



# MISSION D'ACCOMPAGNEMENT À LA GÉNÉRALISATION DES SAS

**Rapport**

**2023**

# **MISSION D'ACCOMPAGNEMENT À LA GÉNÉRALISATION DES SAS**

**DECEMBRE 2023**

## Table des matières

Objectifs de la mission	3
Composition de la mission	4
Restitution des travaux	4
Stratégie	5
Missions et objectifs du Service d'Accès aux Soins (SAS)	7
Avancement du déploiement national des SAS	8
Freins identifiés par la mission qui conditionnent le succès d'une généralisation à court terme (liste non exhaustive)	12
Synthèse des préconisations argumentées de la mission nationale	14
Organisation	15
Plateforme téléphonique du SAS	15
Pilotage opérationnel	18
Maille territoriale	19
Articuler efficacement régulation et effecton	19
Filières spécialisées	23
Articuler les SAS et les services d'urgence, contribuer à la désaturation des urgences	26
Ressources humaines	29
Dimensionner	29
Assistants de régulation médicale	30
ARM superviseurs et coordonnateurs	32
Opérateur de soins non programmés	33
Médecin régulateur libéral	35
Médecin urgentiste	37
Système d'information	39
Gouvernance	43
Financement	48
Communication	52
Formation, qualité et évaluation	56

## Objectifs de la mission

Le Service d'accès aux soins (SAS) est un nouveau service d'orientation de la population dans le système de santé. Pour le patient confronté à un besoin de soins urgents ou non programmés et lorsque l'accès à son médecin traitant n'est pas possible, le SAS doit permettre d'accéder à un professionnel de santé.

Les premiers sites pilotes du SAS ont été annoncés en novembre 2020. La généralisation du dispositif SAS à l'ensemble du territoire national a été annoncée en octobre 2022 lors du lancement du conseil national de la refondation en Santé. Cet objectif a été réaffirmé par la publication de l'instruction DGOS de généralisation des SAS et par le Président de la République lors de ses vœux aux acteurs de la santé en janvier 2023.

La mission d'accompagnement à la généralisation des SAS a pour objectif de garantir un maillage de tout le territoire par le SAS d'ici à la fin de l'année 2023.

Les objectifs fixés à la mission ont été de :

1. Conduire un diagnostic des territoires sans projets opérationnels pour identifier les leviers à mobiliser en urgence afin d'accélérer le déploiement ;
2. Aider au repérage et à la diffusion des bonnes pratiques des SAS en fonctionnement en prenant pour appui les recommandations de l'instruction visant à accompagner la généralisation des SAS de décembre 2022, elles-mêmes issues du retour d'expérience de la phase pilote ;
3. Proposer des actions de nature à rendre cette organisation lisible pour les patients et à faciliter leur accès à ce nouveau service ;
4. Sécuriser une réponse sans délai aux appels relevant de l'urgence vitale ;
5. Établir un plan d'actions pour faciliter le recrutement des régulateurs (médecins, assistants de régulation médicale (ARM) et opérateurs de soins non programmés (OSNP) et des effecteurs ;
6. Contribuer à renforcer le nombre d'effecteurs pouvant prendre en charge les orientations du SAS et l'articulation avec les organisations déjà en place dans les territoires, notamment celles portées par des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ;
7. Formuler des propositions pour accélérer le déploiement de la plateforme numérique nationale ;
8. Analyser les modalités d'orientation d'un patient vers un rendez-vous en ville en effectuant dans quelques SAS un suivi des rendez-vous ambulatoires pris dans les 72 heures après un appel ;

9. Identifier les conditions de réussite de filières spécialisées (comme la psychiatrie, la gériatrie ou la pédiatrie) dans les SAS lancés pour une généralisation de ces filières ;
10. Émettre des préconisations organisationnelles relatives aux modalités de réorientation des patients des services d'urgence en lien avec le SAS.

## Composition de la mission

Dr Delelis Fanien Henri SAMU-SAS 86 CHU de Poitiers

Mme Etchetto Céline ARS Nouvelle Aquitaine

Dr Frezet Yannick SAS 42

Dr Le Bihan Bénédicte ARS Nouvelle Aquitaine

Dr Penverne Yann SAMU-SAS 44 CHU de Nantes

M. Raymond Gérard (ou ses représentants en région) France Assos Santé

## Stratégie

Pour répondre aux objectifs assignés par le Ministre de la Santé et de la Prévention, des rencontres ont été conduites au sein des régions et DOM avec l'ensemble des acteurs concernés par la mise en œuvre des SAS, en lien avec les ARS et les organismes de l'assurance maladie. Un soutien institutionnel et un sponsoring local fort ont constitué un facteur clé de succès dans la mobilisation des acteurs, notamment dans les territoires sans projet malgré un planning contraint.

Le lancement de la mission MAG SAS a permis de partager l'ambition d'un maillage des SAS sur l'ensemble du territoire national. Les rencontres dans les territoires sans projet ont été prioritaires afin d'identifier les leviers et promouvoir sans délai le lancement du projet métier.

Les rencontres se sont déroulées soit à l'occasion d'un déplacement auprès des acteurs locaux lors d'une journée ou en visioconférence sur une demi-journée avec une volonté d'écoute et de dialogue.

L'ordonnancement de la journée était le suivant :

**Matin :** accueil et ouverture par l'ARS, présentation des objectifs de la mission MAG SAS et rappel du cadre national, RETEX des SAS locaux.

**Après-midi :** organisation de trois ateliers thématiques interactifs animés par les membres de la mission.

- Atelier 1 : organisation de la régulation, évolutions organisationnelles, définition des besoins capacitaires, systèmes d'information (SI) ;
- Atelier 2 : organisation de la filière de médecine générale : de la régulation à l'effection ;
- Atelier 3 : accompagnement au déploiement du SAS: projet métier et gouvernance, Budget de fonctionnement, financement SI et locaux.

Un temps de restitution général des ateliers a clôturé chaque journée.

Pour les visioconférences les échanges ont été condensés sur une demi-journée.

Les déplacements ont été réalisés dans les régions suivantes :

mardi	23-mai	Auvergne Rhône Alpes	LYON
mercredi	31-mai	Bourgogne Franche Comté	DIJON

lundi	05-juin	Corse	AJACCIO
mercredi	21-juin	PACA	NICE
mardi	27-juin	Normandie	CAEN
lundi	03-juil	Guadeloupe	POINTE A PITRE
mardi	04-juil	Martinique	FORT DE FRANCE
lundi	10-juil	Ile de France	PARIS
mardi	11-juil	Centre Val de Loire	ORLEANS
mercredi	12-juil	Grand Est	NANCY

Les visio-conférences ont été réalisées avec les régions suivantes :

mardi	06-juin	après midi	GUYANE : DG
Vendredi	09-juin	matin	BRETAGNE
jeudi	15-juin	après midi	PAYS DE LA LOIRE
mardi	20-juin	matin	NOUVELLE AQUITAINE
mercredi	28-juin	après midi	OCCITANIE
<i>à venir</i>			<i>HAUTS DE FRANCE</i>
<i>à venir</i>			<i>LA REUNION</i>

A date la mission doit encore organiser un temps de travail avec les acteurs des Hauts de France, le DG ARS de la Réunion et Mayotte.

Par ailleurs au-delà des rencontres ci-dessous, la mission a mené des bilatérales sur des SAS en lien avec les ARS référentes et a été à la rencontre de :

- La CNAM
- L'équipe du Tour de France des CPTS



## Missions et objectifs du Service d'Accès aux Soins (SAS)

Le SAS est un dispositif opérationnel au service de la population, dont les missions sont définies dans l'article L6311-3 du code de santé publique. Il répond aux demandes de soins urgents, relevant de l'aide médicale urgente (AMU) et aux demandes de soins non programmés (SNP) dans les 48h, relevant de la médecine ambulatoire.

Le SAS s'intègre dans un écosystème sanitaire organisé autour du médecin traitant, des CPTS et autres organisations territoriales de santé dans une logique de complémentarité et de pluriprofessionnalité. Il est également en lien avec les établissements de santé du territoire.

Si l'objectif initial affecté au SAS était de limiter le recours inapproprié aux services d'urgence, il apparaît aujourd'hui que sa contribution à l'amélioration de la réponse apportée aux patients est bien plus transversale et s'inscrit dans une démarche de qualité, sécurité et pertinence des soins.

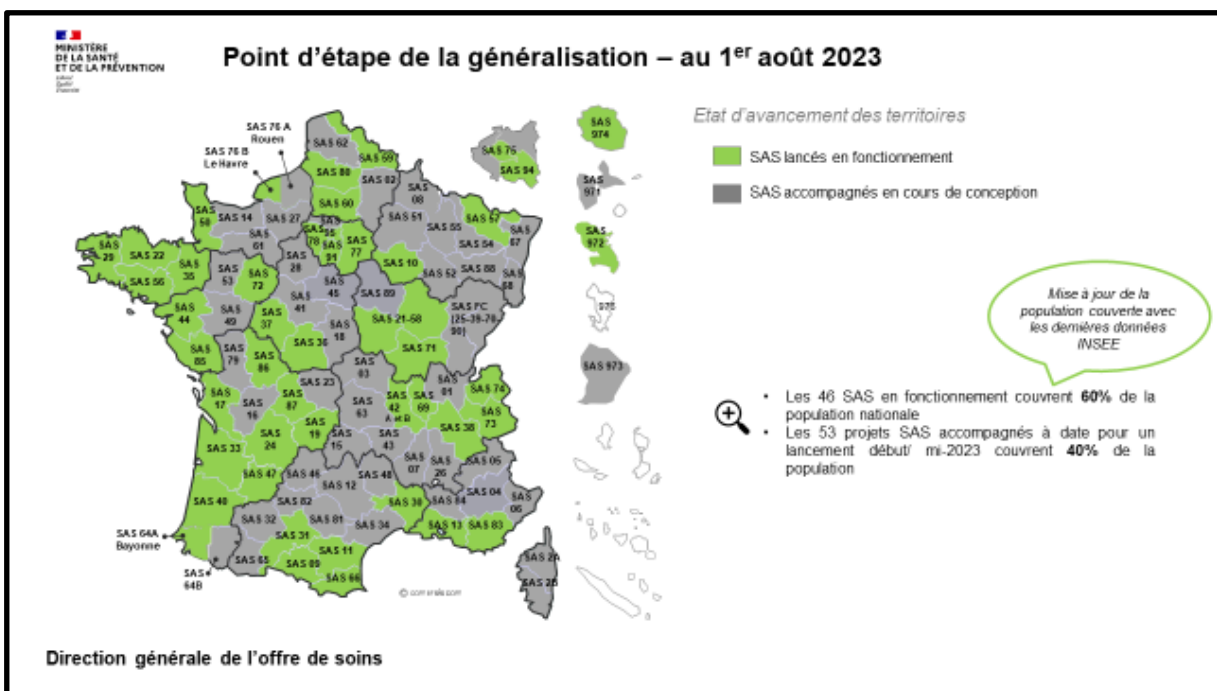
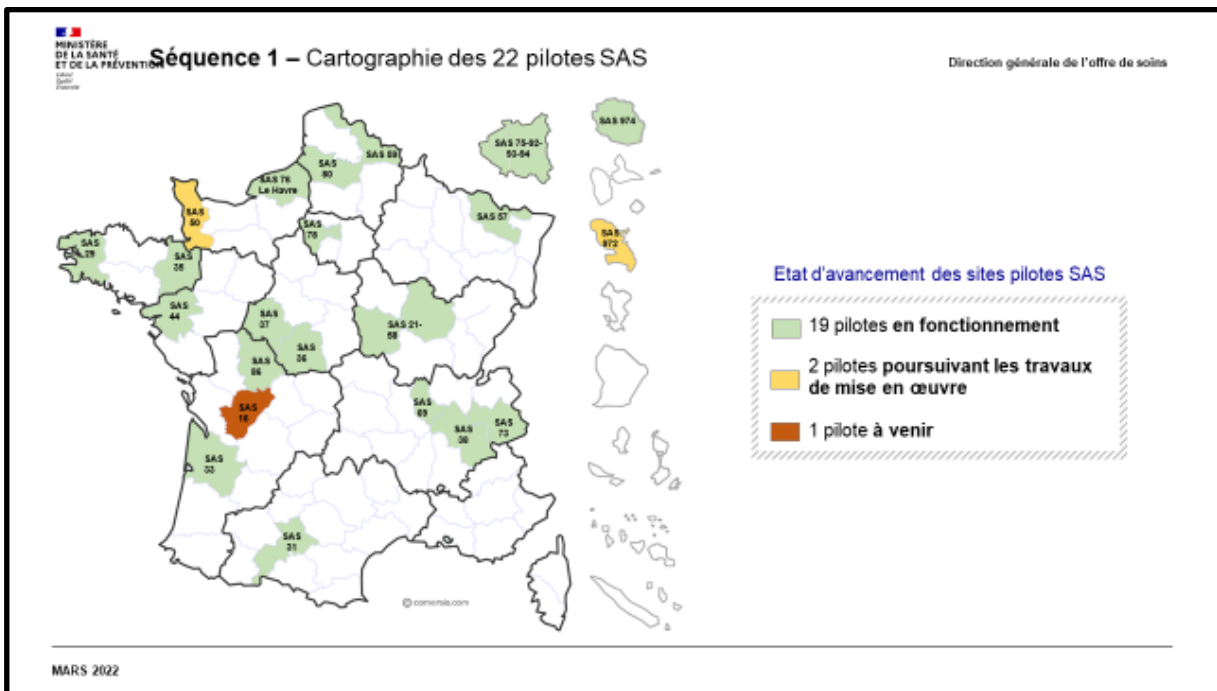
Le SAS sécurise la réponse aux appels relevant des urgences sanitaires grâce à l'évolution de son organisation, il participe à limiter la sollicitation des services d'urgence grâce à la régulation médicale et aux réponses plurielles apportées aux patients, il contribue à l'intégration des patients dans des filières de soins spécifiques. L'évaluation du service rendu par le SAS à nos concitoyens nécessite de laisser le temps aux organisations de se mettre en place et d'observer un fonctionnement nominal. La contribution du SAS à garantir la soutenabilité du système dans son ensemble, grâce au « bon usage » des ressources sanitaires et opérationnelles, devra également être évaluée.

En complément, le SAS participe à la convergence des professionnels de santé libéraux entre eux et en lien avec les établissements de santé dans une dynamique de réseau de soins.

Ainsi le SAS répond aux quatre objectifs stratégiques suivants :

- 1) Assurer la réponse aux urgences vitales réelles ou potentielles ;**
- 2) Réguler les demandes de soins non programmés et organiser, en lien avec les professionnels de santé libéraux, la réponse à apporter aux patients n'ayant pas préalablement et prioritairement trouvé de solution auprès de leur médecin traitant ou d'un autre professionnel de santé ;**
- 3) Participer à la désaturation des services d'urgences grâce à la régulation médicale préalable de l'accès aux services d'urgence ;**
- 4) Contribuer à l'intégration des patients dans les filières de soins adaptées.**

# Avancement du déploiement national des SAS



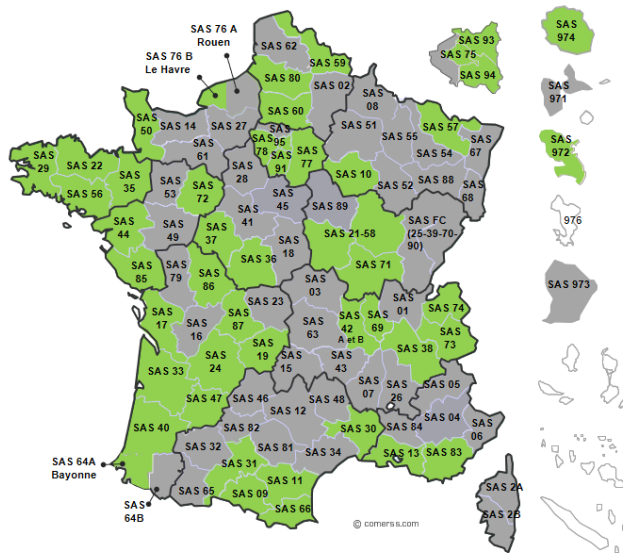
La mission nationale a recueilli les informations relatives aux perspectives de lancement des SAS non opérationnels au 1<sup>er</sup> août. Les projets disposent soit d'une date de mise en service d'ores et déjà planifiée soit d'une lettre d'intention adressée (ou à venir) à l'ARS territorialement compétente.

Le tableau ci-dessous illustre la planification des lancements opérationnels à venir :

SAS	date de lancement	SAS	Lancement à venir
<b>SAS NOUVELLE AQUITAINE</b>			
SAS 33 Gironde Pilote	11/02/2021 Convention en cours	SAS 79 Deux Sèvres	Démarrage prévu 10/2023 Lettre d'intention en cours
SAS 86 Vienne Pilote	01/03/2021 Convention en cours	SAS 23 Creuse	Démarrage prévu 1 <sup>er</sup> trimestre 2024
SAS 47 Lot et Garonne	01/10/2022 Convention signée	SAS 64B Navarre Côte Basque	Démarrage prévu fin décembre 2023
SAS 19 Corrèze	01/12/2022 Convention signée	SAS 16 Charente	Démarrage prévu dernier trimestre 2023/ 1 <sup>er</sup> trimestre 2024
SAS 64A Navarre Côte Basque	06/06/2023 Convention signée		
SAS 24 Dordogne	01/06/2023 Convention signée		
SAS 87 Haute Vienne	26/06/2023 Convention signée		
SAS 17 Charente Maritime	01/06/2023 Lettre d'intention signée Convention en cours		
SAS 40 Landes	01/07/2023 Lettre d'intention signée Convention en cours		
<b>SAS ILE DE FRANCE</b>			
SAS 78 Pilote	1/01/2022 GCS		
SAS 75 Pilote	02/2023	SAS 92	Démarrage prévu 09/2023
SAS 94 Pilote	Mai 2023	SAS 93	Démarrage prévue 09/2023
SAS 77	03/07/2023	SAS 95	Convention en cours Démarrage prévu 3 <sup>e</sup> trimestre 2023
SAS 91	22/05/2023 phase pilote et généralisation 19/06/2023		
<b>SAS BOURGOGNE FRANCHE COMTE</b>			
SAS 21-58	Lancé	SAS 25	Démarrage prévu T4 2023
SAS 71	Lancé	SAS 39	Démarrage prévu T4 2023
		SAS 70	Démarrage prévu T4 2023
		SAS 89	Démarrage prévu T3 2023
		SAS 90	Démarrage prévu T4 2023
<b>SAS CENTRE VAL DE LOIRE</b>			
SAS 36	Lancé		

SAS 37	Lancé		
		SAS 18	Démarrage prévu T4 2023 /T 1 2024 Lettre intention
		SAS 28	Démarrage prévu T1 2024
		SAS 41	Démarrage prévu T4 2023 Lettre d'intention
		SAS 45	Démarrage prévu T4 2023
<b>SAS OCCITANIE</b>			
SAS 31	Lancé juin 2021 Pilote	SAS 30	Démarrage prévu T3 2023
SAS 11	Lancé juillet 2022	SAS 34	Démarrage prévu T3 2023
SAS 66	Lancé juillet 2022	SAS 48	Démarrage prévu T3 2023
SAS 09	Lancé mai 2023	SAS12	Démarrage prévu T3/T4 2023
		SAS 32	Démarrage prévu T3/T4 2023
		SA S46	Démarrage prévu T3/T4 2023
		SAS 65	Démarrage prévu T3/T4 2023
		SAS 81	Démarrage prévu T3/T4 2023
		SAS 82	Démarrage prévu T3/T4 2023
<b>SAS GRAND EST</b>			
SAS 57	Lancé	SAS 68	Démarrage prévu T4 2023
SAS 10	Lancé	SAS 67	Démarrage prévu T3/T4 2023 Lettre d'intention
		SAS 51	Démarrage prévu T3/T4 2023
		SAS 55	Démarrage prévu T3/T4 2023
		SAS 52	Démarrage prévu T3/T4 2023
		SAS 88	Démarrage prévu T3/T4 2023
		SAS 08	Démarrage prévu T3/T4 2023
<b>BRETAGNE</b>			
SAS 29	Lancé		
SAS 35	Lancé		
SAS 56	Lancé		
SAS 22	Lancé		
<b>GUADELOUPE</b>			
SAS 971	Lancé		
<b>MARTINIQUE</b>			
SAS 972	Lancé		
<b>CORSE</b>			
		SAS 2A	Démarrage prévu T4 2023
		SAS 2B	Démarrage prévu T4 2023
<b>GUYANE : non applicable à date</b>			

## Point d'étape de la généralisation – au 1<sup>er</sup> septembre 2023



### Etat d'avancement des territoires

- SAS lancés en fonctionnement
- SAS accompagnés en cours de conception

Mise à jour de la population couverte avec les dernières données INSEE



Les 47 SAS en fonctionnement couvrent **60%** de la population nationale

Direction générale de l'offre de soins

Evolution au 1 septembre 2023

## Freins identifiés par la mission qui conditionnent le succès d'une généralisation à court terme (liste non exhaustive)

L'absence préexistante de régulation libérale en journée et de coopération ville hôpital constitue un point de fragilité au déploiement du SAS. En effet la connaissance réciproque des spécificités métiers des professionnels de l'AMU et de la médecine libérale est de nature à favoriser le déploiement du SAS.

Les postes d'ONSP confiés à des ARM à l'instar des postes de régulateurs libéraux assurés par des médecins de la filière AMU sont de nature à mettre en difficulté la mise en place du SAS par l'absence de lisibilité des missions de chacun et l'organisation RH.

La fragilité de la PDSA peut être un frein au déploiement du SAS.

Une gouvernance hospitalo-centrée ou cloisonnée entre le SAMU et la médecine de ville. Le SAS doit être une co-construction entre les acteurs de l'AMU et de la médecine de ville.

L'absence de communication et de transparence entre les acteurs est un frein majeur constaté du projet SAS.

Le sous effectifs des ARM fragilise l'organisation d'un front office efficace et constitue un point de vigilance important. Les effectifs ARM doivent être confortés pour favoriser le déploiement du SAS.

Le système d'information peut également constituer un frein majeur au déploiement du SAS.

La téléphonie et le logiciel de régulation médicale (LRM) doivent faire l'objet d'une analyse technique et d'une mise à niveau pour garantir une qualité de décroché et la répartition des appels sur les filières SAMU et Médecine Libérale.

Des contraintes architecturales ont été constatées à plusieurs reprises (taille, vétusté des locaux).

La montée en charge des effectifs (ARM, OSNP, médecins régulateurs et filières) et le SI impliquent une réflexion pour l'adaptation des locaux tant sur les plans que sur les modalités de financement.

Ces restructurations doivent faire l'objet d'une concertation avec l'ARS pour ne pas constituer un frein au déploiement du SAS.

Le déploiement du SAS nécessite de l'agilité et de la souplesse pour s'adapter aux besoins de santé et au projet métier des professionnels du territoire. Ainsi il doit pouvoir se déployer sur des infra territoires ou sur des créneaux horaires inférieurs à 12h pour répondre à la dynamique des acteurs.

Le financement du SAS nécessite une communication précoce dès la lettre d'intention signée et de la transparence pour garantir la confiance et favoriser l'implication des professionnels et des directions des établissements de santé.

La forme juridique (GCS ou convention) peut constituer un frein et doit faire l'objet d'un consensus pour s'adapter à la taille du SAS. Comme le précise l'instruction de généralisation des SAS, la mission a identifié la nécessité de laisser de la souplesse aux projets SAS dans le choix de la forme juridique support.

L'absence d'expert libéral, d'audience nationale constitue un frein dans le partage des pratiques et des processus entre les différents projets départementaux.

La démographie territoriale des professionnels de santé et leur localisation sont très hétérogènes conduisant à la recherche de solutions adaptées et parfois mutualisées.

L'absence de définition des besoins et l'élaboration d'un diagnostic territorial a pu être constatée et nuit à la mise en œuvre d'un projet adapté.

Un degré de maturité des CPTS hétérogène a été constaté.

Une démarche qualité ainsi qu'une évaluation des indicateurs très peu développées

L'absence d'ingénierie de projet co portée par les responsables du SAS a induit des retards importants dans la mise en œuvre du projet.

## Synthèse des préconisations argumentées de la mission nationale

En réponse aux objectifs assignés, la mission nationale a émis des **préconisations temporalisées** qui s'inscrivent dans une approche volontairement **pragmatique** afin de faciliter le déploiement opérationnel et le fonctionnement des SAS et **répondre à l'ambition d'une généralisation attendue sur le territoire à la fin de l'année 2023**.

Les préconisations sont le fruit des **rencontres avec les professionnels de santé des territoires et les institutions**, en concertation avec la représentation des usagers. Elles constituent des **facteurs clé de succès** et appellent à un **arbitrage politique** au regard de l'enjeu stratégique que constitue le déploiement du SAS et de l'état de tensions qui s'exerce sur le système de santé dans son ensemble.



# Organisation

## Plateforme téléphonique du SAS

P 1 Prioritaire	<b>Concentrer l'ensemble des flux téléphoniques populationnels sur le niveau 1 (N1) du SAS dont la prise en charge est exclusivement assurée par un assistant de régulation médicale.</b>
<p>L'ensemble des demandes sanitaires adressées au SAS doivent être accueillies et qualifiées par un assistant de régulation médicale, professionnel de santé spécifiquement formé à la caractérisation, l'orientation et la priorisation de l'appel. Identifier l'urgence évidente de certaines situations est accessible à la population pour une partie des motifs de recours (&lt; 5 à 7%), pour autant l'essentiel des demandes sanitaires ne relève pas de l'urgence évidente et nécessite l'expertise d'un ARM en lien avec les médecins régulateurs afin de parfaitement caractériser la situation et ne pas méconnaître des urgences médicales réelles ou potentielles. Les appels de patients adressés au SAS doivent ainsi être concentrés sur le N1.</p>	

P 2 Prioritaire	<b>Garantir la mise en œuvre effective du décroché bi-niveau.</b>  Le décroché bi-niveau constituant un facteur clé d'amélioration de l'accessibilité de la population au centre d'appels du SAS, il doit être opérationnel et adapté à la charge d'appels indépendamment de la période de continuité ou de permanence des soins.
<p>L'efficacité du décroché en mode bi-niveau est étayée sur le plan scientifique<sup>1234</sup> et devrait disposer dans les prochains mois de nouveaux travaux d'évaluation multicentriques. Cette évolution organisationnelle fait désormais partie du schéma directeur du SAS et illustre particulièrement son efficacité en période de forte activité. Afin de garantir à la population un même niveau de service, la mise en œuvre du décroché bi-niveau doit s'affranchir de la distinction entre continuité et</p>	

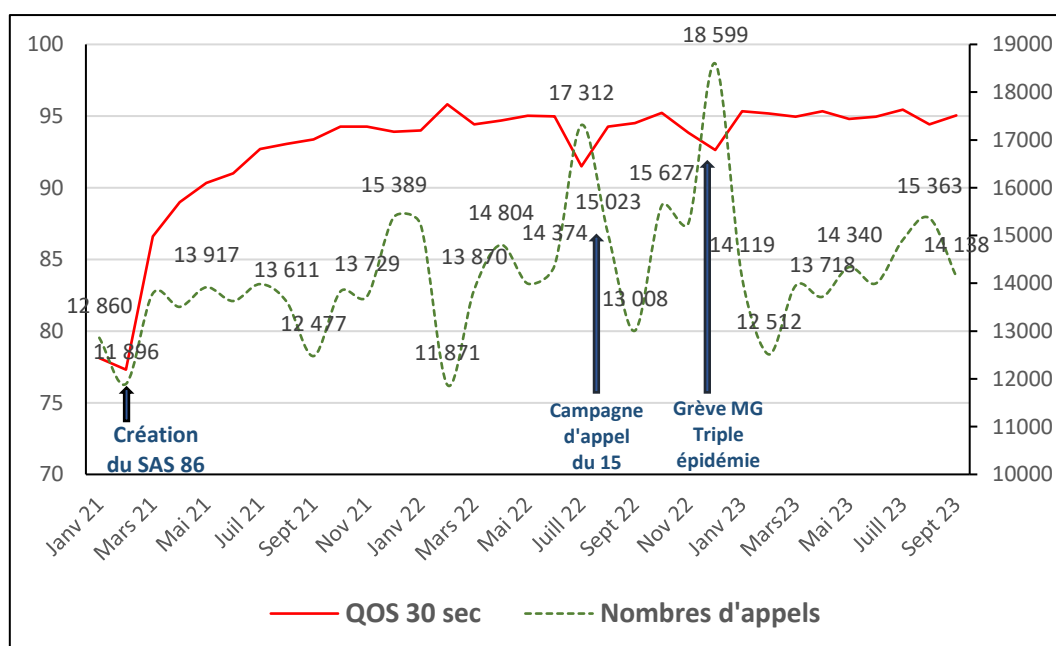
<sup>1</sup> Vianney Boeuf. Dynamics of a two-level system with priorities and application to an emergency call center. Optimization and Control [math.OC]. Université Paris Saclay (COMUE), 2017.

<sup>2</sup> Eva Petitemange. SAMUFLUX : une démarche outillée de diagnostic et d'amélioration à base de doubles numériques : application aux centres d'appels d'urgence de trois SAMU. Autre [cs.OH]. Ecole des Mines d'Albi-Carmaux, 2020.

<sup>3</sup> Marin Boyet. Piecewise affine dynamical systems applied to the performance evaluation of emergency call centers. Optimization and Control [math.OC]. Institut Polytechnique de Paris, 2022.

<sup>4</sup> Penverne Y, Leclere B, Labady J, Berthier F, Jenvrin J, Javaudin F, Montassier E. Impact of two-level filtering on emergency medical communication center triage during the COVID-19 pandemic: an uncontrolled before-after study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2020 Aug 14;28(1):80.

permanence des soins et être adaptée à la réalité des flux téléphoniques adressés au SAS. Par ailleurs, pour les équipes, il est nécessaire de disposer des ressources suffisantes pour instaurer cette nouvelle organisation afin d'accompagner favorablement le changement et limiter les risques de dysfonctionnement (congestion des niveaux). La correction des insuffisances d'allocation de ressources est un prérequis après avoir objectiver les besoins. Le respect du ratio d'un assistant de régulation médicale en N1 (front office) pour deux opérateurs en N2 (back office) permet d'approcher efficacement une bonne planification des ressources du front office.



SAS 86 : Qualité de service 30s en organisation bi-niveau et appels adressés

P 3 Secondaire	<b>Étudier l'opportunité d'une régulation médicale délocalisée afin de faciliter le recrutement de médecins régulateurs lorsque les conditions le justifient</b> : à savoir une démographie médicale défavorable, des délais ou une distance importante afin d'accéder au centre de réception et de régulation des appels.
P 4	<b>Soumettre l'organisation d'une régulation délocalisée</b> (au cabinet du professionnel ou dans un établissement support périphérique) <b>à l'autorité du DG ARS</b> , en concertation avec le responsable du SAMU et de la régulation libérale départementale et selon des critères de sécurisation et de qualité <sup>567</sup> .

<sup>5</sup> Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale- Guide HAS-Mars 2011

<sup>6</sup> Haute Autorité de Santé - Un guide pour améliorer la qualité et la sécurité des soins au sein des SAMU (has-sante.fr)

<sup>7</sup> Guide régulation SAMU- Samu de france- 2019

La délocalisation de la régulation médicale peut constituer une opportunité de recrutement de médecins régulateurs libéraux dans un contexte de tension démographique, de moindre disponibilité des professionnels de santé. Le temps d'accès à la plateforme du SAS peut constituer un frein à participer à l'activité de régulation médicale. La délocalisation de la régulation médicale peut s'envisager directement au cabinet médical ou dans un lieu de proximité des médecins (exemple centre hospitalier de proximité) distinct du centre de réception et de régulation des appels. La régulation médicale exercée dans ce contexte doit être exclusive et ne pas être réalisée en même temps que d'autres tâches. L'exigence de sécurité des systèmes d'information est un impératif. L'unicité applicative du logiciel de régulation médicale facilite la mise en œuvre d'un tel dispositif et doit être réaffirmée comme élément technique socle et conditionnant.

La mission attire l'attention sur le fait que la délocalisation de la régulation médicale ne doit pas constituer un facteur d'identité et d'autonomisation de la régulation médicale des SNP qui cristallise parfois au travers du choix d'un applicatif de régulation médicale différent et insuffisamment ou non interopérable avec l'applicatif du SAMU. La délocalisation doit garantir la dynamique de convergence portée par le SAS et être justifiée.

En situation de gestion des crises sanitaires, la délocalisation de la régulation médicale peut également constituer une opportunité organisationnelle pour les SAS dont l'activité est colocalisée. Il s'agit d'un moyen facilitant ponctuellement l'allocation de ressources et permet de répondre à une charge importante d'appels. Cette capacité de résilience touche à la fois l'aide médicale urgente et la médecine libérale. Elle ouvre également la porte à la supra-départementalité et l'entraide entre les SAS.

<p>P 5 Prioritaire</p>	<p><b>Promouvoir le lancement opérationnel du SAS dès que les fonctions socles</b> (décroché bi-niveau, régulation des SNP et orientation vers la ville) peuvent être assurées sur tout ou partie de la continuité des soins. Planifier et suivre la montée en charge progressive.</p>
<p>P 6 Prioritaire</p>	<p>Chaque SAS doit à son lancement démarrer une régulation libérale quotidienne, afin de créer une dynamique, même si celle-ci n'est pas déployée initialement sur l'ensemble des horaires SAS de journée.</p>

Le lancement opérationnel doit s'envisager dès que les fonctions socles sont disponibles sur une partie de la journée. Cette stratégie permet d'accompagner le changement auprès des équipes, d'adapter les organisations lors de la montée en charge, de constituer un facteur d'attractivité pour les professionnels. A titre d'exemple, de nombreux SAS ont démarré le décroché bi-niveau sur quelques heures avant d'étendre son application. Cela a permis d'objectiver les gains d'accessibilité pour la population et gagner en adhésion auprès des équipes d'ARM. Il doit en être de même concernant la régulation libérale, présentielle ou délocalisée, dès le lancement du SAS.

## Pilotage opérationnel

<p>P 7 Prioritaire</p>	<p><b>Exiger la disponibilité des indicateurs de pilotage opérationnel des SAS</b> afin de permettre au métier de réaliser <b>une prévision d'activité et une planification efficace des ressources.</b></p> <p>Les éditeurs des solutions de téléphonie et de régulation médicale ainsi que les directions des services numériques des établissements de santé en lien avec les Groupements Régionaux d'Appui au Développement de la e-santé GRADeS, l'assurance maladie et les Observatoires des Urgences (ORU) devront être chargés d'assurer la mise en œuvre effective de cette préconisation sous l'égide de l'ARS .</p>
<p>Disposer en routine des indicateurs d'activité et de performance permet de pouvoir objectiver les dysfonctionnements, y apporter les mesures correctives et en évaluer l'effet. Il s'agit également d'un besoin de base pour prévoir l'activité et planifier efficacement les ressources afin de garantir à la population une accessibilité et des délais de prise en charge adaptés. Nombreux sont les centres qui ne disposent pas en routine de ces informations, soit parce que seul l'éditeur ou les directions des services numériques des établissements peuvent les produire, soit parce que les indicateurs ne sont simplement pas disponibles.</p> <p>L'évaluation nationale du SAS, appelle également à pouvoir évaluer la montée en charge et le service rendu grâce à la disponibilité des indicateurs d'activité et de performance.</p>	

## Maille territoriale

<b>P 8</b> Secondaire 2025	<b>Soutenir l'évolution de la territorialité opérationnelle et engager les travaux pilotes</b> de mise en œuvre de la supra-départementalité des SAS dans une logique d'efficacité et de résilience conformément au rapport du mois de mai 2023 de la Cour de Comptes <sup>8</sup> .
<p>La maille territoriale historique des SAMU est principalement départementale sur le territoire national. Les SAMU et les SAS à cette étape de constitution et de généralisation fonctionnent de manière cloisonnée sans répartition de charge des appels, alors qu'ils ne connaissent pas le même niveau d'activité. Le niveau d'occupation des centres est asynchrone. Cela met en perspective l'interconnexion des SAS pour améliorer les temps d'accès, ces différents points ont été évalués sur le plan scientifique<sup>9</sup>. Ainsi, envisager la supra-départementalité opérationnelle telle qu'évoquée dans l'instruction de généralisation des SAS nécessite de soutenir des projets pilotes de qualification et d'étude de faisabilité, dans une logique d'efficacité et d'évolution nécessaire de la maille territoriale opérationnelle historique.</p>	

Articuler efficacement régulation et effecton. La priorité de l'adressage vers la médecine de ville débutera par le médecin traitant du patient.

<b>P 9</b> Prioritaire	<b>Créer dans chaque SAS une charte libérale</b> d'adressage vers les effecteurs, sur la base d'un logigramme concerté afin d'organiser les niveaux d'adressage des patients vers la médecine de ville en fonction des réalités locales. La mission a mis à disposition la charte d'adressage du SAS 42.
<b>P 10</b>	Après avoir référencé l'offre de soins non programmés libérale existante, chaque SAS devra définir et déployer un logigramme d'adressage vers les professionnels de santé de la ville.
<p>L'établissement de cette charte d'effecton, en accord avec les acteurs médicaux libéraux territoriaux, permet une juste répartition des consultations de SNP ré adressées vers la ville. Chaque territoire devra constituer sa charte en fonction de l'offre de soins libérales existantes (CPTS, médecins généralistes, centres de SNP, MSP...), ordonner les différents acteurs libéraux participant au SAS afin d'établir un</p>	

<sup>8</sup> [La sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023 \(ccomptes.fr\)](https://www.ccomptes.fr)

<sup>9</sup> Y. Penverne and al. A dual numerical approach to evaluating the territorial organization of response to medical emergency calls. Submitted NPJ Digital Medicine - novembre 2023

logigramme d'adressage. Cette charte, à disposition des OSNP, permet de respecter une neutralité d'adressage opposable à tous. La priorité de l'adressage vers la médecine de ville débutera par le médecin traitant du patient.

P 11 Prioritaire	<b>Intégrer l'activité des structures de soins non programmés dans le cadre d'un parcours coordonné</b> afin de garantir le service rendu à la population et lutter contre toute surconsommation médicale.
---------------------	--

L'ouverture de structures de soins non programmée se fait majoritairement en dehors de toute concertation sur la pertinence de leurs implantations ni de leur intégration dans l'offre de soins existante ou nécessaire, car elle est considérée comme une activité libérale non soumise à des contraintes d'installation.

Alors que les médecins généralistes exerçant de manière classique en cabinet s'organisent pour répondre aux SNP quotidiennement, les centres de soins non programmés peuvent constituer un facteur de déstabilisation et de désengagement pour certains praticiens. En effet, certains patients à qui un créneau de SNP a été proposé sollicitent directement le centre de soins non programmés, obtiennent un rendez-vous plus rapidement et ne se présentent pas au rendez-vous initialement fixé. Il apparaît ainsi central dans une dynamique de lutte contre la surconsommation des soins et d'exigence de coordination, d'intégrer l'activité des centres de soins non programmés dans un parcours de soins coordonnés avec le médecin traitant et d'en piloter l'activité et l'offre.

Par ailleurs, une attention doit également être portée sur l'impact des structures de soins non programmés sur la fuite des médecins urgentistes qui constitue dans le contexte un facteur de déstabilisation supplémentaire de l'activité des structures d'urgence et de la PDES.

P 12 Prioritaire	<b>Positionner le médecin traitant comme pierre angulaire de la prise en charge, valoriser financièrement son rôle de coordination.</b> Conforter l'accès direct aux professionnels de santé libéraux dans une logique de pluriprofessionnalité pour faciliter l'accès aux soins et libérer du temps médical. Définir les situations cliniques éligibles dans une logique de qualité et sécurité des soins.
---------------------	---

Améliorer l'accès aux soins nécessite de libérer du temps médical, de faciliter le décloisonnement entre les professionnels de santé et de permettre à la population de solliciter directement les professionnels de santé (infirmiers libéraux, pharmaciens, kinésithérapeutes, sages-femmes). Dans cette évolution organisationnelle, il faut affirmer le rôle central du médecin traitant qui appelle à

être mobilisé pour des situations complexes pour un juste positionnement de sa valeur ajoutée. Une valorisation financière adaptée doit soutenir le dispositif. La prise en charge des patients et leur orientation doivent faire l'objet d'une concertation locale, éclairée par les recommandations professionnelles pour garantir des soins de qualité.

P 13  
Secondaire  
2025

**Assurer une supervision de l'orientation réalisée par les OSNP** afin de piloter qualitativement l'orientation vers la ville et limiter le taux de non présentation ("no show"). Disposer des données d'activité qualitative et quantitative de l'effectif.

La supervision de l'orientation des patients vers la ville permet de piloter quantitativement et qualitativement cette activité. Le rappel des patients avant le rendez-vous permet de limiter le taux de non présentation. Appliqué dans le cadre de procédure de suivi de certains conseils délivrés en régulation, il permet d'apprécier le devenir du patient et participe à l'évaluation du service rendu à la population. Cela est également apprécié des patients.

Le rôle des OSNP contribue à améliorer la démarche qualité voulue dans les SAMU-SAS notamment dans le suivi des patients à risque afin d'éviter le renoncement aux soins.

P 14  
Prioritaire

**Développer avec les transporteurs sanitaires et les taxis conventionnés le transport aller/retour de patients ne pouvant pas se déplacer seul** au cabinet des médecins pour bénéficier de leur consultation de soins non programmés.

Afin d'optimiser le juste recours aux soins réalisés dans les différents services d'urgence, cette mesure a été initialement proposée dans le cadre des mesures de la mission Flash Braun.

Un nombre significatif de patients sont actuellement transportés par des ambulanciers privés dans les SAU sur consigne du SAMU Centre 15, faute d'alternative disponible.

La possibilité d'adressage des patients vers des cabinets de ville pourrait améliorer l'acceptation des patients, limiter le recours inutile aux urgences et mobiliser de manière plus pertinente les vecteurs ambulanciers disponibles pour le transport médical urgent conformément au cadre de la réforme en cours du TSU<sup>10</sup>.

La CNAM définit les conditions d'emploi de ce dispositif où chaque acteur local (ARS, ATSU, Taxis) pourra organiser en conséquence son modèle.

<sup>10</sup> [Décret n° 2022-631 du 22 avril 2022 portant réforme des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/decree/2022-631)

<p>P 15 secondaire 2025</p>	<p>Selon les organisations locales, envisager la possibilité de pouvoir conventionner la régulation des SNP entre le SAS et les CPTS.</p>
<p>P 16 Prioritaire</p>	<p><b>Distinguer la régulation médicale effectuée par les médecins régulateurs du SAS d'une coordination des SNP réalisée par les professionnels de santé libéraux : secrétariat, coordinatrice CPTS.</b></p>
<p>La régulation médicale téléphonique répond à un cadre réglementaire précis et s'exerce dans les structures autorisées afin de respecter de nombreuses exigences notamment médico-légales, techniques et professionnelles. Chaque jour les patients sollicitent les cabinets des professionnels de santé libéraux qui coordonnent, planifient et priorisent les demandes de SNP. L'organisation de cette évaluation est parfois protocolée, le plus souvent laissée à l'appréciation d'un(e) professionnel(le) non soignant. Si cette étape permet de coordonner la masse de demandes de SNP, elle ne constitue pas une régulation médicale à proprement parlé. Il est nécessaire dans une dynamique de qualité et de sécurité des soins d'harmoniser, protocoliser sous la forme d'une aide à la décision, la temporisation des soins ou l'orientation des patients au niveau de ces structures.</p>	

<p>P 17 Secondaire 2025</p>	<p><b>Faire auditer</b> par les établissements siège de SAMU en lien avec les ARS <b>les procédures technico-fonctionnelles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>D'engagement opérationnel des SMUR</b></li> <li>● De demande de concours des moyens SDIS et des transports sanitaires urgents</li> </ul> <p>Dans une logique de qualité et de sécurité, il s'agit de garantir la mise en œuvre d'un processus efficace dans des situations qui justifient réactivité et précision.</p> <p>Planifier les ajustements nécessaires en lien avec les métiers et les institutions afin de garantir des délais d'engagement opérationnels compatibles avec la gravité de l'état clinique du patient.</p>
<p>Pour les situations justifiant de l'engagement du SMUR, notamment pour les missions primaires ou les transferts urgents, assurer un départ dans un délai minimal répond à l'enjeu d'optimiser le temps d'arrivée auprès du patient. Dans une démarche de qualité et de sécurité des soins, il s'agit d'auditer les procédures technico-fonctionnelles d'engagement des SMUR afin de fluidifier le processus et gagner en efficacité, l'essentiel des équipes SMUR mutualisant leur activité soit aux urgences soit en régulation. Libérer les professionnels pour qu'ils puissent s'engager rapidement sur le terrain constitue un facteur d'efficacité.</p>	



## Filières spécialisées

P 18	<b>Intégrer les expertises sanitaires complémentaires aux filières socles une fois ces dernières stabilisées.</b>
<p>Au-delà du principe socle du SAS qui associe l'expertise de la médecine générale et de la médecine d'urgence, la réponse se complète dans le cadre d'une pluriprofessionnalité encouragée. Plusieurs SAS pilotes ont montré la possibilité d'améliorer la coordination et les échanges entre professionnels en améliorant la visibilité sur l'offre de soins, les recours et les différentes réponses que l'on peut apporter à nos concitoyens.</p> <p>Fort de ce constat et des bénéfices constatés, la mission encourage la création de ces filières de soins complémentaires dans le cadre du SAS pour une réponse sanitaire transversale dotée d'un financement pérenne à structurer.</p>	

P 19	<b>La participation d'une filière spécialisée au SAS est conditionnée à l'apport de son expertise appliquée aux situations urgentes ou issues des soins non programmés.</b> <b>Le SAS ne doit pas constituer la porte d'entrée vers une expertise sanitaire spécifique en dehors de ce cadre.</b>
<p>Le SAS conserve un rôle prioritaire dans la gestion des besoins de soins urgents ou supposés comme tels.</p> <p>Les professionnels ont donc la capacité d'identifier ces situations bien spécifiques qui pourraient intéresser des filières de soins spécialisées. Cependant le SAS n'a pas vocation à être la porte d'entrée des filières pour des situations non identifiées dans le cadre d'une situation urgente ou non programmée.</p> <p>Dans le cadre de la communication associée à ces filières, il convient donc de respecter les modalités préexistantes de saisine et ne pas solliciter le 15 en dehors des situations qui relèvent des urgences potentielles (exemple numéro dédié à destination des professionnels de santé pour un avis spécialisé, un recours).</p>	

P 20 Secondaire 2024	Identifier et prioriser les besoins des différents SAS en terme de création de filières spécialisées complémentaires parmi celles identifiées comme suit : filière psychiatrie, filière pédiatrie, filière médico-sociale (DAC), filière gériatrie, filière dentaire, filière IDEL (infirmiers libéraux) et autres filières selon la réalité territoriale (ex périnatal).
----------------------------	---

	Garantir une formation harmonisée des professionnels de ces filières aux spécificités d'un exercice au sein de la régulation médicale.
P 21	Définir lors de la création de chaque filière spécialisée un schéma organisationnel socle précisant le fonctionnement en régulation, le lien avec les acteurs et effecteurs concernés, les objectifs attendus et les modalités de suivi des indicateurs socles sur la base des retours d'expérience des SAS pilotes.
P 22 Secondaire 2026	Permettre aux différentes filières de s'organiser et de s'articuler dans la réponse avec plusieurs SAS (supra-départementalité).

La mission a pu échanger avec de nombreux acteurs sur la mise en place de ces "filières" de soins.

Il est recommandé d'identifier localement et de prioriser leur mise en place selon les besoins locaux prépondérants.

Concernant chaque filière de soins, selon les conditions et la réserve foncière en régulation, il est envisagé d'accueillir de manière physique (ou de manière délocalisée) un professionnel de santé "expert" en lui confiant un certain nombre de missions et objectifs qui seront colligés et évalués de manière autonome.

Filière SAS-Psychiatrie : RETEX sur la base de l'appel à projet DGOS, 5 SAS pilotes

- 1) Enjeux de coordination des soins urgents psychiatriques, visibilité de l'offre de soin en psychiatrie
- 2) Expertise, temps d'écoute
- 3) Accès aux données patients avec profils psychiatriques, partage d'information, suivi des patients.

Filière SAS-DAC : RETEX SAS 86, identification des personnes en situation de complexité-fragilité

- 1) Envisager les alternatives à l'hospitalisation
- 2) Repositionner les patients dans le parcours de soin en lien avec le médecin traitant, éviter ainsi les ruptures de parcours
- 3) Mobilisation des acteurs médico-sociaux dans la prévention et le suivi
- 4) Lien étroit avec les filières gériatriques

Filière SAS-Gériatrie : patients cibles à profil gériatrique polypathologiques

- 1) Coordination et priorisation des demandes d'hospitalisations semi-urgentes
- 2) Après expertise, mobilisation des acteurs locaux ou HAD
- 3) Limiter les passages indus aux urgences (risque de majoration de la morbi-mortalité)

Filière SAS-Urgences Dentaires : appels à projet DGOS

- 1) Renforcer l'expertise en régulation dans la gestion des urgences dentaires
- 2) Améliorer la coordination des soins à réaliser (mise en place de créneaux

dédiés, locaux dédiés)

Filière SAS-IDEL : les infirmiers libéraux sont des acteurs locaux de soins de proximité. Ils assurent un maillage territorial précieux.

L'objectif d'une coordination avec le SAS est de mobiliser les compétences IDEL (en sollicitant en 1ere intention l'infirmier référent, puis volontaire) pour les situations qui le nécessitent en lien étroit avec le médecin traitant :

- 1) Réalisation de soins adaptés sur prescription du médecin régulateur en évitant le recours aux urgences
- 2) Renforce la continuité des soins dans le suivi des pathologies chroniques
- 3) Possibilité de réaliser des soins assistés d'outils de télémédecine dans les zones de sous-densité médicale. Ce dispositif doit être mis en place en concertation avec les acteurs et professionnels locaux.
- 4) Dans le cadre de la gestion de l'urgence, participation possible dans un cadre protocolisé et en cours de réflexion sur le plan national (SUdF-SFMU) sur les "Infirmiers correspondants du SAMU".

Filière SAS-Pédiatrie : Selon la volumétrie d'appels dans les différents centres, le cas échéant envisagé en pluri-départementalité, l'expertise d'un pédiatre en régulation (RETEX SAS 44) :

- 1) Optimise la coordination des soins urgents et des SMUR Pédiatriques
- 2) Constitue un recours, parfois régional sur le modèle des CAP, pour les urgentistes, complété par des outils modernes de visiorégulation
- 3) Optimise le recours aux services des urgences pédiatriques
- 4) Peut être mobilisée de manière résiliente, spécifiquement en cas de période épidémique (ex : Bronchiolite)

## Articuler les SAS et les services d'urgence, contribuer à la désaturation des urgences

P 23 Prioritaire	<b>Elaborer un protocole national de réorientation des patients aux urgences.</b> Missionner les sociétés savantes de la médecine d'urgence et de la médecine générale.
---------------------	--

La SFMU et SUDF ont fait l'objet d'une saisine par le Ministre de la Santé et de la prévention. Les travaux sont en cours dans le cadre d'une concertation élargie appliquée à la médecine d'urgence de l'adulte et de l'enfant en perspective d'une restitution prochaine.

P 24 Prioritaire	<b>Articuler les services d'urgence avec le SAS afin de faciliter les réorientations</b> vers la médecine de ville. Les modalités d'articulation pourront être définies localement. Elles devront garantir une moindre mobilisation des MAO et IOA et confier prioritairement à l'OSNP la recherche d'un créneau de SNP en l'absence d'accord préalable d'orientation ou de système d'information dédié.
---------------------	--

P 25 Prioritaire	<b>Partager la stratégie de réorientation des SU appliquée à un territoire de santé</b> avec la représentation des professionnels de santé libéraux. Établir les conventions encadrant la réorientation des patients dans un lien formalisé avec le SAS.
---------------------	--

La stratégie de réorientation des patients doit être concertée avec les professionnels de santé de la ville, dans une logique de pluriprofessionnalité et selon une approche territoriale afin d'éviter tout report d'activité. La concertation locale appelle à définir le cadre nosologique, en complément des critères nationaux afin d'aboutir à un accord de fonctionnement local. L'engagement réciproque des professionnels et les modalités d'évaluation doivent être consignés dans une convention. La représentation de la médecine d'urgence a fait l'objet d'une saisine par le ministre de la santé et de la prévention, les travaux spécifiques sur la réorientation sont actuellement menés en lien avec le Collège de Médecine Générale et la pédiatrie d'urgence afin de définir le cadre national d'application (livrable novembre 2023).

P 26 Prioritaire	<b>Disposer d'un protocole de réorientation validé</b> par la Direction Générale de l'Établissement à l'usage des professionnels de santé assurant les fonctions MAO/IOA.
---------------------	---

Le cadre réglementaire de droit commun permet de réorienter les patients se présentant spontanément dans les SU (Art R. 6123-19, Art R. 6123-28, Art R. 6123-20, Art R. 6123-28, Art R. 6123-29 du CSP et Art D. 6124-18 du CSP). Face aux réticences et aux craintes de certains professionnels de santé (principalement IOA) de mettre en œuvre la réorientation au regard de l'engagement de leur responsabilité, les ARS doivent exiger des établissements (CPOM) de formaliser un protocole de réorientation basé sur les recommandations nationales et adapté aux réalités locales et d'en évaluer l'impact. Cet engagement de l'établissement constitue un signal fort à l'égard des professionnels.

P 27	<b>La réorientation d'un patient</b> ne doit pas dégrader la mission première d'évaluation et de priorisation des patients assurée par le MAO/IOA. Le protocole de réorientation décliné localement <b>doit garantir un impact limité sur les professionnels de santé du SU.</b>
------	--

P 28 Prioritaire	<p><b>Pour répondre aux périodes de tensions</b>, il est préconisé d'<b>instaurer une régulation médicale préalable à l'accès aux urgences</b> dans les territoires où cela a déjà été fait ou qui réunissent les conditions de réussite à sa mise en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonctionnement nominal de la régulation médicale</li> <li>• Disponibilité d'un financement complémentaire afin de renforcer la régulation médicale au regard de l'évolution initiale attendue de l'activité</li> <li>• Stratégie de communication à destination de la population portée par l'ARS et concertée avec le métier</li> <li>• Validation ARS et approche territoriale de la régulation médicale préalable à l'accès aux SU (CTRU)</li> <li>• Effectation organisée pour les SNP en continuité et permanence des soins ambulatoires.</li> </ul>
---------------------	--

Le dispositif transitoire de régulation médicale préalable à l'accès aux SU répond aux situations de tensions locales. Il appelle à être formalisé réglementairement afin d'harmoniser les pratiques et engager une réflexion territoriale de son application. La prise en compte des critères de mise en œuvre conditionne sa réussite et son efficacité. Les propositions de dispositions réglementaires dans le décret portant réforme des autorisations de médecine d'urgence, répondent à l'objectif d'une application harmonisée de la régulation préalable à l'accès. L'évaluation de l'efficacité et de l'acceptabilité du dispositif est essentielle dès sa mise en œuvre. La baisse de la fréquentation a été objectivée par différents établissements de Santé ayant mis en œuvre la régulation préalable à l'accès, notamment par le CHU de

Clermont Ferrand avec une baisse de fréquentation de près de 3%<sup>11</sup>. L'objectif d'une systématisation de la régulation préalable à l'accès doit être affirmé. L'application uniquement dans le cadre de tension répond à la moindre capacité actuelle pour une partie des centres de réception et de régulation des appels des SAS de traiter la charge d'appels complémentaire. L'acceptabilité de la mesure auprès de la population reste à objectiver, cependant les sites l'ayant mis en œuvre ont constaté une bonne adhésion de la population. L'objectif de limiter la saturation aux urgences doit présider à l'application de la régulation préalable à l'accès.

P 29  
Prioritaire

**De manière concomitante à la généralisation effective des SAS sur le territoire national :**

- **Instaurer la régulation médicale préalable à l'accès aux services d'urgence**
- Assurer une campagne nationale de communication relative à :
  - La régulation de l'accès aux SU : « *appelez avant de vous déplacer* »
  - L'information du grand public sur la gestion temporalisée des soins et l'application de mesures de « bon sens »

Un dispositif pérenne de régulation médicale préalable à l'accès aux urgences, appliqué à l'ensemble du territoire constitue un facteur de cohérence nationale et ancre les pratiques auprès de la population. Au regard des tensions dans l'ensemble des SU et de l'efficacité observée de la régulation préalable à l'accès auprès des sites l'ayant mis en œuvre, la généralisation du dispositif doit être uniquement conditionnée à la capacité des SAS à répondre aux sollicitations. La criticité de la situation appelle à ce que le dispositif pérenne puisse être rapidement mis en perspective.

Il est nécessaire de considérer des cas particuliers comme certaines grandes métropoles et d'étudier la faisabilité d'une régulation systématique au regard de la forte variabilité d'activité.

P 30  
Prioritaire

**Engager une protocolisation de l'orientation par les professionnels de santé de la ville**

Les patients pris en charge par les professionnels de santé de la ville doivent bénéficier d'une orientation coordonnée. Face à la difficulté de définir la réalité du besoin de soins du patient en termes d'orientation, la protocolisation de

<sup>11</sup> [APMnews - Le CHU de Clermont-Ferrand maintient sa régulation des passages aux urgences, après un premier bilan positif](#)

l'orientation peut constituer un facteur de qualité, complémentaire à la régulation médicale téléphonique exercée par le SAS.

Dans une dynamique de pluriprofessionnalité (pharmaciens, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, sages-femmes, médecins) et en lien avec la communauté de médecine d'urgence, un travail local doit s'engager au même titre que la réorientation à partir du SU pour répondre à l'objectif du « patient au bon endroit au bon moment ».

La protocolisation de l'orientation n'exclut pas la possibilité de solliciter la régulation médicale du SAS.

P 31 Prioritaire	De manière complémentaire, la régulation préalable à l'accès aux urgences et la réorientation à partir des urgences doivent s'accompagner d'une <b>capacité à identifier et orienter les patients en situation de vulnérabilité (sociale, physique ou psychique).</b>
---------------------	---

Les patients en situation de précarité, les moins insérés, ne disposent pas d'une lecture adaptée des parcours de soins et sollicitent les services d'urgence pour des soins de moindre gravité. Une attention particulière devra être portée dans l'application de la stratégie de réorientation vis-à-vis de ces patients afin de ne pas favoriser la renonciation aux soins. L'analyse du motif de sollicitation du service d'urgence doit prendre en compte la trajectoire du patient et son niveau de protection sociale.

## Ressources humaines

### Dimensionner

P 32 Prioritaire	<b>Disposer d'un outil d'aide à la définition des besoins capacitaires RH</b> selon le niveau d'activité et l'organisation du SAS.  La mission a mis à disposition des professionnels une première version de l'outil.  Une troisième version de l'outil est disponible et a été présentée à la DGOS le 8 septembre 2023 afin que l'outil soit validé par le Ministère de la Santé et de la Prévention.
---------------------	---

Afin d'outiller le métier et les institutions dans une définition objective et précise des besoins en ressources humaines pour répondre aux appels adressés au SAS, la mission propose un outil capacitaire.

Il est actuellement à l'étude avant d'être mis à disposition. L'outil capacitaire prend en compte les données d'activité du SAS, la volumétrie par type de flux d'appels, la répartition entre AMU et SNP, l'organisation de son front office, les paramètres locaux tels que la durée moyenne de communication des professionnels, le taux d'absentéisme. La Loi d'Erlang C soutient la définition des besoins RH, ajustée de différents paramètres. Il s'agit de faciliter la définition des besoins RH et objectiver les demandes d'allocation de ressources.

P 33

**Définir et garantir le respect des effectifs normés** des professionnels des centres de réception et de régulation des appels des SAS en rapport avec le nombre d'appels adressés.

La définition des besoins en ARM se base aujourd'hui principalement sur le nombre de dossiers de régulation (DR) et de dossiers de régulation médicale (DRM) à défaut de pouvoir disposer de données téléphoniques harmonisées auprès de chaque SAS.

Le reporting OTN (opérateur télécom national), permet une première approche objective des flux acheminés vers les SAS qui en disposent, complétée par le reporting de la solution de téléphonie locale.

A l'instar des services de soins critiques, définir des effectifs normés en lien avec une activité observée (nombre d'appels adressés) permet de sécuriser la capacité de réponse et garantir une prise en charge adaptée des appelants. Il s'agit ainsi de calibrer les effectifs sur la base du nombre de sollicitations réelles du SAS et non sur la base de ce qui est produit, c'est à dire le dossier de régulation médicale. L'outil capacitaire mis à disposition constitue une des briques de l'analyse des besoins réels pour répondre de manière adaptée à la population.

## Assistants de régulation médicale

P 34

Poursuivre et développer la campagne de communication nationale relative au métier d'assistant de régulation médicale.

P 35

Prioritaire

**Standardiser les effectifs** d'ARM selon le niveau d'activité des SAS.

La mission souligne l'enjeu stratégique de sécuriser la réponse apportée par les ARM. La généralisation des SAS, l'évolution de l'activité et de la nature des appels peuvent constituer des facteurs de fragilisation des effectifs. La montée en charge attendue



des effectifs devra répondre à l'objectif d'un renforcement des équipes. Engager la standardisation des effectifs constitue un facteur de sécurité organisationnelle.

P 36  
Prioritaire

Mettre en œuvre une **politique incitative de recrutement à destination des établissements de santé**, dans le cadre des mesures de la mission flash et évaluer la montée en charge.  
Garantir le financement pérenne des lignes budgétaires.

Malgré l'enjeu de pouvoir réaliser une montée en charge des effectifs d'ARM et la pérennisation des financements dans le cadre des mesures de la mission flash sur les urgences et les soins non programmés, certains établissements freinent à recruter des ARM, notamment non certifiés. Dans la continuité du report de l'exigence de certification et de la mise en place du dispositif transitoire il apparaît central d'évaluer la mise en œuvre effective et d'appeler les établissements à engager le renforcement immédiat des effectifs d'ARM.

P 37

**Reporter autant que de besoin l'impératif de certification** des ARM. Le Décret n° 2023-618 du 18 juillet 2023 relatif aux assistants de régulation médicale et le Décret n° 2023-620 du 18 juillet 2023 pris pour l'application du II de l'article 14 de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé permettent de reporter la certification et répondre au besoin immédiat d'effectif dans les SAS.

P 38

**Promouvoir auprès des établissements de santé** et faire évaluer par l'ARS à 12 mois la **mise en œuvre du dispositif transitoire de formation** instauré dans le cadre du Décret n° 2023-619 du 18 juillet 2023 modifiant le décret n° 2019-747 du 19 juillet 2019 relatif au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale.

P 39  
Prioritaire

**Stabiliser les nouvelles grilles indiciaires des assistants de régulation médicale.**

La généralisation attendue des SAS appelle à pouvoir s'appuyer sur les ARM dont la mission est essentielle. Solutionner dans les meilleurs délais le mouvement social en cours constituerait un signal fort d'apaisement et d'attractivité pour le métier. L'arbitrage du Ministre de la Santé et de la Prévention en faveur de l'octroi de la prime de cent euros aux ARM constitue un signal favorable. La mission considère

que les sujets relatifs aux ARM relèvent d'un traitement prioritaire au regard de l'impact potentiel sur le déploiement effectif des SAS.

P 40 Prioritaire	<b>Réviser le référentiel de certification des ARM</b> et intégrer au programme pédagogique toutes les évolutions associées au déploiement des SAS. Associer les représentations professionnelles dans la conduite de ces évolutions.
---------------------	---

P 41 Prioritaire	<b>Instruire</b> et mettre en œuvre les mesures correctives relatives aux <b>facteurs limitant l'attractivité des CFARM</b> et en évaluer l'impact à 12 mois : Encadrement des stagiaires, logement, indemnité de déplacement, terrains de stage...
---------------------	---

P 42 Prioritaire	Garantir l'absence de perte financière des professionnels (ARM) engagés dans l'enseignement auprès des ARM au sein des CFARM. Reconnaître les compétences spécifiques des professionnels ayant suivi des enseignements complémentaires en lien avec leurs missions.
---------------------	---

Le dispositif transitoire va impacter les CFARM et d'une manière générale, il est nécessaire de garantir la capacité pédagogique de ces centres. Les professionnels engagés dans l'enseignement sont parfois confrontés à des pertes financières ce qui alimente la démotivation et aboutit parfois à leur désengagement. La montée en charge des effectifs impose de stabiliser la capacité pédagogique nationale tant sur le nombre de CFARM et également sur les professionnels intervenants.

## ARM superviseurs et coordonnateurs

P 43 Prioritaire	<b>Reconnaître le métier de superviseur de SAS.</b>  Définir le cadre d'emploi et le régime indemnitaire adapté aux responsabilités.  Afin de garantir le pilotage opérationnel des salles de réception et de régulation des appels et l'accompagnement des professionnels, une concertation métier représentative élargie (SFMU, SUdF, AFARM, UNARM, ANCESU) a produit un référentiel métier de superviseur en 2021 mis à disposition de la DGOS, qui constitue le socle des travaux.
---------------------	--

La généralisation des SAS a eu comme impact d'augmenter le nombre de professionnels dans le centre de réception et de régulation des appels et nécessite de garantir une planification efficace des ressources. Par ailleurs, les demandes adressées aux SAS sont variées et complexes par nature<sup>12</sup>. De plus, l'environnement technique renforcé justifie un accompagnement et une formation. Ainsi, comme précisé dans l'instruction de généralisation des SAS, nombreux sont les centres à avoir mis en place un superviseur. Dans une volonté d'harmonisation nationale les représentations métier et la société savante de médecine d'urgence ont produit et mis à disposition de la DGOS un référentiel métier concerté. La reconnaissance effective de ce métier apparaît désormais nécessaire afin de répondre au besoin de pilotage opérationnel des SAS.

P 44	Reconnaître les fonctions d'ARM coordonnateur au sein des centres de réception et de régulation des appels destinés au SAS.  Définir le cadre d'emploi et le régime indemnitaire.
------	---

La mission a également identifié dans certains territoires (plutôt avec une activité moins soutenue que dans les métropoles) une nouvelle fonction pour les ARM au sein des SAS : il s'agit de l'ARM coordonnateur.

Il s'agit d'un rôle résolument opérationnel intervenant par exemple sur les dossiers plus complexes et chronophages ou en renforcement des différents niveaux selon la charge (N1, N2). Cette activité diminue le phénomène de congestion croisée entre les niveaux du SAS et contribue de manière agile à la qualité de la réponse. Il conserve une vision globale de la salle et de l'activité. Tout comme l'ARM superviseur de Salle, l'ARM coordonnateur nécessite reconnaissance en terme de statut.

## Opérateur de soins non programmés

P 45 Prioritaire	<b>Encadrer juridiquement le métier d'OSNP</b> afin de garantir la qualité et la sécurité de la réponse aux appels.
---------------------	---

<sup>12</sup> [Le numéro commun santé : enjeux et impacts.](https://afmu.revuesonline.com/articles/lvafmu/pdf/2021/05/lvafmu_2021_sprurge001199.pdf)

[https://afmu.revuesonline.com/articles/lvafmu/pdf/2021/05/lvafmu\\_2021\\_sprurge001199.pdf](https://afmu.revuesonline.com/articles/lvafmu/pdf/2021/05/lvafmu_2021_sprurge001199.pdf)

P 46	<p>Définir à l'échelle nationale les rôles et missions des OSNP et <b>harmoniser une formation socle</b> dispensée par une instance représentative.</p> <p>La formation prendra en compte l'expérience des SAS déjà opérationnels (exemple des SAS 69 et 42), évitant la création d'un programme complet de formation.</p>
------	--

P 47 Prioritaire	<p><b>Exclure l'affectation d'ARM aux fonctions d'OSNP</b>, affirmer l'absence d'action de qualification des appels santé par les OSNP, cette action relevant du métier d'ARM.</p> <p>Afin de sécuriser le parcours du patient et permettre une réorientation de l'appel vers l'AMU, notamment lorsque les OSNP sont positionnés en niveau 2 de la filière SNP, il apparaît nécessaire de les former à la reconnaissance des situations à l'évidence urgentes.</p>
---------------------	--

Les OSNP peuvent être positionnés au sein du SAS soit en N2 SNP soit en N4. Lorsqu'ils sont positionnés en N2 SNP, la qualification initiale de l'appel par le N1 doit être suffisamment avancée pour que l'OSNP puisse assurer un traitement administratif de l'appel sans avoir à questionner ou analyser la demande de soin du patient. Seuls les ARM sont formés à l'accueil et la qualification initiale des demandes de soins.

Dans une démarche de sécurité, il faut permettre à l'OSNP de pouvoir réorienter un appel vers la filière AMU si la situation clinique du patient devait évoluer et présenter à l'évidence un caractère d'urgence.

P 48	<p><b>Impliquer les actions des OSNP dans la démarche qualité</b> du fonctionnement du SAS.</p> <p>Garantir une relation fonctionnelle entre les médecins régulateurs (AMU et SNP) avec l'OSNP : un médecin urgentiste doit pouvoir solliciter un OSNP pour une orientation d'un patient vers la ville.</p>
------	---

Les OSNP positionnés en N4 doivent pouvoir être sollicités par tout médecin régulateur indépendamment de sa filière d'appartenance. En effet, certains appels peuvent présenter des critères initiaux d'orientation vers la filière AMU et relever après régulation médicale d'une prise en charge ambulatoire. Le médecin régulateur urgentiste peut ainsi solliciter l'OSNP pour organiser sa prise en charge. Dans cette situation, certains SAS demandent de présenter l'appel au médecin régulateur libéral. La mission souligne dans ce cas que le parcours patient-appelant est

complexifié et que la valeur ajoutée d'une nouvelle régulation médicale est inutile dans le contexte de forte pression qui s'exerce déjà.

P 49	<p><b>Définir au niveau national une fiche métier socle d'OSNP</b> qui sera actualisée par rapport à celle proposée dans le pacte de refondation des urgences<sup>13</sup> au regard des retours d'expérience des SAS pilotes.</p> <p>Préciser le cadre d'emploi ainsi que le régime indemnitaire et la convention collective attenante.</p> <p>Autoriser les ajustements complémentaires des fiches de postes selon les besoins locaux dès lors qu'ils relèvent d'une concertation.</p>
------	--

## Médecin régulateur libéral

P 50 Prioritaire	<p><b>Garantir la possibilité pour les médecins en cumul emploi retraite et retraités autorisés, de poursuivre l'activité de régulation médicale.</b></p> <p>Garantir la possibilité pour les médecins libéraux en retraite de poursuivre l'activité de régulation médicale libérale selon une durée définie par le cahier des charges régional de la PDSA et régulation.</p> <p>Ces médecins n'ayant plus d'activité libérale, un statut équivalent doit leur être proposé.</p> <p>Tous doivent bénéficier de la même rémunération et couverture assurantielle, à l'identique de celle de la régulation libérale dont ils pouvaient bénéficier avant la fin de leur activité médicale libérale, nécessitant l'établissement si besoin d'un contrat de collaborateur occasionnel du service public porté par l'établissement support du SAS.</p>
---------------------	--

P 51 Prioritaire	<p><b>Définir un modèle type de contrat d'exercice pour les médecins autres que libéraux</b> souhaitant participer à la régulation libérale (salarié de centre de santé, remplaçants, retraités...) en harmonisant les rémunérations et flux financiers qui en incombent, ainsi que la couverture assurantielle avec celle des régulateurs libéraux.</p> <p>A ce jour ils ne peuvent bénéficier des mêmes avantages que les médecins libéraux installés en cas de volonté de participer à une activité complémentaire de régulation médicale libérale.</p>
---------------------	--

<sup>13</sup> Rapport Cali Mesnier 2019

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_pour\\_un\\_pacte\\_de\\_refondation\\_des\\_urgences\\_2019-058r.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pour_un_pacte_de_refondation_des_urgences_2019-058r.pdf)

<p>P 52 Prioritaire 2025</p>	<p><b>Inscrire dans la formation initiale des internes de médecine générale la participation à des stages en régulation</b> auprès des médecins généralistes régulateurs, dans le cadre de leur semestre "urgences" de leur phase socle niveau 1.</p>
<p>L'activité de médecins régulateurs est méconnue des étudiants en médecine, de même que le fonctionnement des CRRA. Pour parfaire cette connaissance et susciter des vocations, il est nécessaire d'inclure pendant l'internat de médecine générale l'exercice de la régulation médicale lors du stage urgences, en modifiant les objectifs de stage, avec une quote part d'activité de régulation à définir.</p> <p>L'expérience du département de la Manche peut servir de base de réflexion.</p>	

<p>P 53 Secondaire 2025</p>	<p><b>En situation de régulation médicale délocalisée, définir un temps socle minimum de pratique colocalisée de la régulation médicale</b> (à hauteur de 20%) afin de parfaitement connaître les processus opérationnels. Autoriser l'exercice distant après validation des acquis professionnels par la représentation de la filière SNP.</p> <p>Planifier des temps d'activité de régulation médicale colocalisée afin d'éviter d'aboutir à une activité délocalisée exclusive et permettre de garantir une connaissance et le maintien d'un lien de proximité avec les autres professionnels, et l'organisation territoriale existante.</p>
-------------------------------------	---

<p>P 54 Prioritaire</p>	<p>Faire valider par les conseils de l'ordre départementaux et les CPAM la <b>possibilité pour le médecin titulaire du cabinet médical, de se faire remplacer au moment de son exercice de régulation médicale libérale au SAS.</b></p> <p>Exemple : médecin collaborateur, adjoint, remplaçant</p>
<p>Lorsqu'un médecin libéral régule, il est absent de son cabinet et cela peut représenter une moins-value sur l'offre de soins locale.</p> <p>A ce titre, il est légitime, dans le contexte de démographie médicale actuelle, de permettre au médecin régulateur d'être remplacé à son cabinet lorsque celui-ci est présent au CRRA. Ainsi, cela permet d'offrir une ressource médicale en régulation et en effecton, ne laissant pas les patients dans la difficulté de trouver un médecin effecteur si le médecin traitant n'est pas disponible.</p>	

P 55 Prioritaire	<b>Mobiliser les CPAM et CDOM dans la diffusion des demandes de recrutements</b> de médecins régulateurs libéraux et de professionnels effecteurs grâce à leur capacité de communication.
<p>Les lois sur la protection des données ne permettent plus aux associations de régulateurs et d'effecteurs de disposer des mailings listes de médecins.</p> <p>Afin de parfaire le recrutement de médecins régulateurs et effecteurs, et la diffusion d'informations du SAS, il est nécessaire de solliciter les institutions ayant le fichier le plus complet, CPAM et conseil de l'ordre des médecins, pour faciliter ces transmissions.</p> <p>A ce jour, ces transmissions sont faites à la marge, ne favorisant pas l'expansion informative des SAS.</p>	

## Médecin urgentiste

P 56	<b>Promouvoir l'activité clinique partagée</b> entre la régulation médicale de l'AMU et l'activité au sein des autres unités du service d'urgence (SAUV, MAO, UHCD, boxes urgences...) <b>dans une logique de polyvalence</b> et de réflexion sur le parcours de soin.
------	--

La médecine d'urgence est plurielle et s'exerce dans différents secteurs : régulation médicale, SMUR, service des urgences, salle d'accueil des urgences vitales, unité d'hospitalisation de courte durée.... Afin de parfaitement connaître la réalité des pratiques et les contraintes, la polyvalence est incontournable. Elle constitue un facteur d'attractivité et doit être appliquée selon les appétences et compétences des praticiens (exemple : régulation médicale, SMUR, SU, SAUV). L'exercice exclusif de la régulation médicale ne répond plus à l'exigence de polyvalence et constitue un facteur de déconnexion voire de tension entre les professionnels.

P 57 Prioritaire	<b>Standardiser les effectifs de médecins régulateurs urgentistes</b> selon le niveau d'activité du SAMU.
---------------------	---

L'activité en régulation médicale est croissante depuis ces dernières années. A partir d'une catégorisation des SAS - SAMU, réalisée sur la base de leur activité observée et prévisible, il est nécessaire de pouvoir définir et standardiser les effectifs de médecins présents en régulation afin de répondre à la charge d'appels. Lorsque la pression est importante et les effectifs insuffisants, le temps d'instruction de chaque appel est réduit et contraint, le risque d'erreur est réel et la décision parfois prise par facilité d'orienter le patient vers les urgences. Standardiser les effectifs contribue ainsi à sécuriser et améliorer qualitativement la réponse apportée à la population.

P 58 Prioritaire	<b>Instaurer la réponse graduée en régulation médicale et évoluer vers le concept d'une régulation médicalisée</b>
---------------------	--

Concentrer la valeur ajoutée du médecin régulateur sur les situations complexes répond au constat que certains appels pourraient être pris en charge par des professionnels non médecins. Il ne s'agit pas de dégrader la réponse apportée aux demandes de soins urgents ou non programmés mais de mettre en adéquation la nature de la demande et le niveau d'expertise du répondant et passer du postulat de l'offre à celui du besoin.



A l'instar de la réponse pré-hospitalière d'urgence, il apparaît nécessaire d'instaurer une réponse graduée entre l'ARM et le médecin régulateur au sein des centres de réception et de régulation des appels des SAS. Rappelons que le primodécroché d'un appel au SAS doit être réalisé par un ARM.

Le cadre nosologique ainsi que les compétences attendues pour assurer ces fonctions devront être précisées par la société savante en médecine d'urgence, les représentations professionnelles et celles en charge de la pédagogie.

La régulation des soins non programmés est également concernée par ce sujet au regard de la nature des demandes adressées.

La charge de travail ainsi répartie, devrait concentrer l'expertise médicale et améliorer l'appréciation des médecins régulateurs sur leur juste positionnement. Il s'agit d'un facteur d'attractivité et de fidélisation des praticiens.

## Systeme d'information

<p>P 59 Prioritaire</p>	<p><b>Garantir les conditions techniques d'accès au SAS en mode nominal et en cas d'incident</b> afin d'assurer la continuité de service.</p> <p>Auditer les infrastructures techniques des plateformes téléphoniques SAS et mettre en œuvre les adaptations nécessaires.</p>
<p>La fragilité technique de certains établissements sièges de la plateforme téléphonique de régulation du SAS, la menace cyber à l'encontre des établissements de santé doivent engager à expertiser les infrastructures techniques afin de garantir le maintien de la régulation médicale dans le cadre de l'activité courante et en situation exceptionnelle. En cas d'événement majeur rendant impossible la régulation médicale, ou de manière très dégradée, peu de SAS disposent d'une solution de repli ou d'un plan de continuité d'activité auprès d'un SAS de recours ce qui fragilise la réponse aux demandes de soins et notamment à l'aide médicale urgente.</p>	

<p>P 60 Prioritaire</p>	<p><b>Engager les SAS à disposer d'un plan de continuité et de reprise d'activité et promouvoir la stratégie d'entraide opérationnelle</b> afin de répondre à l'exigence de résilience au regard des enjeux sanitaires.</p>
<p>La dynamique socle de collaboration entre les SAS concerne les fonctions d'entraide pour garantir la résilience du système. Plusieurs territoires ont déjà engagé de tels travaux (exemple AReSa Pays de la Loire<sup>14</sup>), les évolutions techniques notamment l'interopérabilité applicative portée par le HUBsanté du programme SI-Samu, permettent d'outiller les projets métier.</p>	

<p>P 61 Prioritaire</p>	<p><b>Implémenter la distribution et le décroché automatique des appels a minima</b> sur le niveau 1 du SAS afin d'améliorer les indicateurs d'accessibilité de la population.</p> <p>Planifier la mise en œuvre effective de cette fonctionnalité au sein des SAS en concertation avec le métier.</p> <p><b>Définir la distribution et le décroché automatique des appels comme une exigence technico-fonctionnelle opposable.</b></p>
-----------------------------	---

<sup>14</sup> [L'articulation régionale des SAMU en Pays de la Loire, c'est quoi ?](https://www.youtube.com/watch?v=g4HFmB2aA88)  
<https://www.youtube.com/watch?v=g4HFmB2aA88>

Accéder sans délai au SAS relève d'un enjeu stratégique pour les patients dans les situations les plus graves. Si l'implémentation du décroché en mode bi-niveau constitue un levier significatif d'amélioration des temps d'accès et de prise en charge, l'utilisation d'une téléphonie avancée avec distribution automatique et décroché automatique des appels permet, à effectif constant, de performer les délais de décroché des appels.

Ces fonctionnalités techniques existent depuis de nombreuses années, les SAS en ayant l'utilisation confirment l'effet positif. De plus, il s'agit d'un système vertueux à destination des professionnels puisque l'affectation de l'appel à l'agent destinataire prend en compte l'équilibre de charge entre les professionnels. Cela permet de lisser l'effet lié à la variabilité individuelle à décrocher les appels, observé dans de nombreux centres.

P 62  
Prioritaire

**Assurer une interopérabilité effective entre les CTA - CODIS et SAS/SAMU.**  
Auditer les liens existants et mettre en production ces fonctionnalités dans les SAS n'en disposant pas.  
Planifier les mises à niveaux techniques en considérant le déploiement des outils nationaux.

L'interopérabilité téléphonique et applicative entre les CTA et SAS/SAMU relève d'un impératif fonctionnel à l'égard de nos concitoyens. Elle permet le transfert automatique de données (dont le périmètre est variable selon les sites), évite la double saisie et permet de gagner en efficacité. Majoritairement en production sur le territoire, il apparaît nécessaire que chaque ARS puisse s'assurer du déploiement réel et à défaut faire engager les mises à niveaux nécessaires.

P 63  
Secondaire  
2025

**Respecter l'unicité du logiciel de régulation médicale (LRM) conformément à l'instruction de généralisation des SAS.** A titre dérogatoire si les applicatifs devaient être différents, l'exigence d'une interopérabilité effective s'impose.

L'unicité du logiciel de régulation médicale doit être la cible par souci de simplicité et d'efficacité, elle doit être également mise en perspective des SAS des départements adjacents, notamment pour faciliter la supra-départementalité. A défaut d'unicité, une interopérabilité effective doit être exigée pour ne pas imposer des doubles saisies, sources d'erreur, et solliciter inutilement les professionnels. La mission a pu constater, principalement pour certaines situations de régulation délocalisée, un défaut réel d'interopérabilité qui peut impacter la bonne prise en charge de l'appel et générer une surcharge de travail, notamment auprès des ARM.

<p>P 64 Prioritaire</p>	<p><b>Déploiement obligatoire de la plateforme numérique nationale dans l'ensemble des SAS</b>, conjointement à des logiciels d'agendas métiers préalablement utilisés, à l'unique condition que ces derniers soient interopérables avec ladite plateforme. En cas de non interopérabilité, un délai de 24 mois maximum est laissé aux éditeurs de logiciels et à la plateforme pour être interopérables.</p>
<p>Plusieurs SAS ont déployé des logiciels d'agendas partagés à leurs créations ou ont continué d'utiliser les outils de ce type préalablement existants, faute d'une plateforme numérique nationale répondant aux besoins immédiats des professionnels.</p> <p>Les interopérabilités entre la plateforme et les agendas métiers utilisés régulièrement en ville sont mises en service trop lentement, imposant des fonctionnements organisationnels parfois très précaires.</p> <p>De plus, il n'est pas légitime de financer un dispositif complémentaire d'agenda dans un budget SAS alors qu'un outil national public existe, mais devant répondre aux exigences des professionnels de santé sus citées.</p> <p>Le besoin de développement technique de la plateforme et des interopérabilités est urgent, doit être rapide et suivi afin que dans une temporalité maximale de 24 mois à partir du lancement du SAS départemental, tout puisse être opérationnel et répondre aux exigences qualité du SAS.</p>	

<p>P 65</p>	<p><b>Au niveau des ARS, s'appuyer sur les GRADES et les missionner pour l'accompagnement au déploiement de la plateforme nationale.</b></p>
<p>Dans ce cadre, <b>les associer aux réunions départementales afin de connaître les professionnels régulateurs et effecteurs et faire le lien avec l'Agence du Numérique en Santé pour l'ouverture des comptes utilisateurs.</b> Leur rôle est fondamental pour le suivi des données d'activité. Ainsi dans plusieurs régions visitées par la mission notamment Pays de Loire, Nouvelle Aquitaine, le GRADES assure un appui technique auprès des acteurs du SAS au niveau de la régulation pour la prise en main de la plateforme (création, de compte, présentation des fonctionnalités et interfaces, diffusion de supports, formation de personnes ressources au niveau des plateformes de régulation..). Les GRADES assurent également le lien avec les DSI des établissements de santé pour répondre aux besoins des régulateurs en temps réel. Concernant l'effection, le GRADES participe à la diffusion des supports de formation et d'information sur l'évolution des fonctionnalités. Enfin les GRADES participent aux travaux nationaux pour accélérer le déploiement des interfaces avec les logiciels de prise de rendez-vous des médecins libéraux .</p>	

P 66	<b>Repérer des "Référénts Territoriaux" pour améliorer l'accompagnement local des acteurs à l'utilisation de la plateforme, qu'ils soient côté effectif ou régulation.</b>
------	--

Les acteurs de proximité des GRADES ont une bonne connaissance des acteurs des SAS et peuvent établir un partenariat opérationnel avec des ARM, OSNP et médecins régulateurs et effecteurs ayant un rôle de référents territoriaux et facilitateurs pour leurs collègues.

P 67	Envisager une <b>ouverture rapide de la plateforme numérique SAS aux infirmiers libéraux, aux pharmaciens et aux masseurs kinésithérapeutes</b> car elle est de nature à favoriser la coopération pluriprofessionnelle, le projet métier ainsi que l'accès direct aux professionnels de santé. Une ouverture vers d'autres professionnels de santé pourra être souhaitée dans un 2eme temps.
------	---

## Gouvernance

P 68	<b>Disposer d'un projet métier associant les professionnels de santé de la ville et l'hôpital.</b> Partager les objectifs à atteindre et les modalités de fonctionnement de chaque filière de soins socle (SAMU, SNP). Orchestrer les travaux selon un mode projet avec un pilotage sur plusieurs mois. Bénéficier d'un accompagnement et cadrage de l'ARS.
------	---

L'ARS a pour mission de repérer sur son territoire les organisations ayant engagé une réflexion structurée avec l'ensemble des partenaires. Si aucune organisation préalable n'est identifiée, elle mobilise, en lien avec l'URPS médecins libéraux et les acteurs de l'AMU, les acteurs locaux pour préfigurer le futur SAS. Elle leur expose l'organisation cible du SAS et ses fondamentaux.

**L'ARS accompagne ensuite, selon les besoins, chaque territoire SAS à chaque étape de son déploiement :** démarrage, lancement et mise en production, suivi. Les missions de l'ARS sont un rôle de conseil et d'accompagnement méthodologique et financier, la prise de décision relevant du comité de pilotage.

Le démarrage des SAS repose sur **une volonté partagée** entre les professionnels de santé de la ville et l'hôpital d'un territoire s'accordant sur des besoins de santé identifiés **et un projet métier**. Dans bon nombre de territoires, la crise COVID a permis le rapprochement des acteurs de l'AMU et de la médecine libérale avec mise en place d'une régulation libérale en journée. Cette coopération a facilité le démarrage des SAS notamment dans les territoires pilotes en mettant en exergue la complémentarité entre ces professionnels et leurs missions respectives.

P 69	<b>Mettre en place une ingénierie de projet avec plusieurs axes de travail</b> <b>Organisation :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● S'accorder sur les objectifs à atteindre de manière temporalisée</li><li>● Définir le processus de gestion des appels, articuler la régulation avec l'effectif</li><li>● Définir les rôles et missions de chaque professionnel du SAS</li></ul> <b>Conduite de projet :</b>
------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Partir d'un diagnostic territorial partagé fédérateur pour la ville et l'hôpital</li> <li>● Identifier des porteurs de projets métier et institutionnels</li> <li>● Définir une comitologie adaptée à la réalité du territoire, au nombre de professionnels concernés</li> <li>● Planifier chaque chantier et définir les objectifs à atteindre en perspective d'un lancement opérationnel</li> <li>● Planifier une date de lancement opérationnel cible du SAS, réaliste au regard des chantiers à conduire, afin de rythmer les travaux à mener.</li> <li>● Promouvoir la transparence et le dialogue</li> <li>● Accompagner le changement</li> </ul> <p>Cette ingénierie de projet peut se faire par un des acteurs du SAS ou lorsque cette étape n'a pas pu se mettre en place, pour des raisons de démographie médicale notamment, <b>une aide au démarrage peut utilement être proposée à la gouvernance du SAS sous forme d'ingénierie de projet</b> avec appui par un cabinet de consulting ayant une expertise adhoc : SAS 95, les 4 SAS Bretagne, SAS 91.</p> <p>De même un appui méthodologique peut être apporté par un cabinet de consulting pour un accompagnement de projet déjà démarré mais pour lequel il est nécessaire de prioriser des missions et que le nombre d'acteurs à fédérer est important.</p> <p>Cette démarche d'appui de cabinet de consulting doit reposer sur un cahier des charges validé par la gouvernance du SAS et un appel à projets pouvant être porté soit par une ARS (Normandie, Nouvelle Aquitaine ...) soit un établissement de santé.</p>
--	--

P 70	<p><b>Etablir rapidement une gouvernance équilibrée</b> et paritaire permettant d'assurer un co pilotage du projet entre les acteurs de l'AMU et les représentants de la médecine de ville. <b>Au vu de tous les échanges avec les territoires déployés ou en projet, la mission préconise la désignation d'un chef de projet SAS et d'un référent pour la filière AMU ainsi qu'un référent pour la filière médecine générale.</b></p>
------	--

	<p>Rapidement la gouvernance se structure avec un comité de pilotage paritaire en charge de la prise de décision et du suivi du projet. Il s'assure de la mise en place des aspects organisationnels, du recrutement des personnels et du financement. Un comité territorial en découle qui est une instance de concertation élargie permettant d'associer tous les acteurs concernés par le déploiement du SAS régulateurs et effecteurs.</p> <p><b>Favoriser la représentation des CPTS au sein du SAS et l'acculturation au SAS des CPTS</b> dans un objectif de coordination de parcours de soins à disposition du territoire.</p>
--	--

P 71	<p><b>Dans le cadre de la mission nationale SAS il a été partagé avec tous les SAS des outils de gouvernance pour faciliter le déploiement des SAS.</b> La <b>lettre d'intention</b> paraît être un outil pertinent permettant de concrétiser l'engagement de chaque partie concourant au SAS et d'établir une projection de budget de fonctionnement du SAS sur le FIR et la MIG SAMU complété par le FMIS.</p> <p><b>La rédaction de la convention de fonctionnement du SAS</b> est également un axe de travail incontournable pour définir la représentativité, les missions et les responsabilités des professionnels de l'AMU et de la médecine de ville.</p>
------	--

P 72	<p><b>Etre vigilant sur le statut juridique</b> qui est un des points structurants pour le déploiement des SAS.</p> <p>Il repose à date sur deux modèles : la convention et le GCS. Le choix du statut juridique doit résulter d'une concertation locale et permettre d'assurer un équilibre dans la prise de décision entre les deux composantes du SAS.</p> <p>La mission a constaté une majorité de SAS ayant fait le choix d'une convention précisant les missions de la filière AMU et médecine libérale.</p> <p><i>Par exemple, si les acteurs s'accordent sur le recrutement des OSNP par l'établissement de santé, les représentants de la filière médecine générale doivent être associés à la formalisation de la fiche de poste, au</i></p>
------	--



*recrutement, à la gestion, à la formation et au suivi de ce personnel. Ils doivent également disposer d'un lien fonctionnel direct avec les OSNP permettant d'assurer l'effectivité opérationnelle de la filière.*

Cependant la mission a identifié l'émergence de SAS ayant choisi le GCS : SAS 31, SAS 44, en projet au SAS 83 notamment. Ce choix repose sur un rôle plus structurant du GCS avec une répartition précise des missions et des coûts. La contrepartie est la charge administrative que représente un GCS et l'absence de financement dédié.

P 73

**Identifier sur les différents chantiers de construction (organisation, gouvernance, financement, conduite de projet) les points de blocage des SAS non déployés et définir avec les ARS référentes les solutions temporalisées à apporter.**

Dans ce contexte les ARS doivent mettre en place une comitologie adaptée afin de garantir le déploiement et le suivi de la mise en place des SAS.

Un Comité de pilotage régional en Nouvelle Aquitaine composé de représentants des médecins libéraux (URPS ML, ASSUM, Agora Lib', Conseil de l'Ordre des Médecins, SOS Médecins...) des représentants de l'hôpital et l'AMU (fédérations hospitalières, responsables de SAMU) et des partenaires institutionnels (ORU, assurance maladie, GIP ESEA, usagers) a été installé en novembre 2022, complété par un groupe de travail technique plus restreint ;

Cette instance est chargée de définir la stratégie régionale de déploiement et de suivi des projets SAS sous couvert des directions départementales. Dans ce cadre, il a été confié à la FHF en lien avec la filière AMU et l'URPS avec les ASSUM d'élaborer un modèle de convention, un cahier des charges régional et une lettre d'intention basée sur l'instruction nationale SAS. Ces outils ont pu être partagés avec tous les territoires SAS rencontrés.

Les ARS ont un rôle facilitateur sur la mise à disposition d'outils pour les SAS.

Plusieurs régions rencontrées ont ce type de projet au niveau régional sous cette forme ou d'un groupe de travail. La Charte d'organisation des médecins libéraux pour le SAS 42 est un outil structurant. De même en région PACA une convention élargie à tous les représentants de la médecine de ville a obtenu l'adhésion des acteurs assortie de critères de représentativité, SAS 13 par exemple.

P 74	<p><b>Promouvoir la participation de la représentation des usagers dans le fonctionnement du SAS à titre consultatif</b>, notamment avec un rôle accru sur l'état des lieux de l'offre des soins sur le territoire, sur l'émission de propositions pour améliorer le service rendu aux usagers, et surtout sur la pédagogie développée auprès de la population pour une bonne compréhension des dispositifs mis en place.</p> <p>Assurer la participation de la représentation des usagers à la gestion des plaintes et réclamations à l'adresse du SAS dans une logique de transparence.</p>
------	---

Le SAS constitue une nouvelle entité opérationnelle sanitaire au service de la population. La participation de la représentation des usagers est nécessaire afin de considérer l'attente des usagers dans la réponse sanitaire apportée par les professionnels de Santé. Intégrer les usagers permet de faciliter l'appropriation de ces évolutions organisationnelles par la population grâce à la transparence et à la confiance. En complément, associer la représentation des usagers dans l'analyse des événements indésirables constitue un élément central par l'apport d'un regard différent et complémentaire à celui des professionnels du SAS.

P 75 <small>Secondaire 2025</small>	<p><b>Chaque versant libéral de SAS départemental devra être porté par une entité juridique unique, dédiée et représentative des acteurs territoriaux</b> (association loi 1901...) afin d'identifier l'ensemble des effecteurs.</p> <p>Cette entité juridique est légitime à participer à la gouvernance du SAS.</p> <p>Une association inter CPTS n'apparaît pas la plus pertinente car à ce jour elle n'intègre pas l'ensemble des professionnels de santé libéraux du territoire.</p> <p>Il est légitime en revanche que les CPTS participent aux SAS et soient impliquées dans les associations libérales du SAS si elles le souhaitent.</p>
--	---

P 76 <small>Prioritaire</small>	<p><b>Mettre en place une commission départementale</b> associant les URPS, le CDOM, l'ARS, la CPAM, les représentants de la PDSA <b>pour une régulation à la création et au déploiement des centres de soins non programmés.</b></p> <p>Ces derniers doivent apporter une plus-value à un territoire et ne pas déstructurer l'offre de soins existante.</p>
------------------------------------	--

Les temps d'échange de la mission ont permis d'identifier des points structurants à améliorer. Les centres de consultations de soins non programmés, sans plateaux

techniques associés, implantés sans concertation locale, déstructurent l'offre de soins des territoires tant sur le plan des établissements de santé avec une fuite massive constatée des médecins urgentistes vers ces centres, que par la création d'une réponse immédiate en ville favorisant le consumérisme médical, court circuitant ainsi le médecin traitant.

En revanche, certains secteurs ne peuvent bénéficier que de ce type de prise en charge, et par conséquent cette offre de territoire reste très pertinente.

Il est nécessaire, au sein de chaque département, de déployer une commission réunissant les représentants institutionnels que sont la CPAM, l'ARS, l'URPS, le conseil de l'ordre des médecins afin de statuer sur l'implantation de ces centres de SNP, en veillant à respecter l'offre de soins et les organisations de SNP préalablement existantes de chaque territoire et département.

P 77	Définir le positionnement des filières spécialisées complémentaires dans la gouvernance du SAS.
------	---

## Financement

P 78	<p><b>Établir une modélisation nationale du financement des SAS pour garantir leur pérennité et l'équité des territoires.</b></p> <p><b>Assurer un accompagnement financier pour amorcer les projets SAS et assurer la mise à disposition pérenne des fonds de fonctionnement afin de garantir l'engagement des professionnels dans la durée.</b></p>
------	---

**Tous les entretiens réalisés en France et dans les DOM par la mission confirment que le fonctionnement des SAS nécessite des ressources financières en adéquation avec leurs activités et leurs besoins.** Les axes d'évolution retenus par la mission seront assortis d'indicateurs de suivi visant à garantir une amélioration du service rendu aux usagers<sup>15</sup>.

En effet, actuellement le financement des SAS est prévu selon plusieurs sources de financement :

- le FIR pour le budget de fonctionnement du SAS, les crédits d'amorçage et possibilité

<sup>15</sup> [La sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023 \(ccomptes.fr\)](https://ccomptes.fr)

d'accompagnement selon la décision du DGARS (exemples : aide à l'investissement pour les dépenses architecturales liées au SAS en Nouvelle Aquitaine ou renforts OSNP en Normandie). Le budget de fonctionnement des SAS est reconductible et permet de couvrir les dépenses concernant le fonctionnement de la filière médecine libérale : la rémunération des opérateurs de soins non programmés (OSNP) et le financement de leur poste de travail ainsi que les charges administratives pour la filière médecine générale et la formation des médecins régulateurs libéraux et des OSNP,

- la MIG SAMU pour la rémunération des renforts ARM liés au SAS,
- le FMIS pour la mise à niveau des outils SI et téléphonie,
- l'enveloppe ville de l'Assurance maladie pour la rémunération des médecins libéraux (forfaits régulation et majoration SNP effecteurs).

**Les modalités d'utilisation de ces crédits doivent faire l'objet d'une validation par l'instance de gouvernance du SAS.**

**Il est constaté une hétérogénéité d'affectation des budgets selon les territoires SAS qui nécessite une harmonisation nationale** dans le cadre notamment d'un groupe de travail permettant le bilan des SAS déployés et les perspectives d'évolution notamment de la MIG SAMU, du budget de fonctionnement FIR mais également des marges de manœuvre des ARS pour accompagner certaines priorités régionales.

Les bases de données utilisées pour la MIG SAMU dans le modèle national sont les données SAE 2019. La revalorisation du modèle national de la MIG SAMU permettra d'adapter les recrutements nécessaires au front office sur la base des données d'activité les plus récentes soit 2022. Il s'avère que l'activité des SAMU ayant notablement augmenté depuis 2019, une actualisation et revalorisation de la MIG SAMU est nécessaire. Plusieurs paliers de revalorisation ont eu lieu récemment avec notamment les renforts ARM à la suite de la mission flash permettant d'augmenter les ARM dans les SAS en 2023.

La modélisation du budget de fonctionnement de chaque SAS sur le FIR est réalisée elle aussi à partir des données d'activité SAE 2019 : passages aux urgences, activité du SAMU, population. Une actualisation de cette base de données et une modélisation des moyens en ressources humaines sur la filière médecine générale sont de nature à améliorer le déploiement des SAS en garantissant une équité selon les territoires.

Dans ce cadre, il est également repéré la nécessité de définir le temps de coordination effectué par des médecins libéraux dans le cadre du SAS en différenciant le budget des associations de régulation dédiées à la PDSA du budget de fonctionnement du SAS. Une base de 3 C de l'heure est souvent retenue pour indemniser les médecins libéraux sur du temps de formation. Cette base pourrait peut-être servir de modélisation pour rémunérer le temps passé par des médecins libéraux sur les missions de gestion de projet, de temps de réunion pour la coordination avec les acteurs de la filière médecine générale et des filières spécialisée sur le territoire, les missions de formation et

d'élaboration de chartes, protocoles de bonnes pratiques notamment.

P 79

Prioritaire

### **Valoriser financièrement les soins non programmés :**

- **Poursuivre la majoration SNP à 15€** pour les patients adressés vers la médecine de ville **après régulation médicale du SAS**
- **Définir une majoration spécifique pour les soins non programmés réalisés par les acteurs des CPTS**, pour les patients ayant pris contact directement avec la structure de territoire sans passer par la régulation médicale du SAS.  
Cette majoration sera inférieure à la majoration SNP de 15€, son montant devra être défini par les partenaires conventionnels, et mise en place à partir des fonds ACI des CPTS versés à chaque structure.
- Lorsqu'ils sont sollicités directement par les patients, les centres de soins non programmés ou SOS médecins, dont l'activité répond exclusivement aux SNP, ne peuvent bénéficier d'une telle majoration.
- **Définir une valorisation de la visite réalisée pour des soins non programmés :**
  - en période de continuité des soins,
  - après régulation médicale du SAS,
  - d'un montant incitatif et modélisé sur la base des montants affectés à la PDSA.

La réflexion qui a mené à cette préconisation s'est basée sur 4 prérogatives :

1. le maintien de l'offre de soins libérale en médecine de ville (médecin généraliste, MSP, centre de santé...);
2. favoriser l'intérêt d'un médecin libéral à s'investir dans la prise en charge des soins non programmés (consultations et visites);
3. maintenir et renforcer le rôle du médecin traitant dans la prise en charge des soins non programmés;
4. affirmer l'offre de soins proposée aux patients (en accord avec les associations d'usagers).

En effet, il est primordial de garantir une réponse intégrée aux patients. Certaines structures qui faisaient initialement des visites à domicile ont modifié cette activité qui peut parfois avoir totalement disparue. Les réponses immédiates de certains centres de soins non programmés ne vont ni dans le sens de réinsertion du patient dans un parcours de soins adapté auprès d'un médecin généraliste, ni dans un message et une éducation en santé adapté, à savoir "avoir recours au bon moyen, au bon moment, au bon endroit".

La mise en place d'une majoration SNP à 15€ a été une réussite, aboutissant à un investissement de beaucoup de médecins en tant qu'effecteurs des

dispositifs SAS. Cette majoration doit être pérenne et maintenue au minimum à l'identique, sa future valorisation sera à discuter.

L'accès aux soins non programmés directement par les CPTS, sans passer par le 15 doit également faire l'objet d'une valorisation financière.

Cette dernière existe ou pas dans les territoires, mais aucun financement précis n'est défini à ce jour. Elle permettrait d'ailleurs aux acteurs de terrain de voir leurs investissements territoriaux sur les soins non programmés valorisés, favoriser l'investissement médical au sein des structures coordonnées.

Elle permettrait également d'éviter les dérives d'éventuelles quotations non adaptées et dérogatoire au règlement arbitral en vigueur de la majoration SNP pour tous soins non programmés.

En revanche, cette valorisation ne peut pas se situer au même niveau que la majoration SNP puisqu'un avis médical n'est pas systématiquement requis, elle ne constitue pas une régulation médicale telle que définie<sup>5,6</sup>.

La problématique pour les centres de soins non programmés et SOS médecins, à partir du moment où ils sont sollicités est similaire.

L'appelant ne bénéficie pas dans la majorité des cas d'une régulation médicale au moment de son appel (sauf cas d'urgence extrême pour SOS médecins) et ne sollicite pas le dispositif humain et technique de la régulation médicale du 15.

L'application de la majoration SNP ne peut être effective pour les patients ayant pris contact directement pour une demande de soins non programmés avec ces structures, mais pourra s'appliquer si ces structures sont coordonnées avec un agenda partagé et des plages dédiées de consultations avec les SAS.

Le dernier point concerne les visites à domicile de soins non programmés adressées par le SAS. A ce jour, le temps nécessaire pour une visite à domicile est d'environ une heure, déplacement compris.

Très peu de médecins généralistes effectuent des visites à domicile, encore moins dans le cadre des soins non programmés, ce qui nécessite un recours à dispositif SIO (service infirmier d'orientation) quand il est déployé pour une évaluation clinique à domicile ou à un transport vers les urgences de l'hôpital le plus proche.

Certains médecins dont l'activité reposait principalement sur des visites, revoient leurs stratégies et font de plus en plus de consultations en cabinet. Il est donc nécessaire d'engager une incitation financière forte pour les visites incontournables.

Un médecin généraliste à son cabinet réalise quatre consultations par heure en moyenne, son chiffre d'affaire est donc de 26.50€ x 4 soit 106€.

Une visite de soins non programmés adressée par le SAS ne peut être valorisée

	<p>moins que ce que le médecin génère à son cabinet, en investissement (4 consultations pour 1 patient en visite) et économiquement. Une mesure forte et urgente doit être prise à ce sujet.</p>
--	--

<p>P 80 Secondaire 2025</p>	<p><b>Définir une rémunération plafonnée du ou des dirigeants des entités juridiques libérales.</b> Intégrer au modèle économique national du SAS cette ligne budgétaire dédiée.</p>
-------------------------------------	--

<p>P 81 Prioritaire</p>	<p>Pour les médecins, <b>valoriser les "no show"</b> définis par des patients dont un rendez-vous a été notifié au médecin effecteur et qui ne se sont pas présentés au rendez-vous (données observationnelles : 10% des cas en moyenne par SAS constitués en France).</p> <p>Pour lutter contre le nomadisme médical, mettre en place un chaînage et une traçabilité des différentes prises en charge médicales du patient, sur les périodes de continuité et permanence des soins. Un recours fréquent à des soins non programmés traduit un défaut dans la prise en charge et une vulnérabilité à accompagner.</p> <p>Impliquer la CNAM dans l'analyse médico-économique mensuelle de ces parcours de patients. Définir un plan d'action à destination des patients visant à limiter le consumérisme médical.</p> <p>Un travail commun médecins, usagers (par les associations mais aussi les intervenants en commission médicale des usagers en établissement), institutions est rapidement à déployer pour construire un message en santé clair, fort et lisible de tous sur l'existence et le bon usage de l'offre de soins.</p> <p>Cela pénalise le dispositif SAS et l'investissement de ses ressources et pénalise également le médecin généraliste effecteur qui a mis à disposition du SAS ses créneaux de rendez-vous, voire pris le patient sur une plage surnuméraire.</p> <p>En 2023, 28 millions de rendez-vous ont été non honorés en France. La responsabilité des patients doit être évoquée dans le contexte de tension démographique médicale actuelle.</p> <p>Il appartiendra aux acteurs décisionnels de valoriser les "no show", pour indemniser les médecins et/ou envisager des mesures contraignantes imposées aux patients en l'absence de justification.</p>
-----------------------------	---

<p>P 82 Prioritaire</p>	<p>Porter un signal fort auprès de la profession et <b>gagner en attractivité et fidélisation en assurant la réintégration des quatre échelons de la grille d'ancienneté des praticiens hospitaliers</b> nommés avant le 1er octobre 2020. Pérenniser la majoration de l'indemnité de sujétion et atteindre son doublement sous 24 mois afin de reconnaître la pénibilité.</p>
-----------------------------	--

<p>P 83</p>	<p><b>Poursuivre les travaux avec les représentations professionnelles dans la reconnaissance de la pénibilité de l'exercice de la médecine d'urgence.</b></p>
-------------	--

<p>P 84</p>	<p><b>Définir un cadrage national financier spécifique pour chaque filière, à l'amorçage et en production.</b></p> <p>La modélisation de financement, notamment sur la filière spécialisée santé mentale, est également très attendue avec un RETEX très positif pour les sites où un infirmier spécialisé en santé mentale est présent en régulation : optimisation du parcours patient, qualité de la décision médicale (régions ARA, BFC,PACA, IDF, NA notamment)</p>
-------------	--

<p>P 85</p>	<p><b>Assurer la valorisation financière de l'acte de réorientation.</b></p> <p>Envisager une modélisation de reconnaissance financière de l'implication des professionnels de santé et des professionnels de santé libéraux dans le cadre d'une protocolisation harmonisée au niveau national afin de valoriser la filiarisation des patients.</p>
-------------	---



## Communication

P 86	Assurer dans un premier temps une <b>communication et une promotion du SAS restreinte aux professionnels de santé</b> . La communication à destination du grand public doit être retardée afin de permettre une montée en charge progressive.
------	---

P 87	<b>Assurer une campagne de communication nationale qui répond à l'enjeu de lisibilité du SAS :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• En cas d'urgence sanitaire ou supposée comme telle : j'appelle le 15</li><li>• A défaut j'appelle en 1ere intention mon médecin traitant. En cas d'échec, je cherche par moi-même un rendez-vous auprès d'un professionnel de Santé sur les sites référencés et en ultime recours j'appelle le 15 pour une réponse adaptée à la situation</li><li>• Avant d'aller aux urgences, j'appelle préalablement le 15</li></ul> Réaliser la communication à destination du grand public lorsque l'essentiel des SAS sera opérationnel.
------	---

Les populations les plus fragiles et les moins insérées disposent d'une lecture insuffisante et parfois d'une accessibilité trop complexe des parcours de soins. Dans une volonté affichée d'équité sociale à l'accès aux soins et à un usage adapté des ressources sanitaires, il apparaît essentiel de partager des messages simples et efficaces visant à améliorer les prises en charge des patients pour répondre à l'enjeu d'un "patient au bon endroit au bon moment".

P 88	<b>Associer la représentation des usagers et les professionnels de santé à la définition des messages à destination du grand public.</b>
------	--

P 89	<b>Instaurer un temps d'éducation au bon usage des ressources sanitaires auprès des jeunes générations</b> , instruire avec le Ministère de l'Education Nationale la stratégie de mise en œuvre.
------	--

P 90	<b>Promouvoir les messages d'éducation au bon usage des ressources sanitaires lors de temps institutionnels ou d'événement de vie</b> : Service National Universel, Permis de conduire, naissance, BAFA...
------	--

Il existe différents temps de la vie en société qui permettent des rencontres avec la population et constituent des opportunités pédagogiques à l'usage raisonné des ressources sanitaires. Dans une approche générationnelle transversale, en lien avec les Ministères compétents, la diffusion de messages clés pourraient constituer un investissement à moyen et long terme.

P 91	<b>Mettre en œuvre un numéro d'accès téléphonique au SAS commun à l'AMU et aux SNP</b> afin de permettre aux usagers d'identifier un point d'entrée Santé unique. Cette action soutient également le besoin de simplification des numéros d'urgence sur le territoire national.
------	---

L'instauration d'un numéro commun santé répond à la volonté des usagers exprimée dès 2019 dans le cadre de la mission SAS<sup>16</sup>. Le rapport de modernisation des communications d'urgence pour les secours, la santé et la sécurité<sup>17</sup> a également souligné l'intérêt de limiter le nombre de numéros d'urgence pour une meilleure lisibilité et appelle dans l'argumentation à la mise œuvre du SAS à disposer d'un guichet unique d'entrée pour tous les appels sanitaires qui constituent le premier motif d'appels d'urgence sur le territoire national.

P 92	<b>Accéder directement à un professionnel de santé de la régulation téléphonique du SAS, sans filtrage.</b>
------	---

Pour la population confrontée à une situation sanitaire aiguë, **accéder directement et dès les premiers mots** à un professionnel de santé est essentiel.

La multiplicité des intervenants avant d'obtenir « le bon interlocuteur » rend le parcours patient compliqué et génère de la perte d'information. Pour l'appelant, la répétition de la demande constitue une source de conflit qui vient compliquer l'acte de régulation médicale. **Les travaux d'analyse interactionnelle ont parfaitement illustré ces impacts**<sup>18</sup>.

Le SAS dispose d'une organisation de décroché des appels en bi-niveau dont l'efficacité a été rappelée en préconisation 2 du présent document. Elle répond à l'objectif d'accueillir, de qualifier et d'orienter rapidement les appels par un ARM en lien avec le médecin régulateur.

<sup>16</sup> [sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_pour\\_un\\_pacte\\_de\\_refondation\\_des\\_urgences\\_2019-058r.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pour_un_pacte_de_refondation_des_urgences_2019-058r.pdf)

<sup>17</sup> [urgences-113.fr/marcus/Rapport\\_MARCUS3.pdf](https://urgences-113.fr/marcus/Rapport_MARCUS3.pdf)

<sup>18</sup> Louise Robert. Thèse de doctorat en Sciences du langage : Détermination interactionnelle de l'urgence et processus d'innovation en régulation médicale téléphonique au SAMU. 2022. [hal.science/tel-03850466/document](https://hal.science/tel-03850466/document)

**A titre expérimental**<sup>19</sup>, une fonction de **filtrage des appels d'urgence, préalable à l'accès au SAS**, sera testée afin d'en évaluer les bénéfices. Pour les usagers, cela se traduira lors d'un appel au 15, par une mise en relation avec un opérateur neutre (c'est-à-dire sans expertise métier) qui orientera l'appel vers le SAS pour tout motif sanitaire. Rappelons que les appels d'urgence sanitaire constituent le plus grand nombre de communications d'urgence sur le territoire national<sup>16</sup>.

Tester l'opportunité de la plateforme de filtrage appliquée aux appels sanitaires paraît peu pertinent au regard de la littérature internationale et de l'organisation de la réponse sanitaire en France.

**En 2017, l'étude Eurocall** publiée dans Resuscitation<sup>20</sup>, comparait dans 11 pays deux systèmes différents d'accès : l'accès direct au centre d'appels d'urgence santé et l'accès en deux temps avec un premier décroché par un centre de filtrage/orientation (Public Safety Answering Point) puis le transfert vers le centre d'appels d'urgence santé. **Le délai d'accès était significativement plus important.**

A nouveau **en 2023, une étude suédoise**<sup>21</sup> publiée dans Resuscitation compare ces deux procédures d'accès et confirme le **rallongement du délai d'accès à l'expertise métier** et son impact.

L'étude confirme la différence significative de délai d'accès entre les procédures directes et en deux temps, respectivement 7,2s vs 39s. **La procédure en deux temps est plus consommatrice de temps.** Les auteurs précisent que la littérature ne permet pas de dire pour le moment s'il existe des conséquences sur le devenir des patients, mais que l'allongement du temps d'accès a probablement un effet réel notamment en cas d'arrêt cardiaque. En effet ceci est objectivé dans la procédure directe lorsque l'ambulance est envoyée plus tardivement il existe une différence significative de survie des patients.

Avec la prudence nécessaire dans la transposition de l'analyse en France, la procédure directe correspond à l'accès direct au SAS et la procédure en deux temps à la mise en place de la plateforme de filtrage/orientation (sans fonction d'engagement de moyens opérationnels).

Ainsi, nous savons d'ores et déjà **que filtrer les appels 15, destinés au SAS majorera le délai d'accès aux professionnels de santé** et par voie de conséquence les délais d'engagements des moyens opérationnels.

<sup>19</sup> [Article 46 - LOI n° 2021-1520 du 25 novembre 2021 visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

<sup>20</sup> Nikolaou N, Castrén M, Monsieurs KG, Cimpoesu D, Georgiou M, Raffay V, Koster R, Hunyadi-Antičević S, Truhlář A, Bossaert L; EUROCALL investigators. Time delays to reach dispatch centres in different regions in Europe. Are we losing the window of opportunity? - The EUROCALL study. Resuscitation. 2017 Feb;111:8-13

<sup>21</sup> Byrsell F, Jonsson M, Claesson A, Ringh M, Svensson L, Riva G, Nordberg P, Forsberg S, Hollenberg J, Nord A. Swedish emergency medical dispatch centres' ability to answer emergency medical calls and dispatch an ambulance in response to out-of-hospital cardiac arrest calls in accordance with the American Heart Association performance goals: An observational study. Resuscitation. 2023 Aug;189:109896

**L'accès au SAS sans filtrage préalable a été réaffirmé par les professionnels de santé comme une exigence fonctionnelle.**

P 93  
Prioritaire

**Améliorer la communication auprès des CPTS pour identifier leur rôle au sein de l'organisation du SAS et les outils à leur mettre à disposition.**

Parmi les exemples de fonctionnement vus en région, les CPTS s'investissent de différentes manières pour les soins non programmés. Elles peuvent s'articuler avec les SAS en mettant par exemple "un planning" concernant un médecin du territoire qui va recevoir l'ensemble des soins non programmés issu du SAS, par le biais d'un agenda partagé ou utilisation de la plateforme digitale, le nombre de rendez-vous mis à disposition étant adaptés à chaque territoire. D'autres ont plusieurs médecins référencés chaque jour en astreinte, mais toujours dans le cadre de modalités d'adressage organisées numériquement.

## Formation, qualité et évaluation

P 94	<p><b>Engager une analyse territoriale des besoins de soins non programmés en s'appuyant sur les professionnels de santé libéraux afin d'établir une cartographie et une planification des besoins.</b></p> <p>Ces travaux pourront également contribuer à mener des politiques de santé spécifiques au regard des besoins observés dans une dynamique de prévention.</p>
------	---

P 95	<p>Sur la base de l'analyse des besoins identifiés sur les différents secteurs (CPTS ou secteurs PDSA par défaut), <b>identifier en début de projet une liste ciblée de médecins volontaires pour participer à la réponse aux soins non-programmés</b>, dont le nombre pourra progressivement augmenter selon les sollicitations constatées.</p>
------	--

P 96	<p><b>Définir un référentiel national de description des activités</b> de régulation médicale des appels destinés au SAS et de l'effectation à l'instar du résumé de passage aux urgences (RPU). Structurer le chaînage des informations avec les données d'identification des patients et concentrer ses données à des fins épidémiologiques et de vigilance sanitaire ainsi que pour les analyses médico-économiques.</p>
------	---

L'hétérogénéité des systèmes d'information de centres de réception et de régulation médicale complexifie la disponibilité de données harmonisées et comparables à l'échelle du territoire. De manière complémentaire, un travail de convergence appelle à être mené afin que le métier puisse valider les modalités d'une description harmonisée des décisions prises en régulation médicale. L'évaluation du service rendu à la population par le SAS est impérative et nécessite de pouvoir identifier plus précisément les parcours de soins des patients ayant fait appel au SAS.

P 97	<p><b>Mettre en place un comité scientifique</b> pour l'évaluation quantitative, qualitative et médico-économique <b>des SAS</b>.</p>
<p>Au regard des investissements publics réalisés dans la généralisation des SAS, l'évaluation du service rendu à la population nécessite de pouvoir analyser précisément le fonctionnement des SAS. L'évaluation pourra porter notamment sur l'accessibilité populationnelle au SAS, la qualité de la prise en charge de l'appelant et la qualité de la réponse opérationnelle. Le comité scientifique du SAS permet</p>	

également de garantir la conformité à l'état de l'art et à la réglementation des procédures et protocoles qui pourraient être instaurées au sein des SAS. In fine, le comité scientifique peut contribuer à la réalisation d'études et à leur valorisation dans la littérature scientifique. Il associera les représentants de chacune de filières socles et des expertises sanitaires complémentaires.

P 98	<b>Instaurer des formations pluri annuelles</b> des médecins régulateurs libéraux (DPC, écoutes de bandes, DIU...) s'inscrivant dans le cadre de l'exigence qualité des SAS.
------	--

P 99 Prioritaire	<b>Assurer au niveau national le suivi des différents SAS sur le versant libéral</b> afin de : <ul style="list-style-type: none"><li>● Harmoniser les pratiques</li><li>● Favoriser les déploiements de filières spécialisées</li><li>● Partager les expériences</li><li>● Organiser une formation initiale et continue des OSNP, en lien avec la plateforme nationale digitale et les différents agendas métiers utilisés...</li></ul>
---------------------	---

Ce suivi devra faire exclusivement appel à une personne issue du domaine libéral, qualifiée et ayant l'expérience nécessaire et suffisante de déploiement de SAS. Créer un poste d'audience nationale en lien avec la DGOS.

L'ensemble des SAS nationaux, objective le manque d'un poste d'audience nationale permettant les échanges d'informations et de pratiques des différents dispositifs SAS et de leurs entités libérales.

Il n'y a pas à ce jour d'échanges structurés inter libéraux sur le territoire national, défini selon un cahier des charges répondant aux exigences fonctionnelles des SAS. Les médecins libéraux se sentent isolés, n'ayant pas de référent attitré.

Cela occasionne une perte de temps et d'énergie à chercher des solutions qui existent dans d'autres secteurs. Nous pouvons citer en exemple :

-formation des OSNP ;

-déploiement de filières spécialisés ;

-suivi du retour d'expérience des différentes organisations d'effectif libérale ;

-lien avec la DGOS pour les mises en relation avec différents partenaires ou institutions représentatives ;

../...

Ce vide n'est à ce jour pas comblé malgré l'accompagnement institutionnel, centré sur les sujets budgétaires et de gouvernance.

Ce poste, qui permettra un fonctionnement optimisé et rapide des SAS, doit être occupé par un représentant libéral, connaissant les difficultés rencontrées et les mesures correctives à apporter, fortement impliqué dans le déploiement et l'accompagnement des SAS et l'ensemble de leurs versants libéraux.

A titre d'exemple, la directrice du SAS 69 est en lien avec de nombreux SAS d'autres régions, comme Ile de France, Antilles, Bretagne... pour échanger en distanciel et présentiel autour des différents items sus cités. Tout ceci se fait à ce jour de façon informel, et nécessite d'être structuré.

P 100

**Faire évoluer le périmètre des Observatoires Régionaux des Urgences (ORU) vers les Observatoires Régionaux des Urgences et des Soins Non Programmés (ORU-SNP).**

Etendre le périmètre d'activité des ORU aux SNP permet d'engager une analyse complémentaire des parcours de soins tant au niveau de la régulation médicale que de l'effectation. Les SAS pourront s'appuyer sur les ORU-SNP dans le cadre de conventionnement afin de disposer d'une analyse de l'activité. L'ARS des Pays de la Loire a notamment engagé ces travaux.

# Lettre de mission



*Le Ministre*

*Paris, le 24 AVR. 2023*

NRéf. : D-23-010545

Docteurs, Mesdames, Messieurs,

Le Service d'accès aux soins (SAS) est un nouveau service d'orientation de la population dans le système de santé. Pour le patient confronté à un besoin de soins urgents ou non programmés et lorsque l'accès à son médecin traitant n'est pas possible, le SAS doit permettre d'accéder à distance à un professionnel de santé, dans des délais adaptés à son état de santé. Le SAS pourra ainsi lui fournir un conseil médical, l'orienter selon la situation vers une consultation de soin non programmé en ville ou vers une téléconsultation, vers un service d'urgences ou déclencher l'intervention d'un SMUR ou d'un transport sanitaire si nécessaire.

Les premiers sites pilotes du SAS ont été annoncés en novembre 2020. La généralisation du dispositif SAS à l'ensemble du territoire national a été annoncée en octobre 2022 lors du lancement du Conseil national de la refondation en Santé. Cet objectif a été réaffirmé par le Président de la République lors de ses vœux aux acteurs de la santé en janvier 2023.

Je souhaite vous confier une **mission d'accompagnement à la généralisation du SAS** ayant pour objectif de garantir un maillage de tout le territoire d'ici la fin de l'année 2023.

Cette mission s'attachera à :

- conduire un diagnostic des territoires sans projets opérationnels pour identifier les leviers à mobiliser en urgence afin d'accélérer le déploiement,
- aider au repérage et à la diffusion des bonnes pratiques des SAS en fonctionnement en prenant pour appui les recommandations de l'Instruction visant à accompagner la généralisation des SAS de décembre 2022, elles-mêmes issues du retour d'expérience de la phase pilote,
- proposer des actions de nature à rendre cette organisation lisible pour les patients et à faciliter leur accès à ce nouveau service,
- établir un plan d'actions pour faciliter le recrutement des régulateurs (médecins, assistants de régulation médicale et opérateurs de soins non programmés), et sécuriser la prise en charge des appels dans la durée,
- analyser les modalités d'orientation d'un patient vers un rendez-vous en ville en effectuant dans quelques SAS un suivi des rendez-vous ambulatoires pris dans les 72 heures après un appel, ainsi que contribuer à renforcer le nombre d'effecteurs pouvant prendre en charge les orientations du SAS et l'articulation avec les organisations déjà en place dans les territoires, notamment celles portées par des CPTS,
- formuler des propositions pour accélérer le déploiement de la plateforme numérique nationale,
- identifier les conditions de réussite de filières spécialisées (comme la psychiatrie, la gériatrie ou la pédiatrie) dans les SAS lancés pour une généralisation de ces filières.

...

**Destinataires in fine**

Tel. : 01 40 20 50 00  
12, avenue Daumesnil - 75008 PARIS CT SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et/ou de votre contrat en vertu des missions confiées aux services sociaux.  
Conformément au régime juridique de la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse [360-nppd-cs@solidaires.gouv.fr](mailto:360-nppd-cs@solidaires.gouv.fr) ou par voie postale.  
Pour en savoir plus : <https://solidaires.gouv.fr/fr/mission/contrat-de-formes-personnelles-sociales>



Votre rôle sera de conduire des rencontres dans chaque région, en présentiel ou par visioconférence, en partenariat avec les Agences régionales de santé, les organismes d'assurance maladie et avec la participation des représentants des professionnels de santé et des patients pour réaliser un diagnostic de couverture, favoriser la formalisation d'un plan de déploiement territorial et formuler des recommandations qualitatives sur les parcours de prise en charge des soins non programmés des Français.

Cette mission durera jusqu'à la fin du mois de juillet 2023.

Pour l'exercice de cette mission, vous pourrez vous appuyer sur des moyens mis à disposition par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et les Agences Régionales de Santé (ARS). Il vous reviendra de consulter les différentes institutions impliquées dans le SAS, notamment la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Compte tenu de la perte de revenus que pourra occasionner cette mission, une indemnisation pourra vous être versée sur présentation de justificatifs. Les autres frais annexes occasionnés par cette mission (déplacements notamment) seront remboursés sur justificatifs.

Vous ferez des points d'étape réguliers avec mon cabinet et la DGOS et vous me remettrez une synthèse à l'été au terme de la mission composant une série de propositions opérationnelles pour sécuriser l'objectif de déploiement du SAS sur l'ensemble du territoire.

Sachant pouvoir compter sur votre mobilisation, je vous prie d'agréer, Docteurs, Mesdames, Messieurs, l'expression de ma sincère considération.



François BRAUN