



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS (SAS)

RETOUR D'EXPÉRIENCE
DES 20 PREMIERS SAS LANCÉS

2nd semestre 2021 | 1^{er} semestre 2022

Sommaire

1. Les SAS pilotes en fonctionnement ont pu compter sur une gouvernance équilibrée ville-hôpital et la formalisation d'un lien juridique de type conventionnel par les acteurs pour la majorité d'entre eux.	6
2. Malgré une augmentation des appels de 24% en moyenne à la suite du lancement des SAS, cet afflux est absorbé de manière satisfaisante lorsque l'articulation premier décroché – second décroché par les filières est optimisée.....	11
3. En effecton, tous les médecins du territoire sont appelés à participer au dispositif et le rôle des CPTS et des structures d'exercice coordonné est essentiel. A terme, les filières spécialisées devront se développer selon les besoins du territoire.....	21
4. A l'issue de la phase pilote, la plateforme numérique est confirmée comme un outil susceptible de garantir une participation du plus grand nombre d'effecteurs potentiels, de fluidifier l'accès à des soins non programmés en ville et de suivre l'activité des SAS au jour le jour.	26
Annexe 1 – Recommandations opérationnelles.....	29
Annexe 2 - Méthodologie du retour d'expérience	33
Annexe 3 – Annexe 3 de l'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.....	37
Annexe 4 - Annexe 2 de l'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.....	41
Annexe 5 - Cartographie des SAS pilotes	44

Introduction

Présentation du service d'accès aux soins (SAS)

Instauré par la loi du 26 avril 2021¹, le SAS doit permettre à chacun d'accéder, via un simple appel, à des soins urgents nécessitant une prise en charge rapide et à des soins non programmés nécessitant un rendez-vous en ville sous 48h, ou encore à un conseil en santé, sur régulation téléphonique et selon son besoin. Il vise ainsi à offrir à la population une prise en charge plus lisible et coordonnée entre la médecine de ville et les établissements de santé afin notamment de limiter les recours aux urgences évitables, recentrer le personnel des structures des urgences sur leur cœur de métier et améliorer l'accès aux soins non programmés en ville.

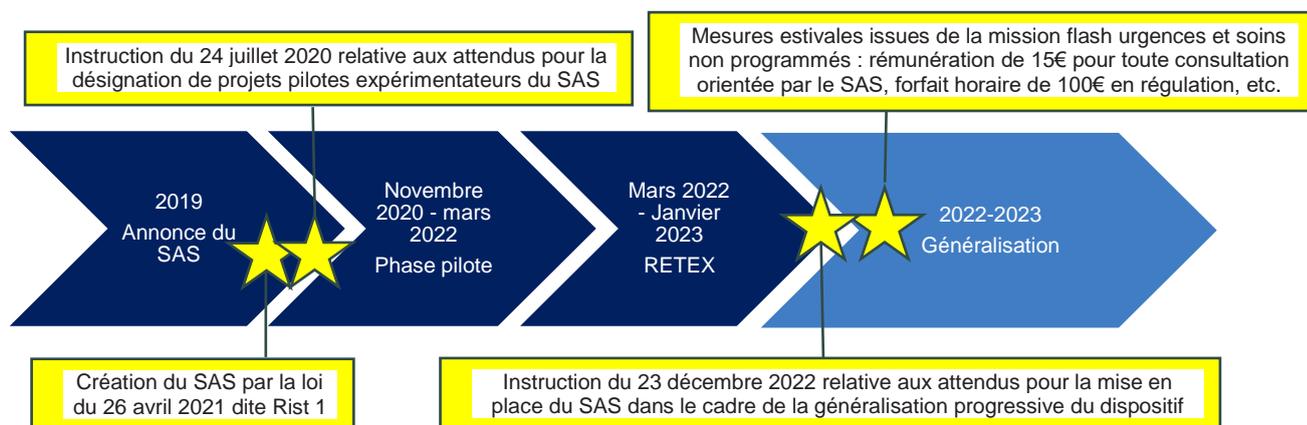
Le SAS se fonde sur un premier décroché qui consiste en une qualification commune des appels, assuré par un assistant de régulation médicale qui identifie, priorise et oriente l'appel pour une prise en charge sans délai dans les situations d'urgence vitale, vers le service d'aide médicale urgente lorsque la demande relève d'un besoin de soins urgents, vers la régulation de médecine ambulatoire lorsque la demande relève d'un besoin de soins non programmés. Le SAS a vocation à devenir le pivot de l'organisation de l'accès aux soins non programmés en cours de refondation, sans se substituer à un recours préalable au médecin traitant ou une alternative directe en ville, notamment via les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Il s'appuie sur une plateforme numérique nationale à destination des professionnels régulateurs et effecteurs et son déploiement rapide sur l'ensemble du territoire fait désormais partie des politiques prioritaires du gouvernement.

Dans un contexte de tensions structurelles extrêmement fortes sur la demande de soins de premier recours, l'importance du déploiement rapide du SAS a été réaffirmée à l'été 2022 dans le cadre de la mission flash pour les urgences et les soins non programmés. Plusieurs mesures de cette mission se sont appuyées sur sa mise en œuvre dans les territoires pilotes. Sa généralisation est un enjeu déterminant pour appuyer la réorganisation de l'accès à une offre de soins non programmés mieux adaptée aux besoins des patients. Le 3 octobre 2022, en conclusion de la journée de lancement du conseil national de la refondation en santé, le Ministre François Braun a ainsi rappelé que toute refondation à venir du système de soins impliquera « **qu'à toute heure de la journée, les citoyens puissent trouver une réponse pour des soins non programmés. Pour cela, il paraît indispensable de généraliser le service d'accès aux soins dès l'année 2023** ». De même, lors des vœux aux soignants le 6 janvier 2023, le président de la République affirmait « **je souhaite que l'on puisse accélérer la généralisation du service d'accès aux soins au cours de cette année.** ».

¹ Article L 6311-3 du code de la santé publique.

Lancement du déploiement

Les premiers sites pilotes du SAS ont été annoncés par le Ministre de la santé le 23 novembre 2020. Cette phase pilote a permis de sélectionner 22 projets pilotes dans 13 régions, représentant 40% de la population française en hexagone et en outre-mer. L'instruction DGOS de juillet 2020 a donné les premières clés pour la mise en place d'une organisation basée sur des objectifs et une démarche nationale structurés dans la mesure où le SAS s'est, parfois, appuyé sur une organisation existante. L'instruction n° DGOS/R2/PF5/2022/270 du 23 décembre 2022 parue au BO le 16 janvier 2023, relative aux attendus pour la mise en place du SAS, qui s'appuie sur ce retour d'expérience, doit permettre d'accompagner la généralisation du SAS en 2023.



Au plan national, la DGOS² apporte depuis janvier 2021 un appui métier aux ARS et aux porteurs de projet et des financements dédiés.

A l'issue de la phase pilote (novembre 2020-mars 2022), un séminaire national a été organisé en mars 2022 en présence des ARS et de porteurs de projets urgentistes et libéraux, avec pour objectif un partage de bonnes pratiques et un échange entre acteurs pour associer les nouveaux territoires à la démarche dans la perspective de la généralisation. Il a constitué une première phase de retour d'expérience avant la formalisation du présent document de restitution du RETEX national. Ces travaux ont nourri la rédaction de l'instruction relative aux attendus pour la mise en place du SAS dans l'ensemble des territoires et du décret définissant les modalités d'organisation et de fonctionnement du service d'accès aux soins. Le SAS s'inscrit dans un environnement, parfois, déjà organisé en partie pour la prise en charge des soins non programmés, au travers des CPTS, par exemple. Ses effecteurs potentiels sont l'ensemble des professionnels de santé d'un territoire mais son déploiement se concentre d'abord sur la médecine générale.

² Les bureaux du premier recours (R2) et des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins (PF5).

Les objectifs du retour d'expérience

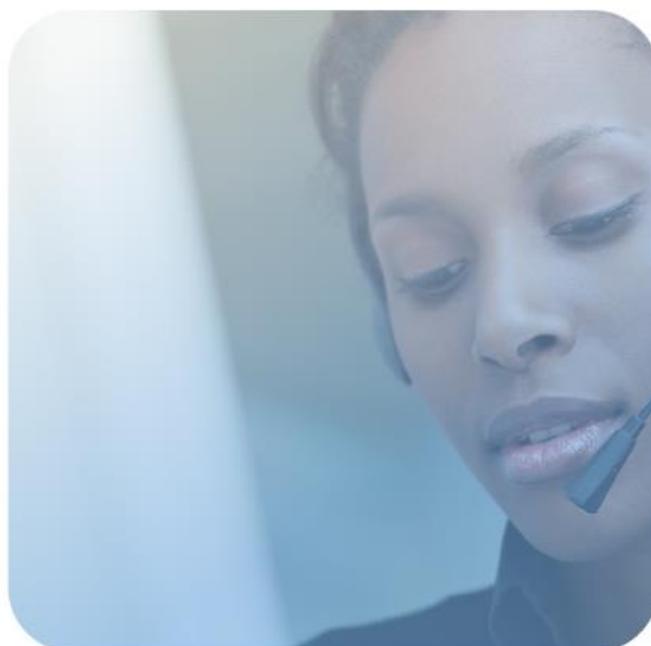
Le retour d'expérience national vise à offrir aux acteurs une grille d'analyse et d'aide à la décision partagée pour la mise en place ou le renforcement d'un SAS, sur 4 chantiers prioritaires :

- les statuts juridiques et la gouvernance ;
- l'organisation de la régulation ;
- l'organisation territoriale et plus particulièrement de l'effectif ;
- la plateforme numérique SAS.

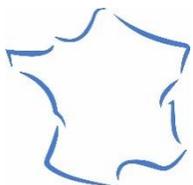
Ce premier bilan global, quantitatif et qualitatif, repose sur les données d'activité des 20 premiers SAS en fonctionnement entre le second semestre 2021 et le premier semestre 2022, et permet de mettre en évidence les bonnes pratiques organisationnelles d'où sont tirées des préconisations opérationnelles.

NOTE BENE : Dans un contexte de mise en place des SAS pilotes, les remontées de données ont été partielles et ne permettent donc pas d'obtenir des indicateurs couvrant l'ensemble des territoires pilotes. Des échantillons les plus représentatifs possibles, ont donc été créés, en fonction de la taille des SAS et des caractéristiques des territoires.

Par ailleurs, les données de la phase pilote ne sont pas toujours représentatives de l'activité moyenne observée par la suite en routine. C'est pourquoi, des données de février 2023 ont également parfois été indiquées, à titre comparatif, et notamment le nombre d'appels décrochés par le SAS, le nombre de DRM et les conseils médicaux simples délivrés par la régulation ambulatoire.



1. Les SAS pilotes en fonctionnement ont pu compter sur une gouvernance équilibrée ville-hôpital et la formalisation d'un lien juridique de type conventionnel par les acteurs pour la majorité d'entre eux.



81% des SAS lancés ont une association qui porte la régulation ambulatoire.

Cette association permet de structurer la filière ambulatoire. Elle réunit a minima les acteurs de la régulation de médecine générale mais peut aussi intégrer les acteurs de l'effectif des soins non programmés (CDOM, centres de santé, CPTS du territoire, maisons de santé, SOS médecins, URPS, etc.). Ce type d'association élargie peut permettre de faciliter la coordination de l'offre d'effectif des soins non programmés sur le territoire. C'est le cas par exemple dans les Yvelines, où l'association des acteurs de ville, partie prenante du SAS 78, fédère régulateurs et effecteurs.

Cette association peut prendre plusieurs formes :

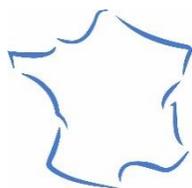
- Une association de permanence des soins ambulatoire qui étend ses statuts pour intervenir en journée dans le cadre du SAS (c'est le cas dans les SAS 29 et Paris petite couronne, par exemple) ;
- Une association nouvellement créée, pour porter la régulation ambulatoire (c'est le cas dans le SAS 31 qui a, par exemple a constitué une nouvelle association regroupant les acteurs de la régulation).

Cette association peut par ailleurs, rassembler les acteurs de l'effectif et/ou les CPTS du territoire.

Recommandations opérationnelles

Le retour d'expérience (RETEX) témoigne de l'importance de structurer une association pour porter la régulation ambulatoire, quelle que soit la forme retenue (extension des statuts d'une association existante ou création d'une association dédiée). Elle constitue un outil essentiel afin notamment de salarier les personnels recrutés, y compris les opérateurs de soins non programmés (OSNP) mais également de donner un cadre au financement du matériel et des formations nécessaires au fonctionnement de la filière ambulatoire.

Si plusieurs associations de médecine ambulatoire distinctes coexistent, les acteurs doivent veiller à la bonne articulation entre l'association créée pour porter la régulation de médecine ambulatoire et l'association de permanence des soins, voire à leur union.



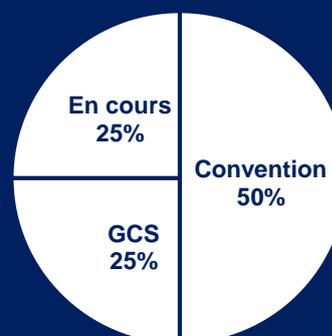
75 % des SAS lancés ont un statut juridique ou sont en cours de signature définitive de leur statut afin d'organiser le premier décroché dans le cadre d'une gouvernance partagée et équilibrée ville-hôpital. 50% ont choisi une convention, 25% un groupement de coopération sanitaire (GCS).

Le choix de la convention entre l'association portant la régulation ambulatoire et l'établissement de santé siège de SAMU, plus souple et simple à mettre en place, a souvent été privilégié au début afin de lancer le dispositif. Le GCS a pu ensuite faire l'objet d'une seconde étape si les acteurs veulent se structurer davantage dans le cadre d'un groupement (gestion d'un budget commun, recrutement des personnels, etc.).

Le SAS 31 a choisi de faire évoluer son statut juridique en passant d'une convention à un GCS afin de permettre au GCS de recruter les OSNP. Dans ce cas précis, le GCS recrute des personnels pour la régulation ambulatoire du SAS.

A titre d'exemple, les SAS de Normandie (76b et 50) ont fait le choix de prioriser un conventionnement et d'envisager, *a posteriori*, la mise en place d'un GCS une fois les organisations structurées.

QUEL STATUT JURIDIQUE ? (20 RÉPONDANTS)

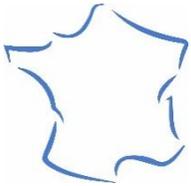


Recommandations opérationnelles ✓

L'analyse du RETEX des 20 premiers SAS lancés conclut à la nécessité d'une structuration juridique du dispositif et d'une formalisation de la gouvernance ville-hôpital.

La forme la plus pertinente dépend notamment des acteurs associés à la gouvernance. Chacun des modes de formalisation de la gouvernance a ses atouts propres. Il n'est pas recommandé de choisir l'un ou l'autre. La convention étant plus souple et simple à mettre en place, elle peut être privilégiée au début afin de lancer le dispositif. A l'inverse, la mise en place d'un **GCS** pour le portage des OSNP permettra, par exemple,

de disposer d'une **gestion collective** des moyens finement articulée et lisible. Un point d'attention est cependant à noter concernant **l'échelle** à laquelle le GCS, s'il est choisi, devrait être mis en place : les GCS de taille importante (supra-départementale ou régionale) sont difficiles à piloter. **La création de plusieurs GCS d'échelle infrarégionale, voire départementale, est parfois plus adaptée à la situation.** Par ailleurs, des travaux doivent être menés par les SAS pour définir les modalités de mise en œuvre du GCS et de gestion des OSNP en son sein.



93% des SAS fonctionnent à l'échelle du département.

L'échelon départemental a été retenu du fait de l'adossement du SAS sur les moyens du SAMU et les organisations préexistantes en matière de permanence des soins.

Les SAS infra ou supra-départementaux peuvent être mis en place afin de reproduire l'organisation existante des SAMU, par exemple en région Bourgogne-Franche-Comté où il y a des SAS supra-départementaux (SAS 21-58) ou en Normandie où il y a des SAS infra-départementaux (SAS 76a et SAS 76b).

Recommandations opérationnelles ✓

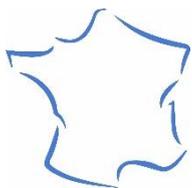
L'échelon d'organisation et d'action du SAS, au moment de son lancement, pourra être **départemental, interdépartemental**, etc. selon les territoires jugés les plus pertinents pour les acteurs et les organisations.

Néanmoins, notamment dans les départements avec une faible activité et dans un contexte de rareté de la ressource médicale et ARM, **il est recommandé d'envisager une articulation territoriale des SAS pouvant bénéficier à plusieurs départements**, notamment pour l'organisation du premier décroché.

L'échelon **infra-départemental** n'est pas recommandé.

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 **doit figurer dans le projet de la structure**. Cette solidarité régionale permettra, par exemple, une meilleure résilience en cas de panne.

D'un point de vue organisationnel et technique et en lien avec les organisations préexistantes au sein des SAS, cela pourra prendre la forme de solutions d'entraide pour la régulation médicale lors des périodes de faible ou de très forte activité : bascule de lignes d'appels (en totalité ou partiellement) vers un autre SAS.



Dans 70% des SAS, les opérateurs de soins non programmés (OSNP) sont embauchés par l'association qui porte la régulation ambulatoire.

Dans les autres SAS (30%), les OSNP sont embauchés par l'établissement de santé siège de SAMU. **Ce choix a alors été fait de manière concertée ville-hôpital** (exemple des SAS 21-58, 73, 59, 80, 44, 29, 86 et 31).

Cette répartition témoigne de la volonté de nombreuses associations portant la filière ambulatoire de se saisir pleinement de leurs missions d'organisation de la filière. Pour les SAS ayant choisi une embauche par l'établissement de santé, ce choix peut également témoigner des difficultés que certaines associations rencontrent à assurer le recrutement et la gestion RH de ces personnels. Dans certains cas aussi, l'association n'étant pas encore constituée, cela a constitué la seule possibilité restant pour lancer le SAS dans les délais convenus par les porteurs du projet.

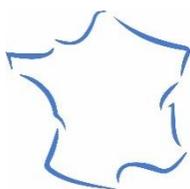
Un accompagnement à la professionnalisation des associations qui portent la régulation ambulatoire peut s'avérer nécessaire pour la gestion administrative et la gestion des ressources humaines.

Les assistants de régulation médicale (ARM) sont recrutés par les établissements de santé. Dans tous les cas, la responsabilité des personnels (ARM ou OSNP) est couverte par leur employeur respectif.

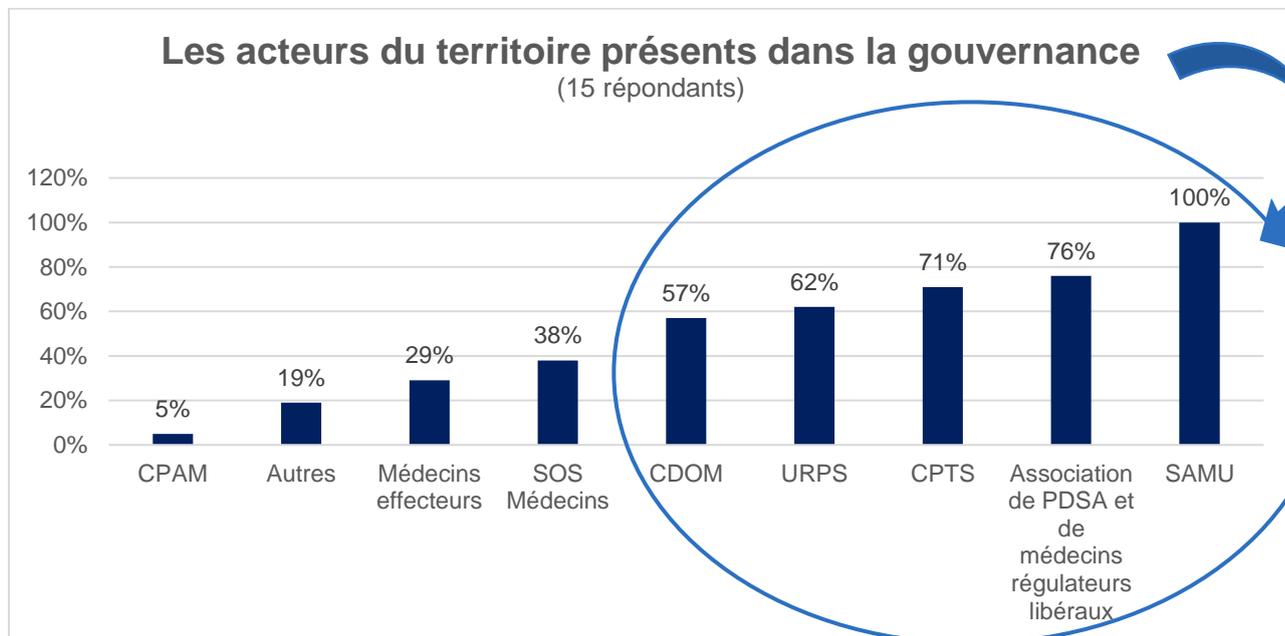
Recommandations opérationnelles

Il n'est pas apparu de critère discriminant pour préférer le recrutement des OSNP par l'établissement de santé ou l'association portant la filière ambulatoire. En revanche, **il est apparu essentiel que les conventions** qui décrivent les organisations des plateaux de régulation SAS, **prévoient de préciser les autorités hiérarchiques et fonctionnelles qui s'appliquent à ces professionnels** et le cas échéant la mise à disposition éventuelle des professionnels entre les entités (l'établissement de santé pour certains, l'association de régulation ambulatoire pour d'autres).

A titre d'exemple, le SAS 31 a choisi de constituer un GCS pour faciliter et sécuriser la mise à disposition de personnels entre les entités qui constituent le SAS.



5 acteurs apparaissent au cœur de la gouvernance du SAS



Recommandations opérationnelles ✓

La gouvernance peut associer les acteurs de la régulation ou les acteurs de la régulation et de l'effectif selon les organisations locales retenues. Il s'agit notamment des acteurs suivants :

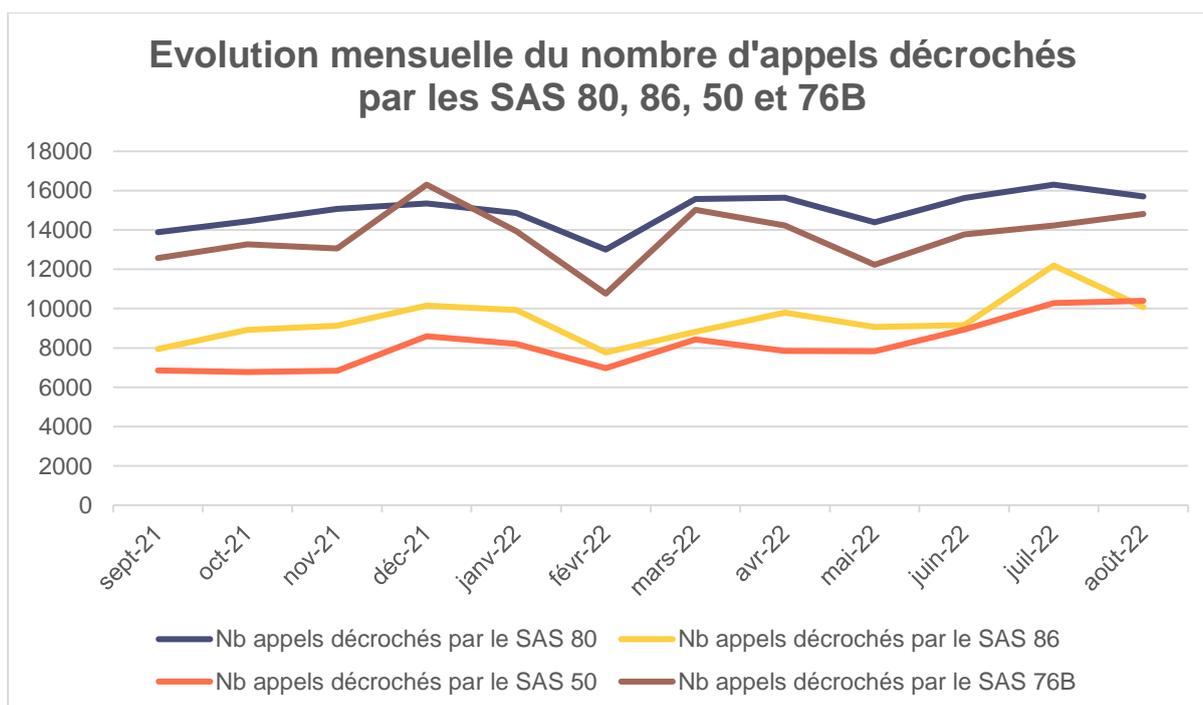
- L'établissement de santé siège de SAMU ;
- Les représentants des médecins libéraux régulateurs via notamment les associations de permanence des soins ou les associations portant la régulation ambulatoire ;
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
- Les unions régionales des professions de santé (URPS) ;
- Les conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) ;
- Association représentant les effecteurs.

2. Malgré une augmentation des appels de 24% en moyenne à la suite du lancement des SAS, cet afflux est absorbé de manière satisfaisante lorsque l'articulation premier décroché – second décroché par les filières est optimisée.

La mise en place de la régulation ambulatoire permet de recentrer le SAMU sur ses missions, mais la communication grand public ne doit pas être prématurée.



+ 24% d'appels au SAS en moyenne entre le deuxième semestre 2021 et le premier semestre 2022



En moyenne, un SAS a décroché 483 appels par jour au cours de la période étudiée (de septembre 2021 à août 2022).

Attention, cette donnée varie sensiblement d'un SAS pilote à l'autre, avec par exemple un maximum par le SAS 59 qui décroche 1 200 appels par jour en moyenne sur la même période. **Surtout, le nombre d'appels continue d'augmenter une fois le SAS lancé. A titre comparatif, en février 2023, un SAS décroche en moyenne 885 appels par jour.**

Les sites pilotes utilisent tous le numéro 15 comme numéro d'accès au premier décroché. Les SAS 36, 37, 50, 57, 59 et 76b, soit 19% des SAS lancés utilisent également des numéros d'accès à la permanence des soins ambulatoire (PDSA) qui sont réceptionnés au front office du SAS (116 117 - 3 régions expérimentatrices à ce jour : Corse, Normandie et Pays de la Loire - ou numéros locaux).

Recommandation opérationnelle ✓

Un afflux d'appel a été constaté dans des territoires où une communication grand public locale a été prévue. Il est fortement recommandé de **bien articuler la communication le cas échéant sur l'ouverture du SAS avec la montée en charge des effectifs, notamment en ARM, afin que ceux-ci soient suffisants pour absorber l'afflux d'appels.** Il est également recommandé de rappeler aux usagers le respect du parcours de soins et la réponse graduée en fonction de la situation (recours au médecin traitant en première intention ; si celui-ci n'est pas disponible recherche d'un rendez-vous via la cartographie de l'offre de soins non programmés ; en troisième intention appel du SAS (15)).



Le nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) a augmenté de 25% en moyenne à la suite du lancement du SAS, tandis que la répartition entre filières a évolué, la part ambulatoire devenant de plus en plus majoritaire.

Sur une moyenne de 315 DRM/jour créés par un SAS au cours de la période étudiée (septembre 2021 à août 2022), 153 sont des DRM AMU contre environ 156 qui sont des DRM ambulatoires. Entre septembre 2021 et août 2022, la part des DRM traités par les régulateurs de la filière ambulatoire a augmenté de 6 points, passant de 46% à 52%. Attention, le nombre de DRM créés par jour varie sensiblement d'un SAS pilote à l'autre, avec par exemple un maximum par le SAS 59 qui a créé environ 1 000 DRM par jour en moyenne sur la même période.

La répartition ambulatoire/AMU semble se maintenir en routine : en février 2023, un SAS crée en moyenne 505 DRM par jour dont 245 DRM AMU et 260 DRM ambulatoires, soit une répartition de 52% de DRM ambulatoires et 48% de DRM AMU.



Comment se répartissent en moyenne les dossiers de régulation médicale des SAS ? (11 répondants)

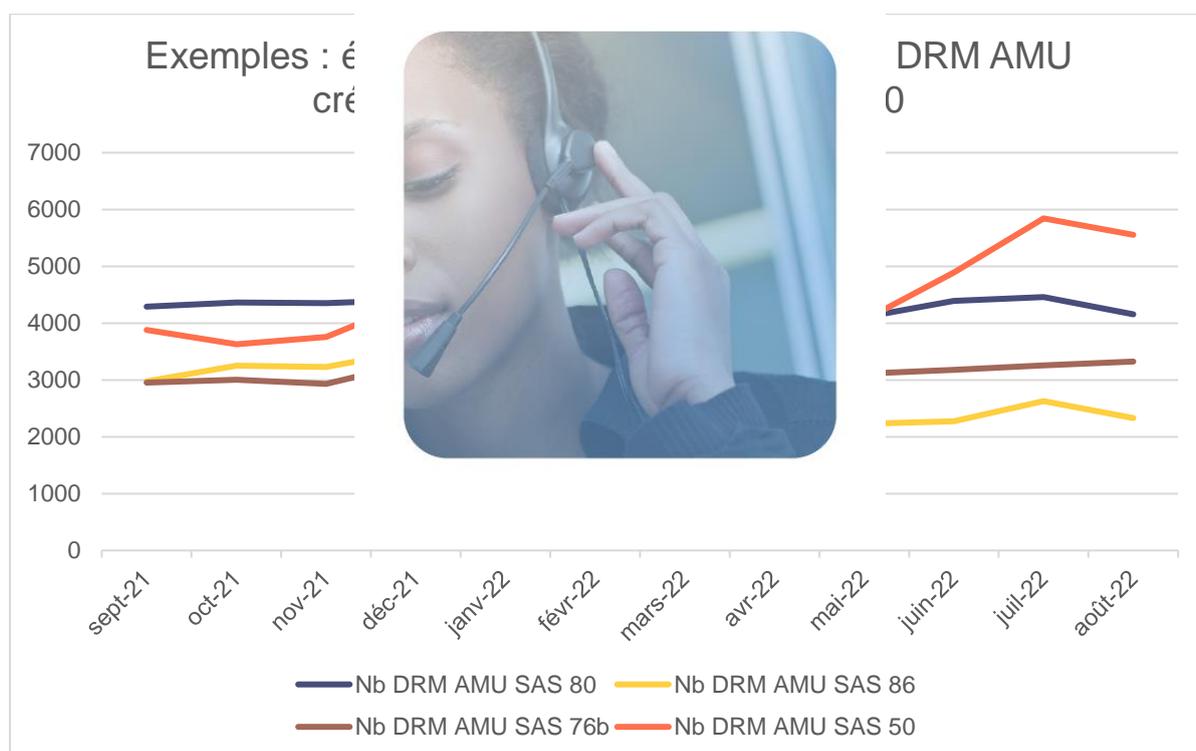


REPARTITION DES DRM DEPUIS LA MISE EN PLACE DES PREMIERS SAS (À PARTIR DU S2 2021)

DRM ambulatoires 52%

DRM AMU 48%

A titre d'exemple, la part des DRM traités par la régulation ambulatoire du **SAS 73** a augmenté de manière continue depuis le lancement du SAS (14 juin 2021) : les médecins régulateurs généralistes traitaient en août 2022 environ 58% des DRM, contre 50% au lancement du SAS.

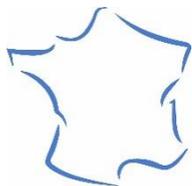


On constate que l'augmentation du nombre d'appels et de DRM est davantage absorbée par la filière ambulatoire que par la filière AMU. Dit autrement, **la mise en place du SAS permet de contenir (voire faire baisser dans certains départements) l'évolution du nombre de DRM AMU malgré l'évolution globale du nombre d'appels et de DRM créés par les SAS.**

Entre septembre 2021 et août 2022, le nombre total de DRM augmente de 25%, mais celui des DRM AMU augmente seulement de 9%.

On retrouve ces tendances, bien qu'hétérogènes, en comparant les taux d'évolution de DRM créés par le SAS comprenant le taux d'évolution des DRM AMU :

	SAS 80	SAS 86	SAS 76B	SAS 50 ³
Taux d'évolution des DRM créés par le SAS	+17%	+12%	+16%	+64%
Taux d'évolution des DRM AMU	-3%	-22%	+12%	+43%



Sur le plateau de régulation, **55% des SAS lancés positionnent un profil administratif sur les missions d'OSNP au sein de la régulation ambulatoire et 45% un ARM.**

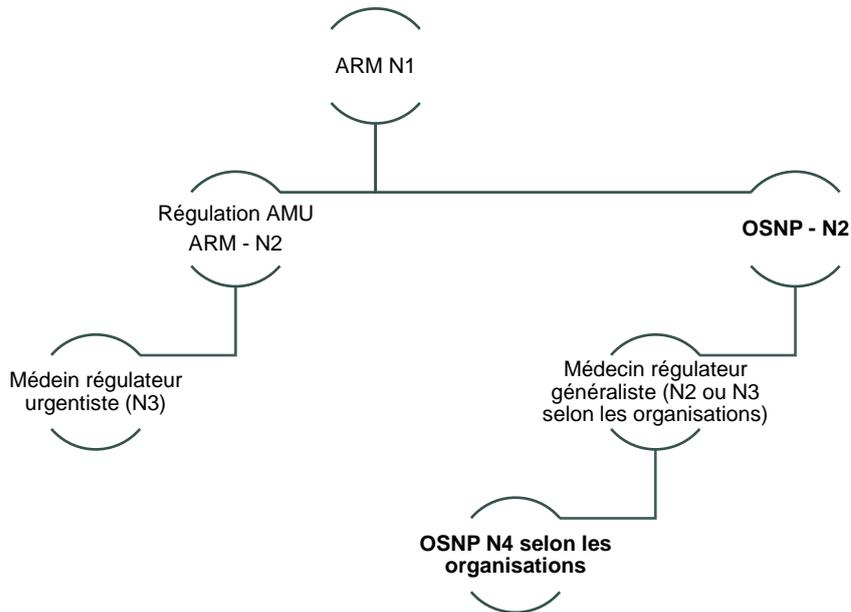
Dans ce second cas, les ARM N1 et N2 (régulation N2 AMU ou ambulatoire) du SAS sont considérés comme interchangeables. Des rotations peuvent être organisées entre le premier et le second niveau des deux filières. Au sein de la régulation ambulatoire un OSNP peut également être positionné après régulation médicale, en N3 ou N4 selon l'organisation locale retenue.

43% des SAS positionnent un OSNP au sein de la régulation ambulatoire directement en second décroché (N2) en amont de l'intervention du médecin régulateur généraliste (N3) et la reprise de l'appel possible par l'OSNP (N4) pour une prise de rendez-vous en ville *via* la plateforme numérique SAS le cas échéant. Le positionnement d'un OSNP en aval de la régulation médicale n'est pas systématique et dépend des organisations retenues localement.

57% des SAS positionnent un médecin régulateur en N2.

³ L'importante hausse d'activité SAS et DRM AMU est liée au fait que les différentes structures des urgences ont très vite commencé à réguler l'accès aux urgences (partiellement ou totalement) sur les sites d'Avranches, Cherbourg et St Lo. Par conséquent, l'augmentation du nombre de DRM AMU a lui aussi fortement augmenté.

Schéma d'organisation du SAS : exemple d'un positionnement recommandé des ARM et des OSNP au sein de la régulation ambulatoire



Recommandations opérationnelles ✓

S'agissant de l'organisation du N2 de la filière ambulatoire, il est recommandé de ne pas positionner d'ARM sur des fonctions d'OSNP, compte tenu du contexte de pénurie d'ARM.

Par ailleurs, pour préserver la ressource en ARM, pour qui le premier décroché implique une cadence de travail importante et une expertise spécifique, il est recommandé d'organiser des rotations régulières entre les deux niveaux (premier décroché et N2) de la filière AMU.



Focus sur l'opérateur de soins non programmés

L'opérateur de soins non programmés (OSNP) est un nouveau métier **dont les missions ont été créées dans le cadre du SAS.**

Au sein de la régulation ambulatoire du SAS, l'OSNP vient en appui du médecin généraliste régulateur et s'assure du respect du parcours de soins par les appelants. Il est notamment chargé :

- d'assurer les tâches administratives nécessaires à la régulation médicale (saisie de l'identité, des coordonnées du patient, le nom du médecin traitant s'il y en a un, etc.) ;
- de communiquer des informations au patient relatives au rendez-vous, etc. ;
- après régulation médicale du médecin généraliste, de procéder, le cas échéant, à la prise de rendez-vous auprès d'un professionnel de santé de ville isolé, d'une structure d'exercice coordonnée (maison de santé pluriprofessionnelles, centre de santé) ou d'une CPTS sur la plateforme numérique SAS, et/ou détailler les premiers conseils donnés par le médecin généraliste et/ou assurer un suivi dans certaines situations.

Les OSNP recrutés dans les SAS en fonctionnement présentent souvent des profils de secrétaires médicaux ou adjoints administratifs. Par exemple, le SAS 59 a travaillé à une sélection de profils adaptés aux fonctions d'OSNP : secrétaires médicaux, personnes ayant travaillé dans des centres d'appels ou dans le secteur sanitaire. Des OSNP ont également été recrutés sur la base de leur expérience d'opérateurs dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (centres d'appels PDSA du Nord et du Pas-de-Calais).

Il n'existe pas aujourd'hui pour les OSNP de formation qualifiante harmonisée au niveau national. Seule la formation à la plateforme numérique nationale SAS est prévue.

Toutefois, certains territoires ont travaillé à la mise en place de formations qui s'appuient sur des centres de formation ARM (CFARM) et des cahiers des charges locaux, afin de faciliter la prise de poste des OSNP.

Par exemple, le SAS 59 proposait une formation théorique d'une durée de 5 jours qui s'articulait autour de :

- l'organisation de la régulation des soins non programmés (charte de fonctionnement, organisation des CPTS, MMG, etc.) ;
- la poursuite d'un dossier de régulation initié par un ARM de premier niveau ;
- les techniques de communication ;
- le suivi des appels et la prise de RDV après régulation médicale.

Elle est complétée par une formation pratique qui se déroule sous le contrôle d'ARM (durée : 10 jours de postes de 12 heures) et qui peut être réalisée dans le cadre d'une

immersion tutorée en salle de régulation. Cette formation donne lieu à un suivi et à une validation de compétences (par exemple, à des fins de formation, les SAS 29 et 57 proposent une formation pratique de double écoute avec les ARM du premier et du second décrochés de la filière AMU.

Recommandations opérationnelles ✓

A l'issue de la phase pilote il apparaît que les principaux défis des acteurs pour bâtir une organisation interne robuste de la régulation sont :

La définition du rôle de l'opérateur de soins non programmés (OSNP) à travers une fiche de poste OSNP précise (un modèle national a été diffusé et complété dans certaines régions) et des formations adaptées ;

Le positionnement des ARM au sein du SAS : compte tenu des tensions RH, il ne semble pas opportun de généraliser une organisation basée uniquement sur des ARM, au risque d'aggraver les tensions existantes en matière de recrutement :

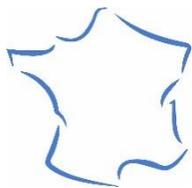
- prioriser le positionnement d'OSNP, plutôt que d'ARM, en N2 de la filière ambulatoire ;

- mettre en place une rotation entre les ARM des différents niveaux de régulation.

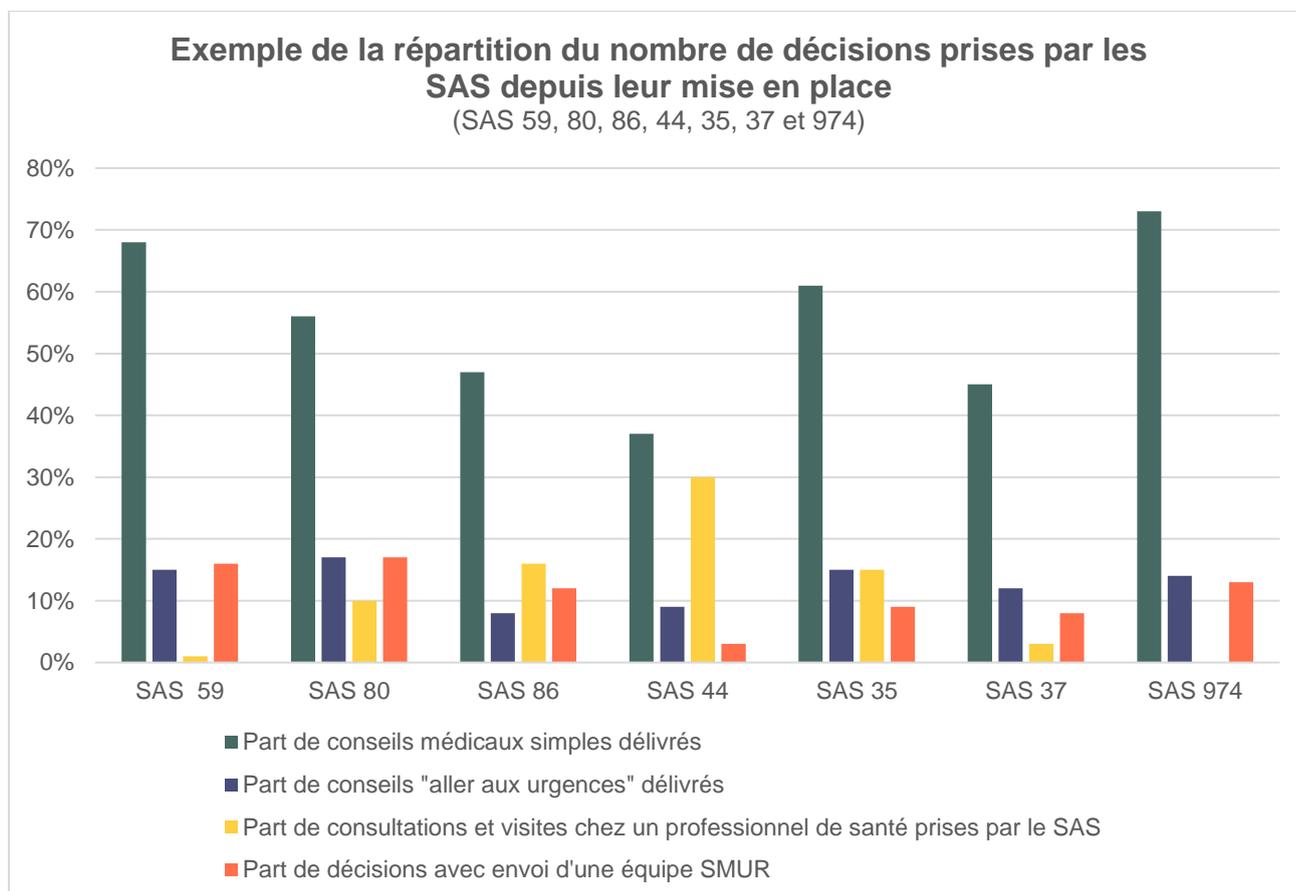
Il peut également y avoir des problématiques de locaux : des travaux sont engagés par des établissements de santé pour accueillir davantage de personnel sur les plateaux de régulation (c'est le cas des SAS 21-58, 59, 80, 73, 78 par exemple).

Il est aussi possible de mettre en place une régulation à distance notamment pour les médecins régulateurs afin de répondre aux problématiques de recrutement.

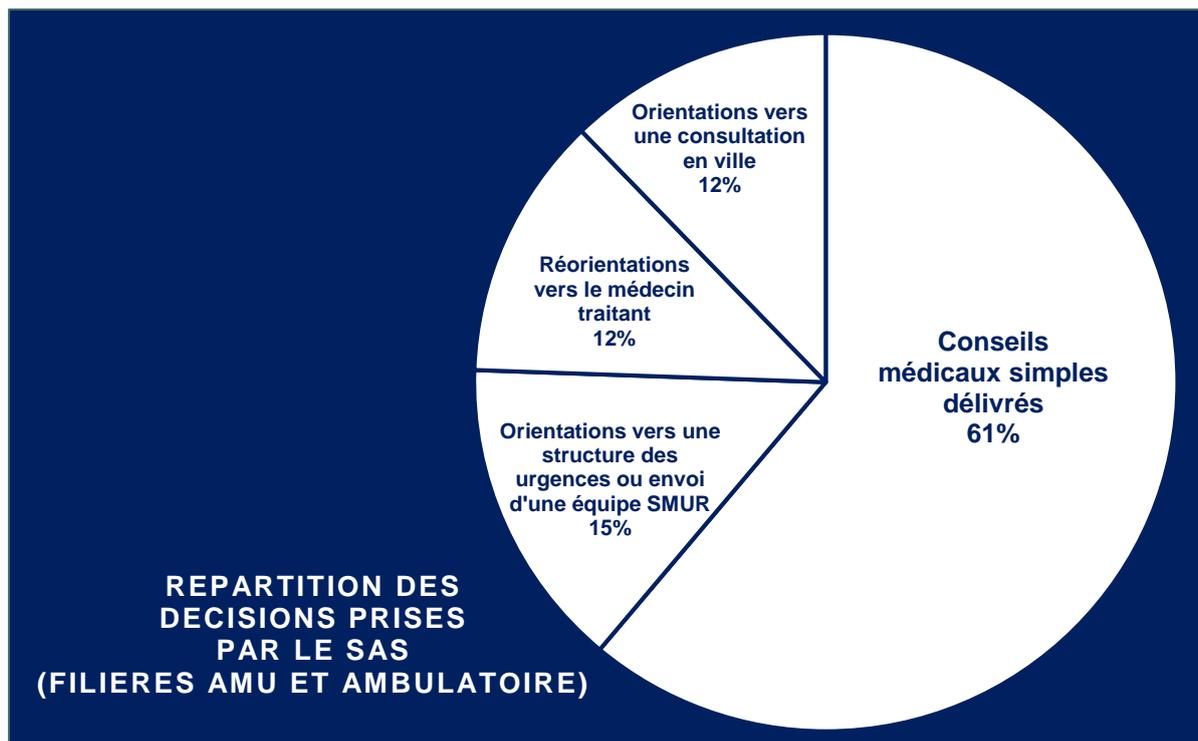




Près de 61% des décisions prises par les SAS sont des conseils médicaux simples (pour les deux filières AMU et ambulatoire), et cette part a tendance à s'accroître avec le temps.



Les conseils médicaux simples délivrés occupent une part importante des décisions prises par la régulation de médecine ambulatoire. Cela témoigne d'un autre aspect important du déploiement du SAS pour la santé publique, à savoir l'éducation à la santé pour un bon usage des organisations de soin.



Cette part a tendance à s'accroître. Par exemple, dans le SAS 59, le nombre de conseils médicaux simples délivrés prend une part de plus en plus importante (en passant de 41% à 54% des décisions prises, toutes filières confondues) entre le second semestre 2021 et le premier semestre 2022.

Selon le responsable de la filière AMU du SAS 44 : *« il y a eu une amélioration de la capacité à solliciter la filière MG pour l'effection et ainsi à moins orienter les patients vers les urgences, grâce aux OSNP et à la plateforme numérique nationale ».*

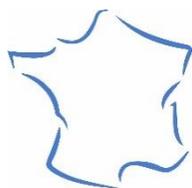


3. En effecton, tous les médecins du territoire sont appelés à participer au dispositif et le rôle des CPTS et des structures d'exercice coordonné est essentiel. A terme, les filières spécialisées devront se développer selon les besoins du territoire.

Les remontées de données n'ont pas permis de mener le retour d'expérience quantitatif sur le nombre d'effecteurs mobilisés pendant la phase pilote.

En revanche, depuis janvier 2022, le déploiement de la plateforme numérique permet de connaître en temps réel le nombre de professionnels participant au SAS et le nombre d'orientations du SAS vers la ville, lorsque la plateforme numérique est utilisée par le SAS.

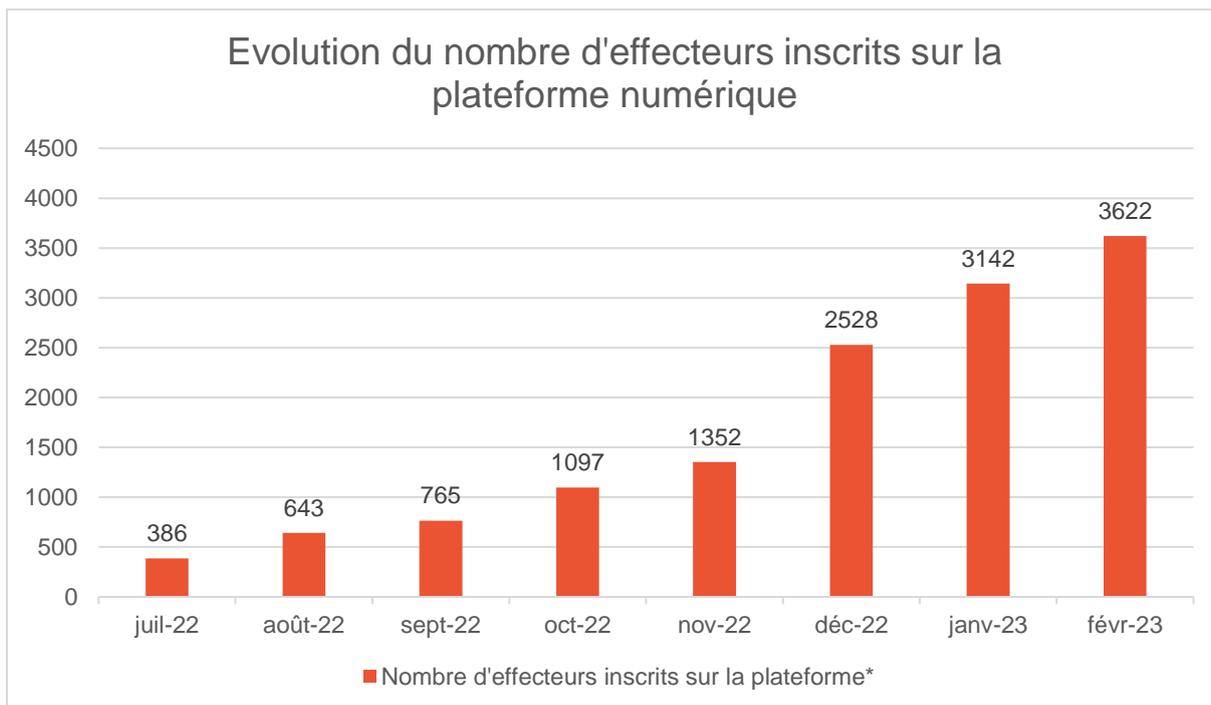
Les résultats présentés ci-dessous concernent donc une période différente de celle étudiée dans les précédentes parties.



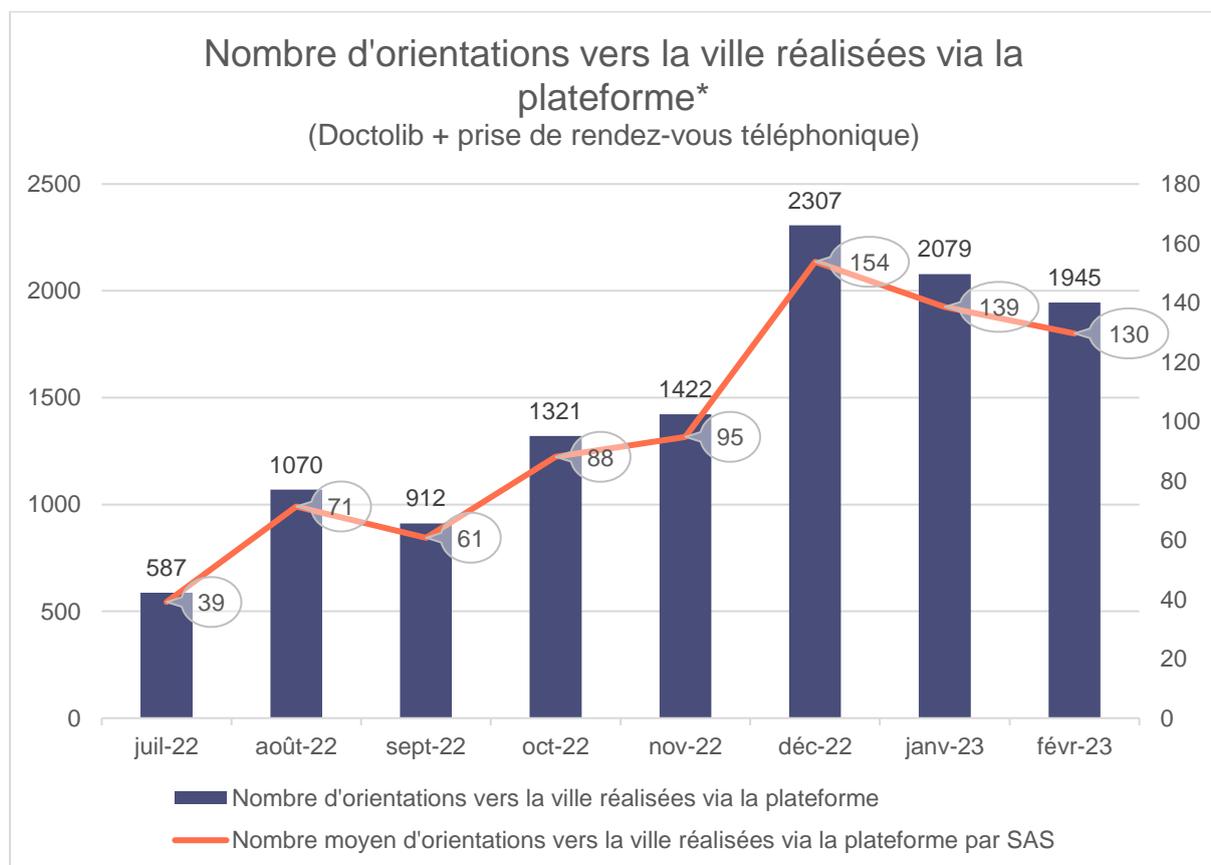
Au 28 février 2023, 3622 médecins généralistes étaient inscrits sur la plateforme numérique, soit près de 2300 de plus qu'en août 2022.

Cela représente environ 240 médecins effecteurs volontaires en moyenne par SAS (pour ceux qui utilisent la plateforme numérique nationale), avec des disparités importantes selon les territoires (au minimum, 1 effecteur dans des SAS qui ne sont pas encore lancés ou qui se familiarisent avec la plateforme numérique via des formations, et au maximum 290 effecteurs dans le SAS 59).

NB : ces chiffres n'incluent pas les effecteurs potentiels non-inscrits sur la plateforme, qui peuvent notamment être contactés au téléphone par le SAS.



* Nombre de médecins qui ont coché la case « Je participe au SAS » sur la base des 15 SAS interfacés avec la plateforme numérique nationale, en février 2023.



***point de vigilance sur les données plateforme** : à date, parmi les éditeurs permettant la prise de rendez-vous de bout en bout, seul Doctolib transmet un retour permettant de connaître le nombre d'orientations réalisées. Il est possible que le nombre d'orientations

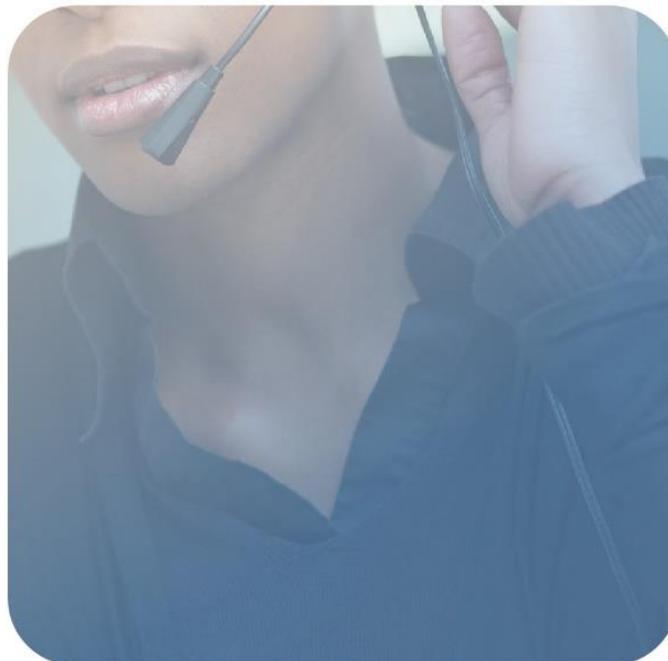
réalisées soit supérieur bien que Doctolib soit l'éditeur le plus utilisé (absence des données Keldoc et Monmédecin.org).

A noter également que le mois de décembre 2022 a été marqué par un afflux d'appels atypique lié à une triple épidémie hivernale (Covid – bronchiolite – grippe).

Recommandations opérationnelles ✓

En effet, il apparaît essentiel pour les nouveaux SAS comme pour les SAS déjà lancés de s'appuyer sur :

- l'organisation des soins non programmés des CPTS du territoire pour impliquer a minima les médecins adhérents dans l'effectation de soins non programmés⁴ ;
- les structures d'exercice coordonné (MSP et centres de santé) ;
- SOS Médecins, notamment pour les visites à domicile ;
- la CPAM locale pour communiquer auprès des médecins effecteurs du territoire.



⁴ Le niveau d'intégration entre le SAS et les CPTS dépend des acteurs locaux, dans 75% les SAS pilotes ont intégré les CPTS au sein de leur gouvernance.

Focus sur les filières spécialisées

Les activités de régulation et d'effectif réalisées par la filière de médecine générale ont pu être enrichies dans certains SAS pilotes d'une expertise spécialisée complémentaire afin d'apporter une réponse transversale et coordonnée à des besoins de soins non programmés spécifiques des patients, notamment pour la filière psychiatrique (8 SAS parmi les SAS pilotes) et gériatrique.

Souvent, ces organisations préexistaient au lancement du SAS et ont été renforcées, notamment au niveau de la régulation.

La filière « psychiatrie » du SAS, huit territoires expérimentateurs :

A la suite des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de septembre 2021, il a été décidé de travailler sur une mesure de soutien **aux projets d'une filière psychiatrique du SAS**. Dans ce cadre, la DGOS a sollicité les 13 régions concernées par la mise en œuvre du SAS, étant entendu que seuls les sites pilotes du SAS pouvaient proposer un projet avec un volet psychiatrique. 11 projets ont été transmis par les ARS concernées.

L'instruction de ces 11 projets a été réalisée par la DGOS en lien avec des représentants de la Commission nationale de la psychiatrie, à partir notamment des critères suivants : intégration au SAS généraliste, robustesse du SAS généraliste, dispositif d'orientation des patients et coût du projet.

Ce dispositif a ainsi permis de sélectionner huit territoires expérimentateurs parmi les SAS pilotes⁵.

Par exemple, le SAS 59 a inclus des professionnels répondant au numéro national de prévention du suicide sur le plateau de la régulation du SAS, ce qui a permis **de faire le lien avec l'AMU** si la nécessité d'une intervention urgente était identifiée lors de l'appel.

La présence de professionnels de la psychiatrie sur le plateau de régulation du SAS permet, plus généralement, de **donner une visibilité sur l'offre de soins en psychiatrie existante sur le territoire**.

La filière « gériatrie » du SAS :

La notion de « filière spécialisée de gériatrie » recouvre différentes modalités organisationnelles issues de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences visant à généraliser des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier. Cette mesure prévoit notamment une articulation avec le SAS.

L'un des objectifs est de développer, dans le cadre du SAS, la possibilité du recours à

⁵ Lille (SAS 59) ; Poitiers (SAS 86) ; Yvelines (SAS 78) ; Bordeaux (SAS 33) ; Nantes (SAS 44) ; Paris petite couronne (SAS PPC) ; Lyon (SAS 69) ; Toulouse (SAS 31).

une **hotline téléphonique hospitalière**.

Cet outil est au service de la coordination des parcours de soins puisqu'il permet au médecin traitant ou à un médecin spécialiste de demander un avis médical pour envisager une admission directe, en moins de 48h. **Reliée à la régulation du SAMU/SAS, cette hotline téléphonique permettra, à terme, de déclencher la programmation de l'admission en service d'hospitalisation. Ces liens entre les hotlines gériatriques et les SAS se structurent progressivement.**

Les DAC/PTA (dispositifs d'appui à la coordination/plateforme territoriales d'appui) :

Dans le SAS 86, un coordinateur du DAC-PTA (infirmier ou assistant de service social par exemple) présent sur le plateau de régulation du SAS a pu venir en soutien des médecins régulateurs **pour l'organisation des parcours de soins complexes**, en partageant son expertise des organismes médico-sociaux du territoire. Le coordinateur peut avoir pour rôle de rappeler un patient ayant sollicité le SAS afin **d'identifier avec lui des solutions de prise en charge adaptées à sa situation**. Chaque mois, en moyenne, plus de 120 sollicitations sont orientées vers les coordonnateurs du DAC-PTA, en aval d'une régulation médicale pour traiter des cas complexes.

La prise en charge et le suivi de patients en cours d'accompagnement sont un levier afin d'éviter les passages aux urgences inadaptés. Aussi, l'intégration du DAC-PTA dans le SAS permet de renforcer le rôle de coordination territoriale du DAC-PTA.

Recommandations opérationnelles

Ces filières pourront être renforcées et certaines ont vocation, à long terme, à être généralisées, car elles permettent d'apporter une réponse complémentaire adaptée aux besoins des appelants tout en allégeant le flux d'appels pris en charge par la régulation ambulatoire de médecine générale.

Toutefois, deux chantiers doivent être menés en priorité avant tout lancement d'une nouvelle filière :

- se baser sur un diagnostic territorial partagé pour identifier les besoins prioritaires, et ne pas seulement reconduire et développer des organisations préexistantes ;
- s'assurer de la bonne appropriation par les acteurs des outils développés.

Les DAC peuvent être associés aux réflexions et travaux locaux.

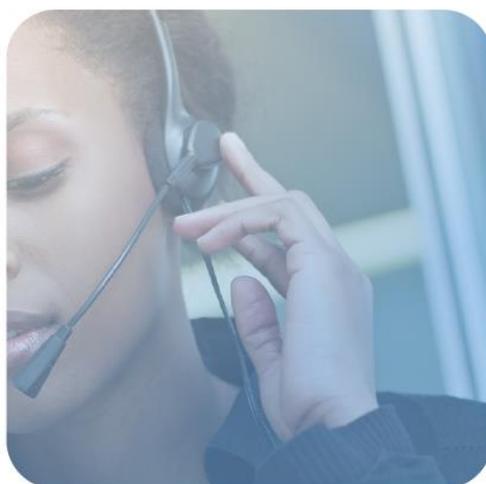
4. A l'issue de la phase pilote, la plateforme numérique est confirmée comme un outil susceptible de garantir une participation du plus grand nombre d'effecteurs potentiels, de fluidifier l'accès à des soins non programmés en ville et à terme de suivre l'activité des SAS au jour le jour.

Le SAS s'appuie sur le déploiement d'une plateforme numérique⁶, **uniquement à destination des professionnels de santé et porté par les ARS** dans les différents territoires.

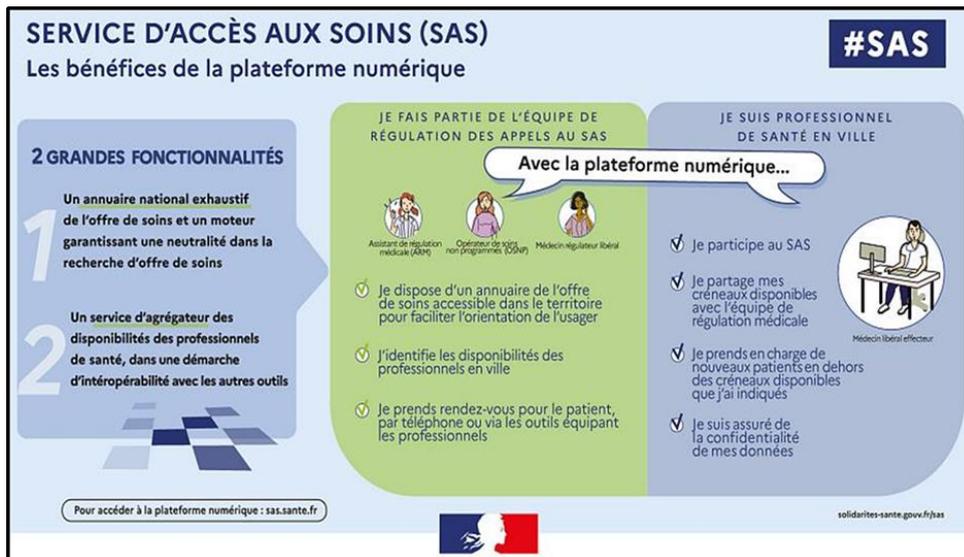
Depuis 2020, des travaux sont menés afin de mettre à disposition des SAS un outil répondant à **leurs besoins et facile d'utilisation** s'inscrivant dans l'écosystème des outils métiers déjà utilisés par les professionnels de santé (LRM, opérateur de prise de rendez-vous en ligne, etc.), sans les remplacer.

La plateforme numérique SAS permet ainsi, 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**, via un interfaçage avec les solutions d'agenda en ligne des professionnels de santé ou par le renseignement manuel de l'agenda de la plateforme.

Elle permet également la remontée d'informations utiles pour la rémunération des professionnels de santé effecteurs et régulateurs en application du volet SAS de l'avenant 9 à la convention médicale, mais **ne constitue pas un outil de paiement de ces rémunérations**.



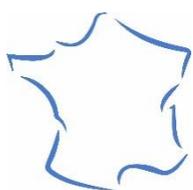
⁶ Le décret n°2022-403 du 21 mars 2022 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « Plateforme numérique du Service d'accès aux soins ».



La plateforme numérique a été régulièrement enrichie par de nouvelles fonctionnalités, dans une logique de développement agile et avec l'appui de groupes utilisateurs.

En effet, les SAS pilotes ont démontré **une forte attente concernant les usages de la plateforme**, dans la mesure où celle-ci a vocation à donner une visibilité plus large et fiable sur l'offre de soins disponible.

La plateforme permet également de suivre l'activité d'orientation du SAS à l'échelle régionale et territoriale via la mise à disposition d'un espace décisionnel. Les comptes sont gérés par l'agence du numérique en santé (ANS).



Depuis le mois de juillet 2022, date d'intégration des indicateurs ci-dessous, la plateforme numérique est utilisée dans **46 territoires** ayant permis à des professionnels de santé de s'inscrire et de recevoir des patients orientés par la régulation médicale.

Les chiffres clés de la plateforme numérique en Novembre 2023

- Nombre de recherche SAS en moyenne par semaine : 8 400 (vs 2 800 déc. 2022)
- Nombre de professionnels de santé participant au SAS : 6 202 (vs 1 940 déc. 2022)
- Nombre total d'orientations (depuis juillet 2022) : 34 700 (vs 5 336 déc. 2022)
- Nombre de régulateurs : 1 617 (vs 1 030 déc. 2022)

Le déploiement de la plateforme numérique s'appuie sur un dispositif de communication et de formation proposé au niveau national par la DGOS et l'ANS et relayé sur le terrain par les ARS vers les régulateurs et effecteurs de soins.

[La liste des éditeurs](#) interfacés progresse également en continu et est communiquée régulièrement (en novembre 2023, 17 [éditeurs](#) sont interfacés).

Recommandation opérationnelles

Conduire le changement auprès des utilisateurs

Pour ce faire, la DGOS et l'ANS mettent à disposition un dispositif de communication et de formation à la plateforme numérique à destination des **effecteurs** et **des acteurs de la régulation médicale** (OSNP) dans l'utilisation de la plateforme. Des référents territoriaux et gestionnaires de comptes doivent être identifiés comme correspondants et relais auprès des acteurs du territoire afin d'en promouvoir l'usage. Par ailleurs, l'authentification via Pro Santé Connect devient le moyen de connexion privilégié à la plateforme numérique SAS pour les régulateurs/OSNP. Pour ce faire, chaque régulateur/OSNP doit disposer d'une carte CPX nominative et de l'équipement nécessaire.

Agréger un maximum d'offre de soins disponibles (via l'interfaçage)

L'agrégation d'offre de soins disponibles tient à la poursuite de l'interfaçage avec les solutions de prise de rendez-vous dédiées à la médecine de ville. La mise en service des premières interfaces avec les logiciels de régulation médicale (pour fluidifier le poste de travail de l'OSNP) est effective dans certains SAS et les travaux d'interfaçage avec les logiciels de SOS médecins et des CPTS se poursuivent en 2024.

Les plateformes déployées localement devront être interfacées avec la plateforme nationale pour continuer à être utilisées par les équipes de régulation des SAS concernés.

Améliorer les résultats de recherche

Enfin, pour **maximiser la visibilité sur l'offre de soins** (ROR, import de fichiers xls., etc.), la DGOS et l'ANS, et au besoin, des sous-groupes utilisateurs, ont défini des évolutions en 2023 sur l'amélioration de la pertinence des résultats (filtrage des professionnels uniquement avec des disponibilités, zone géographique) et l'amélioration du moteur de recherche (auto-complétion, recherches suggérées).

Annexe 1 – Recommandations opérationnelles

- 1) Le RETEX témoigne de l'importance de structurer une association pour porter la régulation ambulatoire, quelle que soit la forme retenue (extension des statuts d'une association de médecine ambulatoire existante ou création d'une association dédiée). Elle constitue un outil essentiel afin notamment de salarier les personnels recrutés, y compris les opérateurs de soins non programmés (OSNP) mais également de donner un cadre au financement du matériel et des formations nécessaires au fonctionnement de la filière ambulatoire.

Si plusieurs associations de médecine ambulatoire distinctes coexistent, les acteurs doivent veiller à la bonne articulation entre l'association créée pour porter la régulation de médecine ambulatoire et l'association départementale de permanence des soins, voire à leur union.

- 2) L'analyse du RETEX des 20 premiers SAS lancés conclut à la nécessité d'une structuration juridique du dispositif et d'une formalisation de la gouvernance ville-hôpital.

La forme la plus pertinente dépend notamment des acteurs associés à la gouvernance. Chacun des modes de formalisation de la gouvernance a ses atouts propres. Il n'est pas recommandé de choisir l'un ou l'autre. La convention étant plus souple et simple à mettre en place, elle peut être privilégiée au début afin de lancer le dispositif. A l'inverse, la mise en place d'un GCS pour le portage des OSNP permettra, par exemple, de disposer d'une gestion collective des moyens finement articulée et lisible.

Un point d'attention est à noter concernant l'échelle à laquelle le GCS, s'il est choisi, devrait être mis en place : les GCS de taille importante (supra-départementale ou régionale) sont difficiles à piloter. La création de plusieurs GCS d'échelle infrarégionale, voire départementale, semble plus adaptée à la situation. Par ailleurs, des travaux doivent être menés par les SAS pour définir les modalités de mise en œuvre du GCS et de gestion des OSNP en son sein.

- 3) L'échelon d'organisation et d'action du SAS, au moment de son lancement, pourra être départemental, interdépartemental, etc. selon les territoires jugés les plus pertinents pour les acteurs et les organisations.

Néanmoins, notamment dans les départements avec une faible activité et dans un contexte de rareté de la ressource médicale et ARM, il est recommandé d'envisager une articulation territoriale des SAS pouvant bénéficier à plusieurs départements notamment pour l'organisation du premier décroché. L'échelon infra-départemental n'est pas recommandé.

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 doit figurer dans le projet de la structure. Cette solidarité régionale permettra, par exemple, une

meilleure résilience en cas de panne.

D'un point de vue organisationnel et technique et en lien avec les organisations préexistantes au sein des SAS, cela pourra prendre la forme de solutions d'entraide pour la régulation médicale lors des périodes de faible ou de très forte activité : bascule de lignes d'appels (en totalité ou partiellement) vers un autre SAS.

4) Il n'est pas apparu de critère discriminant pour préférer le recrutement des OSNP par l'établissement de santé ou l'association portant la filière ambulatoire.

En revanche, il est apparu essentiel que les conventions qui décrivent les organisations des plateaux de régulation SAS, prévoient de préciser les autorités hiérarchiques et fonctionnelles qui s'appliquent à ces professionnels (l'établissement de santé pour certains, l'association de régulation ambulatoire pour d'autres).

A titre d'exemple, le SAS 31 a choisi de constituer un GCS pour faciliter et sécuriser la mise à disposition de personnels entre les entités qui constituent le SAS.

5) La gouvernance peut associer les acteurs de la régulation ou les acteurs de la régulation et de l'effectif selon les organisations locales retenues. Il s'agit notamment des acteurs suivants :

- L'établissement de santé siège de SAMU ;
- Les représentants des médecins libéraux régulateurs via notamment les associations de permanence des soins ou les associations portant la régulation ambulatoire ;
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
- Les unions régionales des professions de santé (URPS) ;
- Les conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) ;
- Association représentant les effecteurs.

6) Un afflux d'appel a été constaté dans des territoires où une communication grand public locale a été prévue. Il est fortement recommandé de bien articuler la communication le cas échéant sur l'ouverture du SAS avec la montée en charge des effectifs, notamment en ARM, afin que ceux-ci soient suffisants pour absorber l'afflux d'appels. Il est également recommandé de rappeler aux usagers le respect du parcours de soins et la réponse graduée en fonction de la situation (recours au médecin traitant en première intention ; si celui-ci n'est pas disponible recherche d'un rendez-vous via la cartographie de l'offre de soins non programmés ; en troisième intention appel du SAS (15)).

7) S'agissant de l'organisation du N2 de la filière ambulatoire, il est recommandé de ne pas positionner d'ARM sur des fonctions d'OSNP, compte tenu du contexte de pénurie d'ARM.

Par ailleurs, pour préserver la ressource en ARM, pour qui le premier décroché implique une cadence de travail importante et une expertise spécifique, il est recommandé d'organiser des rotations régulières entre les deux niveaux (premier décroché et N2) de la filière AMU.

8) A l'issue de la phase pilote il apparaît que les principaux défis des acteurs pour bâtir une organisation interne robuste de la régulation sont :

- la définition du rôle de l'opérateur de soins non programmés (OSNP) à travers une fiche de poste OSNP précise (un modèle national a été diffusé) et des formations adaptées ;
- le positionnement des ARM au sein du SAS : compte tenu des tensions RH, il ne semble pas opportun de généraliser une organisation basée uniquement sur des ARM, au risque d'aggraver les tensions existantes en matière de recrutement. Pour cela il convient de prioriser le positionnement d'un OSNP, plutôt que d'ARM, en N2 de la filière ambulatoire et de mettre en place d'une rotation entre les ARM des différents niveaux de régulation ;

Il peut également y avoir des problématiques de locaux : des travaux sont engagés par des établissements de santé pour accueillir davantage de personnel sur les plateaux de régulation (c'est le cas des SAS 21-58, 59, 80, 73, 78 par exemple).

Il est aussi possible de mettre en place une régulation à distance notamment pour les médecins régulateurs afin de répondre aux problématiques de recrutement.

9) En effecton, il apparaît essentiel pour les nouveaux comme pour les SAS lancés de s'appuyer sur :

- l'organisation des soins non programmés des CPTS du territoire pour impliquer *a minima* les médecins adhérents dans l'effecton de soins non programmés ;
- les structures d'exercice coordonné (MSP et centres de santé) ;
- SOS Médecins, notamment pour les visites à domicile ;
- la CPAM locale pour communiquer auprès des médecins effecteurs du territoire.

10) Les filières spécialisées pourront être renforcées et certaines ont vocation, à long terme, à être généralisées, car elles permettent d'apporter une réponse complémentaire adaptée aux besoins des appelants tout en allégeant le flux d'appels pris en charge par la filière ambulatoire de médecine générale.

Toutefois, deux chantiers doivent être menés en priorité avant tout lancement d'une nouvelle filière :

- se baser sur un diagnostic territorial partagé pour identifier les besoins prioritaires, et ne pas seulement reconduire et développer des organisations préexistantes ;
- s'assurer de la bonne appropriation par les acteurs des outils développés.*

Les DAC peuvent être associés aux réflexions et travaux locaux.

11) Accompagner le déploiement et l'usage de la plateforme numérique nationale auprès des utilisateurs.

Pour ce faire, la DGOS et l'ANS mettent à disposition un dispositif de communication et de formation à la plateforme numérique à destination des **effecteurs** et **des acteurs de la régulation médicale** (OSNP) dans l'utilisation de la plateforme. Des référents territoriaux et gestionnaires de comptes doivent être identifiés comme correspondants et relais auprès des acteurs du territoire afin d'en promouvoir l'usage.

Par ailleurs, l'authentification via Pro Santé Connect devient le moyen de connexion privilégié à la plateforme numérique SAS pour les régulateurs/OSNP. Pour ce faire, chaque régulateur/OSNP doit disposer d'une carte CPX nominative et de l'équipement nécessaire. L'ANS accompagne les SAS dans l'acquisition du matériel nécessaire.

L'agrégation d'offres de soins disponibles tient à la poursuite de l'interfaçage avec les solutions de prise de rendez-vous dédiées à la médecine de ville. La mise en service des premières interfaces avec les logiciels de régulation médicale (pour fluidifier le poste de travail de l'OSNP) est effective dans certains SAS et les travaux d'interfaçage avec les logiciels SOS médecins et CPTS notamment se poursuivent en 2024.

Les plateformes déployées localement devront être interfacées avec la plateforme nationale pour continuer à être utilisées par les équipes de régulation des SAS concernés.

- 12) **Améliorer les résultats de recherche pour maximiser l'offre de soins** (ROR, import de fichiers xls, etc.), la DGOS et l'ANS, et au besoin, des sous-groupes utilisateurs, ont défini des évolutions en 2023 sur l'amélioration de la pertinence des résultats (filtrage des professionnels uniquement avec des disponibilités, zone géographique) et l'amélioration du moteur de recherche (auto-complétion, recherches suggérées).

Annexe 2 - Méthodologie du retour d'expérience

I. Étapes clés de la construction du retour d'expérience (RETEX)

Le retour d'expérience repose sur le recueil de **données d'activité quantitatives et qualitatives** pour les **20 premiers SAS pilotes lancés**⁷. Il observe la **période allant du second semestre 2021 au premier semestre 2022**. Les SAS s'étant tous lancés à des dates différentes, cette période permet de rassembler le maximum de données comparables.

Points clés du RETEX	Points positifs	Difficultés rencontrées
Enjeux et objectifs du retour d'expérience.	Offrir une grille d'analyse et d'aide à la décision partagée pour la mise en place ou le renforcement d'un SAS. Produire un bilan global, quantitatif et qualitatif qui permet de mettre en évidence les bonnes pratiques organisationnelles .	Lancement différé ou retardé des SAS. Prérequis pour le lancement d'un SAS pas toujours complètement acquis ⁸ . Remontée partielle des données des SAS vers les ARS, puis des ARS vers la DGOS. Utilisation partielle par certains SAS de la plateforme numérique nationale.
Choix de la période d'exploitation des données .	Données d'activité des 20 premiers SAS lancés entre le second semestre 2021 et le premier semestre 2022 .	Dates de démarrage étalées dans le temps et parfois différées.

⁷ Auvergne-Rhône-Alpes : le SAS 38 lancé le 25 mai 2021, le SAS 69 lancé le 1^{er} février 2021 et le SAS 73 lancé le 14 juin 2021

Bourgogne-Franche-Comté : le SAS 21-58 lancé le 14 juin 2021

Bretagne : le SAS 29 lancé le 6 septembre 2021 et le SAS 35 lancé le 29 juin 2021

Centre-Val de Loire : le SAS 36 lancé le 1^{er} décembre 2021 et le SAS 37 lancé le 30 novembre 2021

Grand-Est : le SAS 57 lancé le 1^{er} juin 2021

Hauts-de-France : le SAS 59 lancé le 1^{er} juillet 2021 et le SAS 80 lancé le 1^{er} juin 2021

Ile-de-France : le SAS Paris et petite couronne (en préfiguration SAS depuis mi-2022) et le SAS 78 lancé le 1^{er} novembre 2021

La Réunion : le SAS 974 lancé le 1^{er} septembre 2021

Normandie : le SAS 50 lancé le 23 mars 2021 et le SAS 76B lancé le 19 avril 2021

Nouvelle Aquitaine : le SAS 33 lancé le 11 février 2021 et le SAS 86 lancé le 1^{er} mars 2021

Occitanie : le SAS 31 lancé le 31 mai 2021

Pays de la Loire : le SAS 44 lancé le 19 mai 2021

⁸ Annexe 4 – Annexe 2 de l'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

	Les données ont été retenues afin de croiser un maximum d'éléments comparables, en fonction des dates de démarrage des SAS et de la maturité des organisations.	
Collecte des données d'activité quantitatives et qualitatives .	<p>Informations quantitatives obtenues, quand cela était possible, par transmission des ARS à la DGOS de données d'activité des SAS.</p> <p>Informations qualitatives obtenues par des bilatérales mensuelles DGOS/ARS et des entretiens ciblés avec les équipes des SAS (régulation et effectif). Ces entretiens ont été réalisés après les premiers mois d'activité des SAS).</p>	Peu d'ARS ont remonté les indicateurs de suivi pour les données quantitatives ⁹ . Le paramétrage nécessaire des outils SI et de téléphonie des SAMU/SAS a souvent été mis en cause comme n'ayant pas toujours permis de recueillir l'ensemble des données attendu.
Partage des résultats et diffusion du RETEX	Permet de nourrir l'instruction pour la généralisation progressive des SAS , parue en décembre 2022. La diffusion du RETEX en 2024 permettra d' accompagner le lancement des nouveaux projets .	Les retours peuvent être néanmoins partiels. Le nombre de répondants varie selon les thématiques traitées et la maturité de chacun des SAS considérés.

I. Source des données quantitatives et qualitatives du RETEX

A. Les données qualitatives sont issues :

1. Des bilatérales mensuelles entre la DGOS et les référents métier des ARS

Des bilatérales métiers et techniques (webinaires, points dédiés avec les acteurs et les ARS pour le suivi des projets individuels, etc.) sont **réalisées par l'équipe SAS de la DGOS depuis janvier 2021**. **Des points avec l'ensemble des référents ARS pour**

⁹ Annexe 3 – Annexe 3 de l'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

partager les difficultés rencontrées et échanger les bonnes pratiques sont également organisées depuis la mi-2022.

Les thèmes abordés lors de ces échanges opérationnels sont relatifs à :

- **La gouvernance** du SAS ;
- **L'organisation interne du SAS** (l'organisation de la régulation de médecine générale, les protocoles de redirection des appels entre les différentes filières, le statut juridique du SAS, etc.) ;
- **L'organisation territoriale** (l'articulation avec les acteurs de l'effectif des soins non programmés) ;
- **L'utilisation des outils techniques** (la bascule des appels entre les différentes filières, l'inscription des professionnels de la régulation et de l'effectif sur la plateforme numérique nationale, etc.) ;
- **Le pilotage de l'activité** (la capacité à suivre les indicateurs d'activité proposés par la DGOS, etc.).

2. Des entretiens avec les acteurs de la filière d'aide médicale urgente et la filière ambulatoire des SAS entre le second semestre 2021 et le premier semestre 2022

Les thèmes abordés sont relatifs à :

- **La création du SAS :**
 - o Statut du répondant ;
 - o Gestion de projet et mobilisation des acteurs (associations de médecine ambulatoire, CPTS, SOS Médecins) ;
 - o Communication.
- **L'organisation, le fonctionnement et les outils :**
 - o Date de lancement du SAS ;
 - o Lieu (maillage, département) ;
 - o Structures participantes, interactions avec les structures existantes, répartition des postes ;
 - o Processus internes/fonctionnement (lieu, créneaux horaires, répartition RH : qui et comment, régulation à distance) ;
 - o Articulation avec la PDSA ;
 - o Ressources humaines (recrutements/formations, dimensionnement, qui emploie les OSNP).
- **Concernant plus spécifiquement les acteurs de la régulation et de l'effectif :**
 - o Fonction au sein du SAS (médecin régulateur filière AMU, ambulatoire, ARM, OSNP) ;
 - o Adhérent à une association locale de régulateurs ou une organisation de représentants libéraux ;
 - o Part de la régulation SAS au sein de l'activité professionnelle du médecin régulateur ;
 - o Lieu de participation à l'effectif (cabinet individuel, maison de santé, maison médicale de garde, CPTS, SOS Médecins, etc.).

B. Les données quantitatives sont issues :

1. De la plateforme numérique et permettent de recueillir une partie des données d'activité :

Le recueil de données repose sur :

- Indicateurs concernant la déclaration des effecteurs (médecins généralistes) sur leur participation au SAS
- Indicateurs concernant l'activité de recherche par les "régulateurs" filière généraliste (OSNP/ARM/MGR) sur la plateforme SAS d'offre de soins disponible
- Activité d'orientation et de prise de rendez-vous par la régulation

2. Du recueil auprès des ARS (transmission mensuelle à la DGOS) :

Le recueil de données repose sur :

- Nombre d'appels décrochés par le SAS
- Taux d'accueil
- Qualité de Service 30s
- Nombre de DRM créés par le SAS
- Nombre de DRM traités par les MR hospitaliers
- Nombre de DRM traités par les MR libéraux
- Nombre d'effecteurs actifs (nombre de médecins de ville ayant accepté au moins une consultation sur orientation du SAS dans le mois)
- Nombre de consultations et visites chez un professionnel de santé prises aux horaires PDSA

Annexe 3 – Annexe 3 de l’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

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 production¹⁰.

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)¹¹.

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]**).

¹⁰Lors 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.

¹¹ L’ARS doit transmettre à la DGOS les données à l’adresse suivante : DGOS-SAS@sante.gouv.fr

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 (<i>indicateur PPG – seul indicateur PPG à recueillir directement au niveau des SAS</i>)	Tableau de suivi des orientation de la régulation ambulatoire (renseignement manuel)	Mensuelle/ou trimestrielle en fonction de la capacité du SAS à suivre la donnée

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
7) Nombre de consultations/orientation en ville prises par le SAS (<i>indicateur PPG</i>)	Plateforme numérique SAS	Mensuelle
8) Nombre de professionnels de santé effecteurs dans le SAS (<i>indicateur PPG</i>)	Plateforme numérique SAS	Mensuelle
9) Part de la population couverte par un SAS	DGOS/R2	Mensuelle
10) 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
11) Nombre de DR : <i>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.)</i>	Outils SI du SAMU (LRM)	Annuelle
12) Nombre de conseils « aller aux urgences » délivrés	Tableau de suivi des décisions/orientations de la filière MG	Annuelle
13) Nombre de prescriptions médicamenteuses téléphoniques délivrées (<i>Cadre de référence HAS, Prescription Médicamenteuse Téléphonique (2009)</i>)	Tableau de suivi des décisions/orientations de la filière MG	Annuelle
14) Nombre d'appels au médecin traitant du patient	Tableau de suivi des décisions/orientations de la filière MG	Annuelle
15) Nombre de consultations chez un médecin <u>prises aux horaires PDSA</u>	Tableau de suivi des décisions/orientations des MG aux horaires de PDSA	Annuelle
16) Nombre de visites d'un médecin au domicile <u>aux horaires de PDSA</u>	Tableau de suivi des décisions/orientations des MG aux horaires de PDSA	Annuelle
17) Nombre de visites d'un professionnel de santé au domicile organisées par la filière MG du SAS	Suivi filière MG/PTF numérique SAS	Annuelle

18) Nombre de Rdv de téléconsultation pris par le SAS	Tableau de suivi des décisions/orientations de la filière MG	Annuelle
19) Durée moyenne des appels pris en charge par l'assistant de régulation médicale de front office	Outils SI/téléphonie SAMU	Annuelle
20) Durée moyenne des appels pris en charge par l'ARM N2 de la filière AMU	Outils SI/téléphonie SAMU	Annuelle
21) Durée moyenne des appels pris en charge par l'opérateur de soins non programmés de la filière MG	Outils SI/téléphonie SAMU	Annuelle
22) Durée moyenne des appels pris en charge par le médecin régulateur libéral	Outils SI/téléphonie SAMU	Annuelle
23) Durée moyenne des appels pris en charge par le médecin régulateur hospitalier	Outils SI/téléphonie SAMU	Annuelle
24) 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) : 25) dont nombre de SMUR 26) dont nombre d'ambulances privées ; 27) dont nombre de VSAV déclenchés par le SAS dont VSAV par carence ambulancière ; 28) dont nombre de VSAV déclenchés en prompt secours par le CODIS.	Pour la filière AMU : outils SI du SAMU (LRM)	Annuelle
29) 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) : 30) dont vers un établissement de santé (hors SU), 31) dont vers un service d'urgence, 32) dont vers des soins de ville, 33) dont laissé sur place.	Pour la filière AMU : outils SI du SAMU (LRM)	Annuelle

Annexe 4 - Annexe 2 de l'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

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 par un SAS pour fonctionner pleinement.

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

GOVERNANCE 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 (URPS, CDOM, association de PDSA, association de MG, CPTS ou inter-CPTS si elle existe...). La gouvernance du SAS doit être dissociée de la gouvernance de la PDSA.

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 n° 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 MG, 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 (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'effectif 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'effectation sur la plateforme numérique nationale

Il est demandé à l'ensemble des professionnels de s'inscrire sur la plateforme numérique SAS.

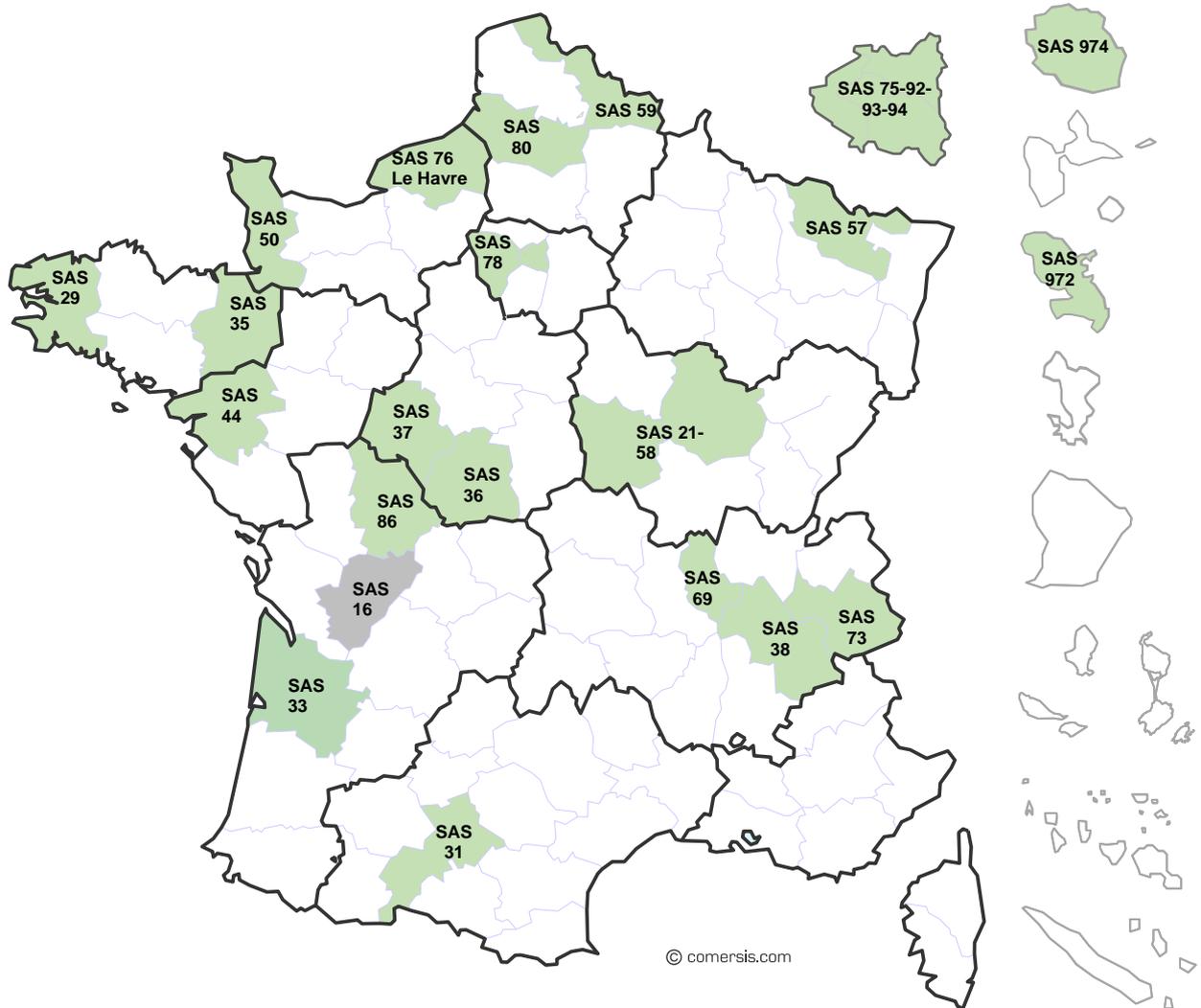
- Pour les **professionnels de la chaîne de régulation** (régulateurs et OSNP), ils doivent se créer un compte afin d'accéder à une offre élargie de médecins effecteurs. Les OSNP sont les profils qui seront les plus à même d'utiliser cet outil. Pour autant, nous invitons tous les médecins régulateurs 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 2 heures, 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 trimestriellement les indicateurs d'activité listés par la DGOS (cf. annexe 3).

Annexe 5 - Cartographie des SAS pilotes



- SAS lancés
- SAS non lancé