orientations réalisées au niveau régional tout comme le nombre d'orientations réalisées au niveau de son SAS ;
- Un effecteur aura le nombre de patients qui lui a été adressé.

Par ailleurs, ils auront la possibilité d'exporter un fichier leur permettant d'avoir en visibilité l'ensemble des orientations réalisées :

- Date, heure, et numéro de téléphone du professionnel pour un régulateur ;
- Date, heure, et numéro de téléphone du régulateur / OSNP qui a adressé l'orientation.

5. Modalités d'accompagnement des futurs utilisateurs de la plateforme numérique SAS

Une foire aux questions, ainsi qu'un espace de formation dédié et régulièrement mis à jour en fonction des nouvelles fonctionnalités intégrées, sont accessibles directement depuis la plateforme numérique SAS. Pour chaque profil utilisateur, l'espace de formation met à disposition :

- Des guides utilisateurs détaillant l'ensemble des actions pouvant être réalisées depuis la plateforme (de la création et configuration d'un compte, jusqu'à la déclaration d'une anomalie) ;
- Des vidéos de démonstrations.

Lien vers l'espace de formation : https://sas.sante.fr/espace-de-formation-sas (*accessible avec un compte « effecteur » ou « régulateur OSNP »)*.

En complément, des webinaires de formation réguliers sont animés à destination des gestionnaires de comptes et référents territoriaux. Ces derniers sont accompagnés en tant que formateurs de la plateforme numérique SAS et sont chargés de l'embarquement et de la formation au niveau local.

Enfin, chaque utilisateur a la possibilité de remonter un dysfonctionnement ou de formuler une demande d'aide grâce au formulaire d'assistance, disponible à tout moment.

6. Présentation des travaux qui ont permis d'aboutir à la version actuelle

Depuis le mois de mars 2021, la plateforme numérique SAS est en service, permettant aux pilotes de tester l'environnement de travail et de se l'approprier. De façon continue, d'avril 2021 jusqu'à ce jour, la plateforme a été enrichie d'un ensemble de fonctionnalités sur la base :

- D'échanges avec les utilisateurs métiers (régulateurs, effecteurs et administrateurs) ;
- D'échanges avec les éditeurs pilotes (Clickdoc, Doctolib, Keldoc, Maiia, Maincare, Medunion urgences et Monmedecin.org).

a) Méthodologie pour développer les fonctionnalités de la plateforme numérique SAS

Afin d'identifier au mieux les besoins des utilisateurs et assurer une dynamique de co-construction, des réunions de travail ont été planifiées avec les futurs utilisateurs de la plateforme numérique SAS. Ces réunions mensuelles ont permis aux professionnels de santé de participer au développement de la plateforme.
Toutes les 5 semaines, l'objectif était de :

- Présenter les travaux prévus sur l'année à venir (fonctionnalités, interopérabilité, etc…) ;
- Réaliser une démonstration de la plateforme ;
- Echanger et valider sur les fonctionnalités à venir.

b) Méthodologie pour s'interfacer avec les éditeurs pilotes

Pour mener à bien ces travaux, une phase pilote a été lancée, s'appuyant sur 7 éditeurs (Clickdoc, Doctolib, Keldoc, Maiia, Maincare, Medunion urgences et Monmedecin.org), avec comme objectif d'initialiser l'interfaçage de leur solution avec la plateforme numérique.
Les travaux d'interopérabilité se sont donc déroulés tout au long de l'année 2021 avec pour objectif d'interfacer les éditeurs pilotes afin de remonter les créneaux disponibles dans la plateforme numérique SAS.

En parallèle, des travaux ont été menés afin d'encadrer juridiquement et financièrement l'interfaçage de la plateforme avec les éditeurs :

- **Un cadre juridique :** rédaction d'une convention en collaboration avec les équipes juridiques de l'ANS et les éditeurs pilotes visant à définir les modalités de travail avec l'ensemble des éditeurs ;
- **Un cadre financier :** identification des clients et des circuits de financement (FIR / FMIS) permettant de défrayer les éditeurs de la phase pilote.

La poursuite des travaux permettra de développer les fonctionnalités restantes et d'intégrer la plateforme numérique dans l'écosystème du SAS (LRM, éditeur de prise de rendez-vous…).

Annexe 5

Les fondamentaux de la mise en place de la régulation médicale téléphonique du SAS

La régulation médicale téléphonique du SAS s'organise autour d'un premier niveau de décroché commun à la filière d'aide médicale urgente et à la filière de médecine ambulatoire (N1).

Grâce à un système téléphonique opérant, cette régulation médicale téléphonique permet au Service d'accès aux soins d'assurer la gestion des appels sur le territoire, dans le respect des recommandations internationales des centres d'appels d'urgence.

La régulation médicale téléphonique de la filière de médecine ambulatoire est réalisée sur le site du SAMU ou à distance par des médecins généralistes, si les conditions d'exercice répondent aux exigences de sécurité et de qualité.

1) Principes directeurs

- S'appuyer sur la plateforme de régulation médicale téléphonique du SAMU sur le territoire (le financement de nouvelles plateformes n'intègre pas le modèle économique du Service d'accès aux soins) et un numéro disposant de toutes les fonctionnalités d'un numéro d'urgence au sens télécom du terme (obligation d'acheminement pour les opérateurs, gratuité pour l'appelant, démasquage et géolocalisation de l'appelant) ;
- Mettre en place des infrastructures de régulation médicale *in situ* et si besoin hors site proposant des fonctionnalités garantissant une même qualité de traitement des appels ;
- Utiliser des outils de supervision pour analyser la montée en charge des infrastructures et anticiper leur adaptation ;
- Utiliser des outils de mesure concernant les appels pour disposer de *reporting* sur la qualité de service (nombre d'appels entrants, taux de réponse, qualité de service, etc.) ;
- Respecter les recommandations des sociétés savantes en termes de qualité (par exemple, les recommandations livrées par le guide méthodologique de la HAS « SAMU : améliorer la qualité et la sécurité des soins », validé en octobre 2020 ;
- Respecter les recommandations relatives aux « antennes de régulation médicale » (HAS « Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale » 2011, page 24).

2) Mettre en place ou ajuster les infrastructures et outils de régulation médicale téléphoniques nécessaires

1. Choisir le numéro d'appel pour la régulation médicale téléphonique du SAS

a) Dresser un état des lieux de la régulation médicale téléphonique sur le territoire

Identifier les numéros d'appel utilisés sur le territoire pour accéder à l'AMU, à la PDSA et aux SNP (15, 116-117, PDSA, numéro CPTS, autre numéro local) et leurs modalités de régulation médicale.
Prendre contact avec les plateformes de régulation médicale locales via les administrateurs / opérateurs actuels.

b) Identifier le(s) numéro(s) retenu(s) pour la régulation médicale téléphonique du SAS et s'assurer de son acheminement vers la plateforme téléphonique de régulation médicale du SAS (front office)

Le(s) numéro(s) retenu(s) doi(ven)t respecter les caractéristiques d'un numéro d'urgence au sens télécom du terme (obligation d'acheminement pour les opérateurs, gratuité pour l'appelant, démasquage et géolocalisation de l'appelant).

2. Évaluer et mettre à niveau les infrastructures téléphoniques de régulation médicale

a) Évaluer les capacités des infrastructures

Mesurer la charge d'appels en temps normal et le niveau de charge des infrastructures existantes pour identifier les éléments de la chaîne de liaison à faire évoluer :

- Liaisons téléphoniques ;
- Équipements réseaux ;
- Autocommutateur (IPBX) ;
- Enregistreurs ;
- Logiciels de gestion de la téléphonie le cas échéant ;
- Logiciel de régulation médicale.

b) Mettre à niveau le cas échéant l'infrastructure téléphonique de la plateforme sur les différents éléments de la chaîne de liaison

c) Mettre en place ou vérifier l'existence de la supervision des infrastructures

Mettre en place les outils de mesure permettant d'adapter la capacité des composants de la chaîne de liaison des infrastructures téléphoniques de régulation médicale, avec l'aide des directions des systèmes d'information (DSI) et des données d'activité.

Annexe 6

Modèle de remontée par l'ARS d'un projet SAS faisant l'objet d'un accompagnement local

Les projets de SAS que vous envisagez d'accompagner doivent présenter d'une part des éléments tangibles d'une réflexion engagée par la communauté des acteurs, urgentistes et médecine générale, régulateurs et effecteurs et, d'autre part, des caractéristiques réalisables pour préfigurer une organisation de SAS opérationnelle d'ici mi-2023. Il s'agit en outre de respecter les principes incontournables décrits dans l'instruction et tenant compte des recommandations précisées en annexe 1.

Vous devez adresser le résumé des projets SAS que vous souhaitez accompagner à l'adresse suivante : DGOS-SAS@sante.gouv.fr.

I. Synthèse du projet

Nom du projet :

……

Les acteurs engagés dans le projet :
Médecine de ville :
Médecins urgentistes :
Établissement de santé :
Organisations professionnelles :

Descriptif global du projet :

II. L'existant sur le territoire

Dynamique entre la médecine de ville et le SAMU (décrire le dialogue préexistant, les partenariats engagés, les projets en cours)

- Participation des médecins libéraux à la régulation médicale :

- Organisation pour la réponse en soins non programmés :

Présence d'une organisation effective des soins non programmés, d'une CPTS ou d'un projet de CPTS en réflexion

Relations entre l'ARS et les porteurs de projet (déjà existantes ou à développer, de bonne qualité ou conflictuelles, etc.) ?

Outils locaux existants (prise de rendez-vous en ville notamment)

III. Le projet SAS en cible

Les autres acteurs identifiés susceptibles de participer au projet SAS

Description de l'organisation détaillée proposée par les porteurs de projet SAS :

- Localisation ;
- Formalisation d'une gouvernance partagée ;
- Réflexion initiée sur le statut juridique ;
- Stratégie d'organisation de l'offre d'effection en SNP ;
- …

IV. Les points forts

V. Les points de vigilance

Date estimée de lancement opérationnel du SAS (comprenant une régulation du front office et du back office et une effection de soins non programmés) :

…….