

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau du premier recours (R2)

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

NOR : SSAH2019817J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 28 août 2020. – Visa CNP 2020-71.

Résumé : appel à faire remonter des projets pilotes pour expérimenter le service d'accès aux soins, selon des principes indispensables et des attendus en termes d'organisation, de fonctionnement, d'outils techniques et de prestations. Cette instruction fait suite au Pacte de refondation des urgences de septembre 2019 et s'inscrit dans le cadre de la mesure 26 du Ségur de la santé conclu le 21 juillet 2020.

Mention outre-mer : le texte s'applique en l'état dans ces territoires.

Mots clés : service d'accès aux soins – offre de soins de ville – soins non programmés – aide médicale urgente.

Circulaire/instruction abrogée : néant.

Circulaire/instruction modifiée : néant.

Annexes :

- Annexe 1. – Recommandations permettant d'identifier des sites pilotes SAS.
- Annexe 2. – Fiche de proposition de site pilote SAS.
- Annexe 3. – Schéma organisation de la plateforme téléphonique du SAS vue patient.
- Annexe 4. – Liste d'indicateurs potentiels pour le suivi des pilotes du SAS.
- Annexe 5. – Fiche de poste de l'opérateur de soins non programmés (OSNP).

Le ministre des solidarités et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.

Le Ségur de la santé, lancé le 25 mai dernier et qui s'est conclu par des annonces fortes du ministre le 21 juillet 2020, fait de la simplification des organisations et du rassemblement des acteurs de la santé dans les territoires l'une de ses ambitions principales pour améliorer la réponse à l'utilisateur. Ainsi, sur le sujet de l'organisation territoriale de l'offre de soins, la concrétisation du service d'accès aux soins (SAS), initié dans le cadre du Pacte de refondation des urgences de septembre 2019, est un objectif majeur (mesure 26 du dossier de presse du 21 juillet 2020) avec notamment le lancement d'expérimentations sur des organisations mixtes ville-hôpital pour la prise en charge des appels des patients pour des besoins urgents ou non programmés.

La crise du Covid-19 a, en outre, conduit à la mise en place d'un certain nombre de dispositifs sur lesquels il s'agit maintenant de capitaliser pour donner une première concrétisation au SAS. Les outils nécessaires à son déploiement, appuyés sur une régulation médicale téléphonique accessible

par une porte d'entrée unique d'une part et une plateforme numérique d'autre part, doivent ainsi être rapidement mis en place pour envisager une phase de généralisation dès 2021 sur l'ensemble du territoire.

Pour ce faire, il s'agit désormais d'identifier des territoires pilotes, préfigurateurs du SAS, qui devront être opérationnels dès l'automne 2020.

La présente instruction décrit les principes incontournables en termes d'organisation territoriale et de services socles qui devront être respectés par les sites pilotes d'ici leur lancement. En complément, des recommandations destinées aux pilotes SAS sont présentées en annexe 1.

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, qui doit permettre à chacun d'accéder rapidement aux soins dont il a besoin. Il participe ainsi à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le SAS repose sur deux volets de base :

- une plateforme digitale (comprenant un site internet, une application) permettant d'accéder à une information précise sur l'offre de soins sur le territoire et de prendre rendez-vous rapidement chez un professionnel de santé ;
- la prise en charge unique des appels pour toute situation d'urgence ou pour tout besoin de soins non programmés, lorsque l'accès au médecin traitant n'est pas possible en première intention.

Il se traduit notamment par une plateforme téléphonique de régulation médicale, opérationnelle 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Elle permet, en fonction de l'urgence de chaque situation et des besoins des patients, d'obtenir une réponse adaptée pour des soins non programmés. Elle propose une orientation ou un conseil médical ou paramédical, la prise de rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 48 heures, l'accès à une téléconsultation, l'orientation vers un Établissement de santé ou l'engagement d'effecteurs auprès des patients.

Cette démarche associe ainsi la régulation médicale de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) historiquement réalisées dans les SAMU-Centres 15, et la régulation médicale de médecine générale pour les soins de ville non programmés, avec une régulation médicale par la médecine de ville en complémentarité de la régulation médicale hospitalière. Des expertises sanitaires complémentaires pourront intégrer le SAS dans le cadre d'une réponse transversale et coordonnée (ex : régulation médicale psychiatrique, pédiatrique, gériatrique, toxicologique, médico-sociale, etc.).

Articulation entre le choix des pilotes territoriaux et la plateforme digitale SAS

Des travaux sont actuellement menés au niveau national sur la plateforme digitale afin de mettre à disposition des pilotes cet outil d'ici l'automne.

La plateforme digitale constituera une brique essentielle du service d'accès aux soins (SAS). En écho à l'accélération du virage numérique en santé et aux nouveaux usages de la population, elle facilitera l'accès à l'information en santé et aux soins non programmés (médecins de ville, centres de régulation, CPTS, services d'urgences, soins infirmiers, etc.).

Elle permettra de gérer des situations de soins non programmés (SNP) en proposant d'accéder facilement et rapidement à des créneaux de prise en charge par tout type de professionnel de santé, dans un délai court (moins de 48h).

Elle s'appuiera sur des bases de données existantes sur l'offre de santé telles que le ROR et l'annuaire.sante.fr qui a pour vocation de référencer l'ensemble de l'offre de santé du territoire. Pour les professionnels de santé de toute spécialité, la plateforme digitale doit faciliter l'adressage d'un patient à une autre spécialiste ou à un organisme de prise en charge en proposant une visibilité exhaustive sur l'offre de soin du territoire et sur les créneaux de disponibilité réservés aux SNP. Pour ce faire, il est prévu que la plateforme digitale SAS intègre un moteur de recherche pour la prise de rendez-vous avec les professionnels du territoire, en lien avec les solutions de prises de rendez-vous utilisées par les professionnels. Elle ne se substitue ainsi pas aux outils mis en place au niveau local.

Il est prévu de mettre à disposition une première version de la plateforme digitale d'ici fin décembre, pour tester un certain nombre de fonctionnalités, comme l'agrégateur des plages de disponibilités et la qualité et l'exhaustivité des données sur l'offre de soins du territoire. Une articulation voire une intégration avec les outils locaux des sites pilotes retenus sera également prévue. Dans ce contexte, des organisations locales particulières préexistantes sont identifiées comme facili-

tantes pour le démarrage : mise en œuvre d'agenda partagé « régulation-ville » permettant pour la régulation médicale d'avoir une vision facilitée sur l'offre de soins disponible et de prendre rendez-vous en ville pour le compte d'un patient. La disponibilité d'outils de coordination e-parcours, du type réseau social centré patient, constitue également un atout, mais les organisations locales et le contexte régional (organisation des soins non programmés, dynamique CPTS, soutien et disponibilité du GRADeS et de l'ARS pour accompagner les acteurs) sont fondamentaux. L'intégration aux outils de coordination pourra donc être progressive.

II. – LES PRINCIPES INCONTOURNABLES

Les principes listés ci-dessous sont des conditions à remplir par les projets pilotes SAS. Certaines fonctionnalités complémentaires pourront en revanche venir compléter ces principes essentiels dans un second temps et tout au long du déploiement des pilotes.

II.1. L'organisation territoriale

Afin de permettre une appropriation rapide de l'organisation et des outils du SAS par les professionnels et les acteurs locaux concernés :

- tout projet devra être porté collectivement par le SAMU et des acteurs de la médecine de ville sous la forme d'un projet médical partagé ;
- les territoires sélectionnés devront avoir engagé une dynamique entre la médecine de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière (dialogue préexistant, partenariats déjà engagés) ;
- pour garantir l'effectuation des soins non programmés et la bonne articulation avec les objectifs de Ma Santé 2022, la présence sur le territoire d'une CPTS ou d'un projet de CPTS qui contribue à une organisation effective des soins non programmés, témoignant d'une dynamique territoriale, est nécessaire ;
- les territoires devront être dotés d'une organisation de la permanence des soins ambulatoires satisfaisante en soirée, week-end et jours fériés ;
- les territoires sélectionnés devront avoir engagé une dynamique entre le SAMU et les services de secours (dialogue préexistant, partenariats déjà engagés).

II.2. Les services socles

Des services minimums obligatoires qui devront être communs à tous les territoires, développés au sein des pilotes dès leur lancement et déployés ensuite à grande échelle lors de la généralisation, sont les suivants :

- une régulation médicale d'aide médicale urgente 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, avec si nécessaire une orientation vers un service d'urgence, le déclenchement possible d'un SMUR, du SDIS ou d'un transporteur sanitaire privé ;
- une régulation médicale de médecine générale 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en articulation avec la PDSA, avec la possibilité de prendre un rendez-vous en ville rapide (dans les 48 heures) pour le patient ;
- la délivrance de conseils médicaux par le médecin urgentiste ou le médecin généraliste de la régulation médicale (orientation vers une prise en charge adaptée, conseils, etc.) ;
- l'identification et l'orientation vers la pharmacie de garde présente sur le territoire.

II.3. Les modalités de suivi et d'évaluation des pilotes

Un suivi sera demandé aux pilotes sur la base des indicateurs quantitatifs et qualitatifs présents en annexe 4.

Une évaluation sera ensuite formalisée et diffusée en 2021, et permettra de tirer des grands enseignements et recommandations qui serviront de base à la généralisation.

III. – MÉTHODOLOGIE ET ÉTAPES POUR LA SÉLECTION DES PILOTES

La sélection des pilotes s’effectuera dans un calendrier ambitieux, se déclinant de la façon suivante :

- identification par les ARS de quelques territoires suffisamment matures pour préfigurer une organisation de SAS opérationnelle d’ici le mois d’ octobre et qui seront en capacité de satisfaire les principes incontournables d’ici le lancement en janvier 2021 ;
- transmission à la DGOS par les ARS pour le 30 septembre au plus tard d’un descriptif du ou des projets et d’un argumentaire permettant d’étayer leurs choix (pertinence du projet, ancrage territorial et partenariats existants, etc.) ;
- sélection de pilotes par la DGOS pour lancer dès l’automne les organisations sur les territoires retenus
- accompagnement par les ARS des sites pilotes.

La DGOS sera à disposition des porteurs de projet et des ARS pour accompagner la préparation de la mise en œuvre opérationnelle des pilotes SAS jusqu’à l’automne puis pour leur montée en charge progressive et enfin pour leur évaluation.

| CALENDRIER INDICATIF | |
|---|------------------------|
| Transmission de la note de cadrage aux ARS | été 2020 |
| Transmission par les ARS au ministère de propositions de projets pilotes | 30 septembre 2020 |
| Sélection de pilotes par le ministère | 15 octobre 2020 |
| Lancement de la construction de la plateforme digitale | septembre 2020 |
| Préparation des pilotes par les acteurs locaux (SAMU et ville), sous pilotage étroit des ARS, en lien avec le niveau national | novembre/décembre 2020 |
| Construction de la plateforme digitale, au niveau national et en articulation avec les outils locaux des sites pilotes | |
| Lancement opérationnel des pilotes, avec régulation médicale des appels effective et une première version de la plateforme digitale | T1 2021 |
| Réalisation d’un premier retour d’expérience sur les pilotes | T2-T3 2021 |
| Diffusion des modalités de la généralisation du SAS et permettant d’engager les travaux de préparation dans tous les territoires | automne 2021 |
| Généralisation du SAS | fin 2021/T1 2022 |

Il vous est demandé de transmettre les projets que vous aurez retenus, sur le modèle de la fiche de proposition de site pilote SAS (annexe 2) à la DGOS-Bureau R2 (boîte fonctionnelle DGOS-R2@sante.gouv.fr) pour le 30 septembre 2020 au plus tard.

Pour toute information complémentaire vous pourrez contacter à la DGOS bureau R2 : camille.brunat@sante.gouv.fr et nathalie.duparc@sante.gouv.fr.

Fait le 24 juillet 2020.

La secrétaire générale des ministères
chargés des affaires sociales,
S. FOURCADE

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l’offre de soins,
K. JULIENNE

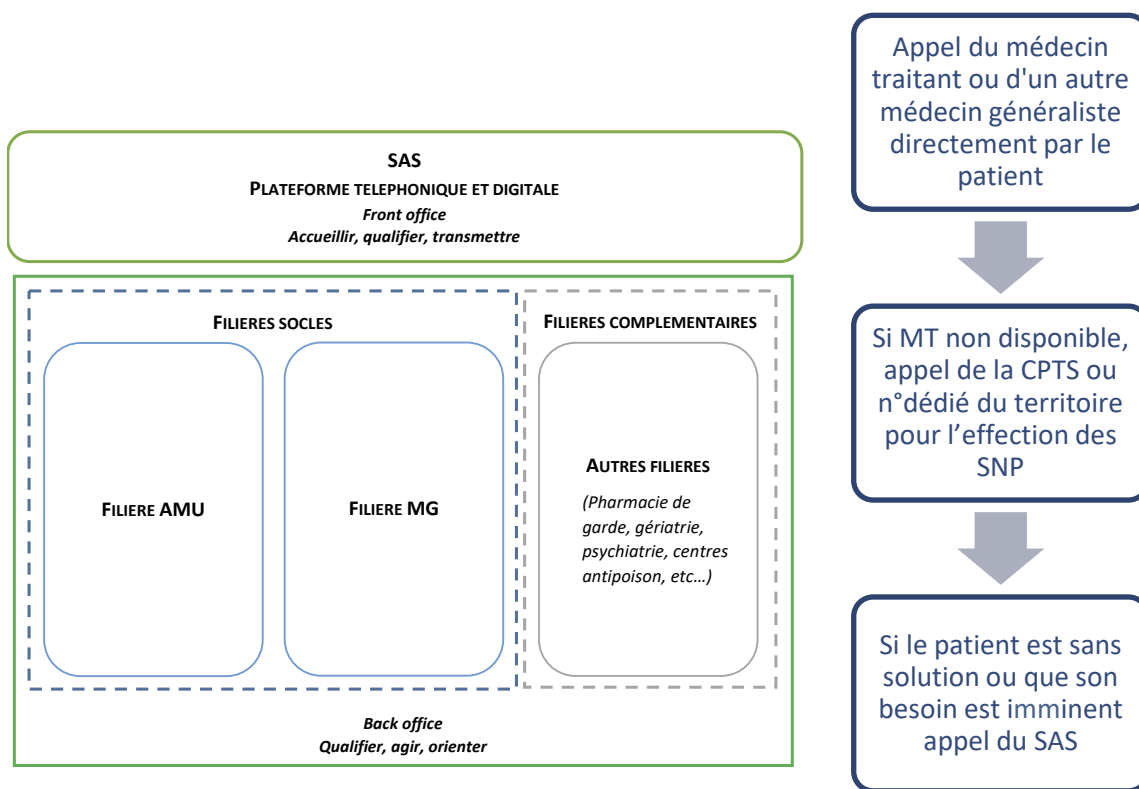
ANNEXE 1

RECOMMANDATIONS DESTINÉES AUX SITES PILOTES SAS

Un certain nombre de recommandations complètent des principes incontournables décrits dans l’instruction (II).

1. L'accès au SAS

L'accès au SAS devra reposer sur un numéro d'appel unique pour les patients. Cependant, si d'autres numéros d'accès locaux ont été mis en place pour l'accès aux soins non programmés (par exemple les CPTS, les MSP, etc.), ils pourront perdurer en parallèle. Le SAS n'a en effet pas vocation à se substituer au lien direct qui existe entre le patient et son médecin 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. Il répond également à l'urgence.



D'autres filières spécifiques (pharmacies de garde, kinésithérapie, gériatrie, psychiatrie, centre anti-poison, etc.) en plus des filières socles AMU et MG, pourront être ajoutées et venir étoffer les services du SAS selon les projets locaux.

2. Les aspects techniques

Afin de permettre leur lancement opérationnel en janvier 2021, il est recommandé que les sites pilotes 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 spécifiques de régulation médicale – (cf. 6 L'organisation interne du SAS)].

3. La localisation

Pour mémoire, la plateforme d'appels physique doit être dans un lieu identifié. Afin de permettre un véritable projet commun et un fonctionnement fluide contribuant à l'objectif de mieux travailler ensemble, les acteurs du SAS doivent pouvoir disposer d'un lieu physique commun sans que ce soit une obligation si l'objectif est satisfait avec une autre organisation basée sur la coopération entre les différents partenaires.

Ainsi, de manière à profiter des ressources existantes déjà présentes au sein des établissements de santé (immobilier, matériel, etc.), la plateforme de régulation médicale téléphonique du SAS pourrait être positionnée dans les locaux du SAMU. Si une autre plateforme téléphonique est déjà mise en place sur le territoire en dehors du SAMU, la plateforme SAS pourrait être basée dans ces locaux. Cependant les financements qui seront alloués aux SAS ne couvriront pas la création de nouvelles plateformes téléphoniques *ad hoc*.

En revanche, il devra être possible pour les médecins généralistes libéraux chargés d'effectuer la régulation médicale pour la filière MG de le faire à distance, en dehors des locaux du SAS, depuis les cabinets de ville par exemple.

4. Le périmètre géographique

La maille d'organisation et d'intervention du SAS pourra être départementale ou interdépartementale, ou encore selon les territoires qui sont les plus pertinents pour les acteurs.

Par ailleurs, il sera possible de faire fonctionner le front office et les filières du back office au même niveau territorial, ou de dissocier le périmètre géographique du front office de celui des filières. Ces dernières pourraient par exemple s'organiser à une maille inférieure (premier décroché supra-départemental, puis traitement des appels à un niveau départemental).

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 des pilotes, mais devra figurer dans le projet de santé de la structure.

Cela pourra prendre la forme, d'un point de vue organisationnel et technique, 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.

5. La gouvernance

Afin de garantir le co-portage du SAS par la médecine générale de ville et la médecine d'urgence hospitalière, ainsi que la participation équilibrée des acteurs dans les capacités de décision et d'action, il est recommandé de formaliser en commun dans un document socle (convention) l'organisation du SAS, ses instances de gouvernance et son projet de santé.

Le projet de santé partagé entre les deux parties, pourrait porter sur l'organisation équilibrée des volets MG et AMU et décliné 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 d'un responsable du SAS ainsi que des référents dans chacune des filières. Les modalités de désignation de ces responsables 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 conviendra de veiller à ce que les sujets communs, de l'organisation du service, du fonctionnement et du financement, fassent l'objet d'un partenariat étroit entre l'Établissement de santé et le SAS.

Dans tous les cas, il reviendra à la médecine générale de formaliser une organisation spécifique de sa filière, tenant compte notamment du statut des médecins libéraux qui interviendront dans le SAS.

6. L'organisation interne

a) Le front office et le back office¹

Il est recommandé que le front office assure le premier décroché de tous les appels et fasse un tri et une orientation très rapides vers différentes filières.

Les filières correspondent à des besoins de prise en charge différentes, elles constituent le back office. Deux filières socles apparaissent indispensables :

- l'aide médicale urgente (AMU) : la filière repose sur des assistants de régulation médicale (ARM) et des médecins urgentistes régulateurs (MUR) ;
- la médecine générale (MG) : la filière repose sur des opérateurs de soins non programmés (OSNP)² et des médecins généralistes régulateurs (MGR).

b) Le process de traitement de l'appel

Pour satisfaire l'objectif de réaliser un tri très rapide entre l'AMU et la médecine générale ambulatoire le front office aurait pour mission d'assurer :

- l'accueil initial des primo-appelants : « service d'accès aux soins, bonjour » ;
- 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 MG régulateur, qui peut être mise en attente sans risque pour le patient.

c) 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 pourrait être retenu. Si ce choix est fait, les protocoles seront élaborés conjointement entre les médecins urgentistes et les médecins généralistes impliqués dans le projet pour cadrer la procédure permettant de déterminer de quoi il s'agit. 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 maximum afin d'assurer une orientation très rapide des appels 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 garde l'appel et prend une fonction d'ARM AMU.

Il est recommandé d'effectuer une rotation des ARM au niveau du front office conformément aux bonnes pratiques afin de lutter contre le risque d'erreur.

d) Articulation avec les services d'incendie et de secours (SIS)

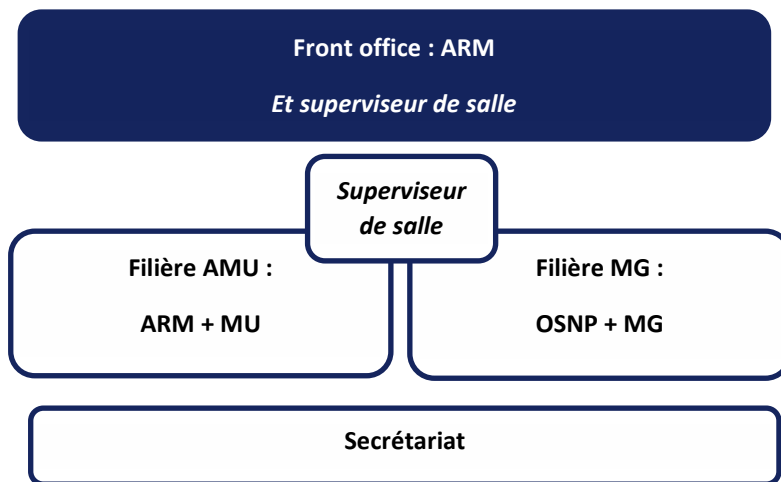
Afin de maintenir une bonne articulation avec les services d'incendie et de secours, il est recommandé que le SAS assure un accès direct des opérateurs du centre opérationnel départemental d'incendie et de secours (CODIS) et des sapeurs-pompiers en intervention. Ainsi les sapeurs-pompiers pourraient joindre directement l'ARM ou le médecin régulateur urgentiste, sans passer systématiquement par le front office. Des protocoles communs d'accès direct aux professionnels de santé de chaque filière pourront être définis conjointement entre le SAS et le SDIS.

Lors de la préparation des pilotes, puis dans la mise en place des instances de direction du SAS, il conviendrait de prévoir et de formaliser les modalités de dialogue avec le SDIS.

¹ Schéma d'organisation du SAS en annexe 3.

² Fiche de poste OSNP en annexe 5.

e) Les professionnels qui interviennent dans le SAS



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 de personnels faisant fonction d'OSNP à tout moment, qui pourront toutefois être mutualisés avec des ARM en période de faible activité ; la disponibilité d'au moins un médecin généraliste à tout moment, soit présent physiquement sur site, soit *via* une organisation à distance (régulation médicale à distance ou articulation territoriale entre SAS) ;
- la présence d'un superviseur de salle 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.

Au sein de la filière MG, l'OSNP dont les missions et les compétences sont détaillées en annexe 5, viendra en appui du médecin généraliste régulateur. Il sera chargé notamment :

- de poursuivre l'analyse de la demande du patient et la qualification de l'appel, l'ARM du front office n'ayant vocation qu'à effectuer un tri très rapide pour détecter l'urgence vitale mais pas à préciser la situation ;
- d'assurer les tâches administratives nécessaires à la régulation médicale : saisie de l'identité, des coordonnées du patient, etc. ;
- de donner des informations au patient (identification de la pharmacie de garde, etc.) et de détailler de premiers conseils donnés par le médecin généraliste ;
- de procéder à la prise de rendez-vous auprès d'un professionnel de ville, le cas échéant, après régulation médicale du médecin généraliste.

f) Outils numériques utilisés pour la régulation médicale au sein du SAS

Le front office, les OSNP et la filière AMU utiliseront le logiciel de régulation médicale du SAMU. Aussi, l'existence au sein du SAMU de solutions de gestion avancée de la téléphonie (bandeau téléphonique) adaptées aux besoins de l'organisation serait un élément facilitateur pour la mise en place du SAS.

g) Régulation à distance

Une solution de régulation médicale à distance opérationnelle et déployée auprès de la médecine libérale peut être mise en place. L'intégration de la solution de régulation médicale à distance dans le bandeau téléphonique SAS serait une fonctionnalité optionnelle souhaitable selon les organisations métier mais non obligatoire pour le pilote. Un temps présentiel au sein du SAS est une des organisations possibles pour le MG régulateur dans une perspective de partage et d'articulation avec les professionnels présents au sein du SAS.

7. Le lien du SAS avec les professionnels de ville pour assurer une réponse pour la réalisation des consultations non programmées

a) Le lien avec les médecins libéraux pour l'effection des soins non programmés

Les CPTS sont un élément clé de la structuration de l'offre de soins non programmés sur les territoires. Afin d'identifier et d'enrichir l'offre de SNP mobilisable par le SAS, lorsqu'une CPTS existe ou est en projet sur le territoire, il conviendra de veiller au partenariat entre le SAS et la ou les CPTS existantes.

Il est également recommandé de formaliser des partenariats avec tout autre type d'acteur pertinent du territoire : SOS médecins, MSP, etc.

En l'absence de CPTS assurant une structuration et une mise en visibilité des soins non programmés, il convient que les acteurs du SAS se mettent en capacité de connaître les dispositifs de réponse ambulatoire (plages disponibles de consultations en cabinet libéral, MSP, centres de santé, fonctionnement des MMG, disponibilités d'autres professionnels de santé tels que les chirurgiens-dentistes, IDE, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.) afin de rendre visible cette offre de soins présente sur le territoire.

La plateforme SAS pourra aussi renvoyer vers la garde de la permanence des soins ambulatoires sur les plages horaires réglementaires.

b) Outils numériques utilisés pour la prise de rendez-vous en ville

Les sites pilotes SAS pourront utiliser la plateforme digitale SAS qui sera opérationnelle pour leurs territoires d'ici au lancement au 1^{er} trimestre 2021. Elle leur donnera un accès unique aux différents sites de prise de rendez-vous en ligne.

Pour les territoires qui ont mis en place des outils locaux particuliers pour la prise de rendez-vous en ville (agenda partagé, etc.) ou utilisés pour les soins non programmés (ex. : Entr'actes), un travail sera fait avant le lancement des pilotes pour étudier les besoins d'intégration avec la plateforme SAS.

8. Autres points d'information

a) Le statut juridique

La forme juridique du SAS doit être réfléchi et définie par les acteurs locaux.

Concernant le niveau « front office », l'objectif est de formaliser l'organisation de manière à intégrer les acteurs hospitaliers et libéraux de manière équilibrée et dans le respect de leur statut.

À ce stade, deux suggestions peuvent être faites :

- un dispositif conventionnel, reliant chacun des acteurs, personnes physiques et morales participant à la plateforme SAS (médecins urgentistes, médecins libéraux, Établissement de santé notamment). La convention contient des droits et des obligations qui engagent les signataires. Elle permet de s'adapter aux réalités locales. 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, dont le principe d'un projet médical partagé comportant un volet sur la gestion des risques qui serait joint à la convention. L'ARS peut être signataire comme gage du bon fonctionnement du dispositif ;
- un groupement de coopération sanitaire (CGS) : Cette forme juridique structurée s'organise autour d'une convention constitutive, négociée par les futurs membres, signée par eux et approuvée par le directeur général de l'ARS. L'approbation lui confère la personnalité juridique. La convention constitutive fixe notamment l'objet du groupement, la durée, les instances (*a minima*, un administrateur et une assemblée des membres), 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 (les membres participant aux charges de fonctionnement).

Concernant la filière « médecine générale » du back office, sa forme juridique doit permettre d'organiser une réponse en matière de régulation médicale des appels de patients, de les informer et de les réorienter dans le système de soins et plus précisément vers les médecins en capacité de répondre à des demandes de consultations de soins non programmés. À ce titre, la forme juridique à retenir devra permettre de salarier les opérateurs de soins non programmés, un ou des personnels administratifs chargés notamment de rédiger les contrats de travail et de toutes démarches administratives, de financer le matériel qui pourrait être utile et les formations éventuellement nécessaires.

Au regard de ces éléments, la forme associative (loi de 1901) pourrait être adaptée. L'association est un outil juridique souple, simple et répandu. Elle est à but non lucratif. En vertu du principe de liberté d'association, le contenu des statuts d'une association est librement rédigé par les membres. Elle a la personnalité morale et la capacité juridique (possibilité d'agir en justice, de posséder un patrimoine). Les conditions d'adhésion, les modalités de fonctionnement et les conditions de défraiement des adhérents sont des exemples d'éléments qu'il convient de développer dans les statuts associatifs. Les statuts devront prévoir l'établissement d'un budget annuel, des états financiers ou des comptes et des conditions de transmission de ceux-ci aux membres avant d'être soumis à l'assemblée générale pour approbation. Pour leur bon fonctionnement, les associations peuvent bénéficier de ressources en nature (mise à disposition d'un local par exemple) et/ou de ressources financières (cotisations, subventions, dons manuels). Au plan fiscal, il convient de noter que la franchise des impôts commerciaux est maintenue tant que l'association respecte trois conditions cumulatives : la gestion désintéressée, la prépondérance significative des activités non lucratives et le montant des recettes d'exploitation encaissées au cours de l'année civile au titre des activités lucratives ne doit pas excéder 72 000 €. L'association doit respecter le principe d'égalité (un motif d'intérêt général, une différence de traitement fiscal proportionnée et en rapport avec les motifs d'intérêt général qui la justifient et des critères objectifs et rationnels pour définir le périmètre d'une dérogation fiscale) ainsi que la réglementation européenne relative aux aides d'État.

b) Le mode de financement

Le modèle de financement du SAS sera précisé à la rentrée d'automne (montants, modalités de calibrage, vecteur de financement). Il visera notamment à prendre en charge le financement :

- de la rémunération des médecins généralistes libéraux régulateurs ;
- des rémunérations des OSNP ;
- des charges indirectes liées à l'augmentation de personnel et d'activité au sein des locaux du SAMU (locaux, matériel, SI, etc.) ;
- des renforts ARM nécessaires pour mettre en place le front office ;
- de la formation des médecins régulateurs ;
- des charges administratives pour la filière MG (planning, etc.).

Pour information, la rémunération des effecteurs de soins non programmés relève du champ conventionnel avec l'assurance maladie.

c) La communication

Le SAS doit devenir un réflexe pour les professionnels et les usagers.

Avec un appui du 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, etc.) et en lien avec eux : en amont du lancement des pilotes, sur le rôle du SAS et ses liens avec les différents professionnels ;
- auprès du grand public : sur le numéro d'appel, le rôle du SAS et la date de lancement effectif du projet pilote.

Une communication nationale sera faite à destination du grand public et des professionnels au moment de la généralisation.

ANNEXE 2

FICHE DE PROPOSITION DE SITE PILOTE SAS

À retourner par les ARS à la DGOS pour le 30 septembre 2020

Les projets proposés par les ARS doivent être susceptibles de respecter les principes incontournables et les attendus décrits dans la note de cadrage à l'horizon d'octobre 2020, pour leur mise en œuvre opérationnelle comme pilotes SAS. Ils pourront également prendre en compte les recommandations précisées en annexe 1. Pour permettre la sélection par le ministère chargé de la santé d'une dizaine de projets (maximum 15), il vous est demandé de bien vouloir renseigner les éléments ci-dessous. Pour les sites retenus comme pilotes SAS, des échanges ultérieurs auront lieu avec les ARS pour mieux préciser le projet et la situation locale. Le ministère chargé de la santé sera attentif à la répartition nationale.

Identification du projet porté régulation-ville :

PARTIE I : SYNTHÈSE DE LA CANDIDATURE

Descriptif global du projet :

Argumentaire en faveur du projet : implication des acteurs, niveau de maturité, etc.

Autres points forts du projet

PARTIE II : L'EXISTANT SUR LE TERRITOIRE

Dynamique entre la médecine de ville et le/les 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

- Autre

Dynamique entre le SAMU et les services de secours : décrire le dialogue préexistant, les partenariats engagés, les projets en cours

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

Oui Non

Précisez :

Volets fonctionnels et techniques :

- Existence d'une solution de régulation médicale à distance opérationnelle et déployée auprès de la médecine libérale :

Oui Non

- Outils locaux existants : Quels sont éventuellement les outils locaux existants pour la prise de rendez-vous en ville (agenda partagé, etc.) ou utilisés pour les soins non programmés (ex. : Entr'actes) pouvant être intégrés à la plateforme SAS ?

PARTIE III : LE PROJET PILOTE SAS EN CIBLE

Portage du projet : Qui est à l'initiative du projet ? Quelle est l'implication des SAMU et de la médecine de ville dans l'élaboration et le pilotage du projet ?

Maille territoriale du projet : À quel niveau territorial le SAS projeté serait-il organisé (organisation départementale ou supra-départementale) ? Y a-t-il un projet d'articulation entre plusieurs plateformes SAS (notamment en nuit profonde) ?

Description de l'organisation détaillée proposée pour le pilote SAS :

- localisation ;
- parties prenantes (CPTS, filières...) ;
- effectifs prévisionnels ;
- moyens mis en œuvre pour faire face à l'afflux d'appels (surcapacité initiale, modalités de montée en charge...) ;
- ...

Volets fonctionnels et techniques : Quels sont les prérequis et fonctionnalités qui seront mis en place à horizon octobre 2020 ?

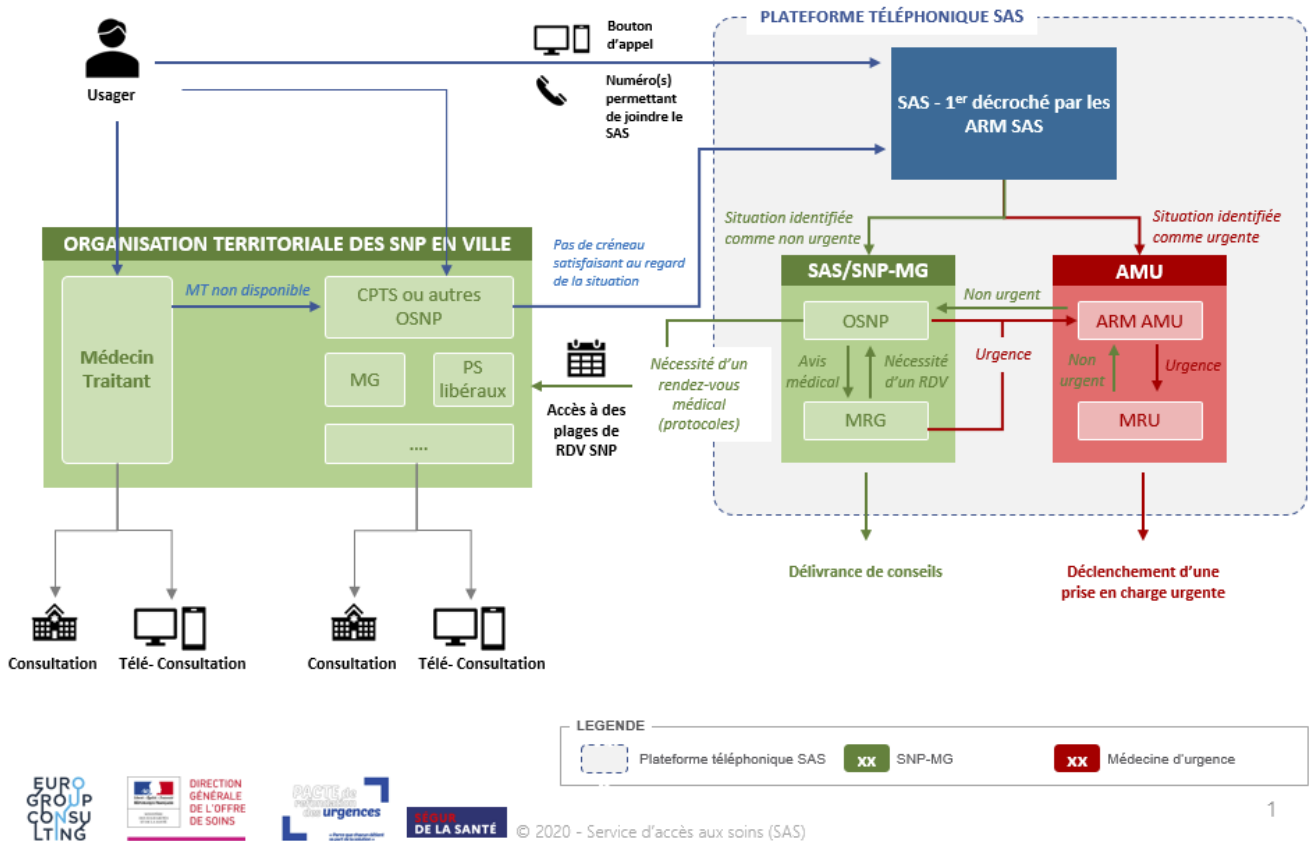
Temporalité : Quels sont les grands jalons de mise en place de l'organisation décrite ci-dessus et leurs temporalités ?

Budget : Préciser le coût estimé des postes principaux de la mise en place et du fonctionnement de cette organisation ?

Indicateurs de suivi des pilotes (Annexe 4) : Quelles sont les modalités (techniques, organisationnelles...) de suivi des indicateurs qui seront mise en place ?

ANNEXE 3

ORGANISATION DE LA PLATEFORME TÉLÉPHONIQUE DU SAS VUE DU PATIENT



ANNEXE 4

LISTE D'INDICATEURS POTENTIELS POUR LE SUIVI DES PILOTES DU SAS

Les sites pilotes du SAS devront permettre de tester le dispositif dans ses dimensions techniques et organisationnelles, ainsi que d'évaluer l'adhésion des usagers et l'amélioration des parcours patient. Dans cet objectif un ensemble d'indicateurs sera suivi pendant toute la durée des pilotes. Ce suivi doit permettre d'identifier les points forts du dispositif ainsi que les points à améliorer en amont de la généralisation du SAS.

Les indicateurs identifiés à ce stade se répartissent en quatre catégories complémentaires décrites ci-dessous. À noter que ces dernières, ainsi que la liste des indicateurs associés, pourront évoluer d'ici au lancement des pilotes en fonction des besoins.

Certains indicateurs devront être renseignés par les sites pilotes selon le calendrier indiqué dans l'instruction.

Première catégorie : usage des outils d'orientation et de régulation

Le SAS a pour objectif de mieux orienter les citoyens sur une prise en charge adéquate en fonction du niveau d'urgence médicale. Le rôle d'orientation/régulation constitue donc un point essentiel. À ce titre, il sera indispensable de mesurer pour les pilotes les éléments d'usage et de fréquentation des outils d'orientation et de régulation.

À titre d'exemples, les indicateurs suivant pourront être suivis :

- fréquentation du « portail d'orientation » de la plateforme SAS (plateforme nationale) ;
- fréquentation des solutions locales d'orientation en ligne (si existants, notamment dans le cadre des projets e-parcours) ;
- utilisation des fonctionnalités de prise de RDV en ligne de la plateforme nationale et des solutions locales ;
- augmentation des appels sur les plateformes de régulation téléphonique utilisées par le site pilote et typologie d'appels associés (informations, orientation vers la médecine de ville, orientation vers la médecine d'urgence hospitalière, réorientation éventuelle entre ces organisations...) ;
- ...

Deuxième catégorie : intégration de la médecine de ville au SAS

Le SAS repose sur un renforcement de l'intégration de la médecine de ville à la permanence des soins ambulatoire, que ce soit à travers les CPTS ou l'ensemble des dispositifs permettant la prise en charge de soins non programmés. Il sera donc essentiel de mesurer la réalité sur les territoires pilotes de cette intégration.

À titre d'exemples, les indicateurs de suivi pourront être les suivants :

- nombre de RDV réalisés par la médecine de ville dans un parcours « SAS » ;
- nombre de structures mobilisées au sein de la médecine de ville dans le territoire pilote ;
- nombre de créneaux disponibles proposées par la médecine de ville à disposition du SAS ;
- modalités de participation de la médecine de ville à la régulation ;
- ...

Troisième catégorie : fonctionnement effectif du SAS dans le territoire pilote

Le SAS doit contribuer à une plus grande rapidité et une plus grande fluidité du parcours de soins des usagers en situation d'urgence. Il s'agit ainsi de pouvoir estimer si la mise en œuvre du SAS permet cette plus grande fluidité ou si un effet d'engorgement temporaire dans les territoires pilotes peut être observé.

À titre d'exemples, les indicateurs de suivi pourront être les suivants :

- taux de décroché avant et après la mise en place du SAS dans le territoire pilote ;
- durée d'attente sur la régulation téléphonique assurée par la médecine de ville ;
- fréquence des visites et nombre de visiteurs uniques sur la plateforme et durée de la visite (et nombre de pages consultées) ;
- ...

Quatrième catégorie : impact sur l'accès aux soins de la population

L'ensemble du dispositif du SAS doit permettre d'assurer un meilleur accès à des soins d'urgence de qualité à la fois au sein de la médecine hospitalière et de la médecine de ville. Il s'agira donc à terme de pouvoir mesurer cette capacité du SAS à mieux orienter les usagers dans l'offre de soins d'urgence.

Dans la temporalité des pilotes, cette catégorie semble difficile à mesurer de façon pertinente. Il est donc proposé de ne pas retenir d'indicateurs sur cette catégorie dans un premier temps.

ANNEXE 5

FICHE DE POSTE OSNP

| | |
|-----------------------------|--|
| Identification du poste | Cette fiche de poste concerne les opérateurs de soins non programmés relevant du volet de médecine ambulatoire qui exercent au sein du SAS doté du numéro unique. |
| Caractéristiques du service | <ul style="list-style-type: none"> - Le service est ouvert 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. - Le poste d'OSNP est pourvu au minimum sur des horaires de journées permettant de garantir une présence. - Travail dans un milieu clos, bruyant, stressant et nécessitant des capacités d'attention soutenue. - Importantes fluctuations d'activités. |
| Liaisons hiérarchiques | Médecin responsable du volet médecine ambulatoire. |
| Relations fonctionnelles | <p>Interne au service :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médecins régulateurs généralistes ; - ARM (« front office » et AMU) ; - médecins régulateurs urgentistes ; - assistante sociale ; - IDE/IPA ; - secrétaires de la CPTS/du SAMU. <p>Externe au service :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accueil du volet SNPA : CPTS, MSP, MMG, centre de santé : <ul style="list-style-type: none"> - coordination ambulancière ; - services d'hospitalisations, autres hôpitaux, cliniques ; - ambulanciers ; - médecins extérieurs libéraux (généralistes, spécialistes) ; - EHPAD, maisons de retraites : <ul style="list-style-type: none"> - police, gendarmerie ; - professionnels libéraux : IDEL, kinésithérapeute. |
| Missions générales | <ul style="list-style-type: none"> - Accueillir les appels téléphoniques dans un contexte de demande de soins non programmés ou de conseil médical. - Prioriser l'orientation vers le médecin régulateur de la PDSA. - Gérer les flux et les moyens définis par le médecin régulateur, en assurant la traçabilité jusqu'à la fin de la prise en charge du patient. |
| Activités | <ul style="list-style-type: none"> - Accueillir téléphoniquement, recueillir les coordonnées, déterminer le motif de l'appel. - Orienter l'appel vers le médecin régulateur généraliste. - Envoi d'un effecteur : médecin en visite à domicile ou en consultation à son cabinet, IDEL, kinésithérapeute... - Demande d'envoi d'une ambulance privée aux ARM du SAMU ou à la coordination ambulancière. - Transmettre à l'appelant les coordonnées (pharmacie de garde, dentiste, kinésithérapeute de garde, maison médicale...) en respectant les procédures. - Organiser la prise de rendez-vous (agendas partagés). - Aider à la mise en œuvre des téléconsultations. - Gérer la clôture administrative des dossiers. - Participer à la mise à jour de bases de données. |
| Compétences requises | <p style="text-align: center;">SAVOIR</p> <ul style="list-style-type: none"> - connaissances des organisations hospitalières et extrahospitalières et plus particulièrement l'organisation de la réponse aux DSNP (CPTS) ; - connaissance des réseaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux (PTA) ; - notion sur l'organisation de l'AMU ; - maîtrise de la géographie et topographie du secteur sanitaire. <p style="text-align: center;">SAVOIR-FAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> - maîtriser les outils informatiques (métier) et de téléphonies avancées ; - maîtrise des techniques de communication à distance ; - maîtrise de la bureautique ; - capacité à réagir rapidement face à des événements et à des imprévus, en hiérarchisant les actions en fonction de leur degré d'importance. <p style="text-align: center;">SAVOIR-ÊTRE</p> <ul style="list-style-type: none"> - courtoisie et politesse ; - empathie et non-jugement ; - calme ; - capacité d'écoute et de concentration ; - disponibilité ; - réactivité, dynamisme, motivation, rigueur ; - adaptation face au stress. |