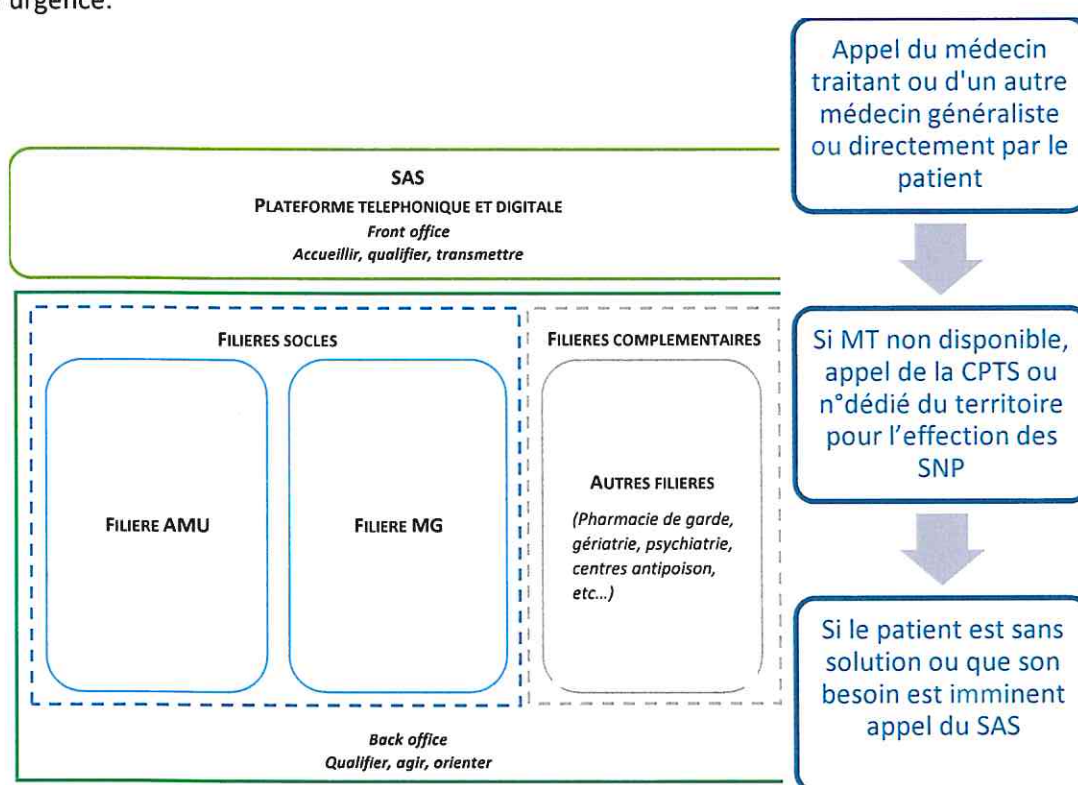


Annexe 1 : Recommandations destinés aux sites pilotes SAS

Un certain nombre de recommandations complètent des principes incontournables décrits dans l'instruction au point II.

1. L'accès au SAS

L'accès au SAS devra reposer sur un numéro d'appel unique pour les patients. Cependant, si d'autres numéros d'accès locaux ont été mis en place pour l'accès aux soins non programmés (par exemple les CPTS, les MSP, etc.), ils pourront perdurer en parallèle. Le SAS n'a en effet pas vocation à se substituer au lien direct qui existe entre le patient et son médecin, ou avec une organisation collective des médecins de ville, pour l'accès aux soins non programmés. Le SAS est un niveau de réponse supplémentaire, conjoint entre médecine de ville et médecine hospitalière, mobilisable pour tout patient qui n'a pas trouvé de réponse à son besoin par ses propres moyens. Il répond également à l'urgence.



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

2. Les aspects techniques

Afin de permettre leur lancement opérationnel en janvier 2021, il est recommandé que les sites pilotes veillent aux conditions techniques suivantes :

- solution globale de téléphonie calibrée pour le volume d'appels attendu dans le cadre du SAS (lignes T2, autocommutateur, enregistreur, etc.) ;
- capacité de bascule d'appels entre les filières AMU et MG ;

- solution d'acheminement des communications téléphoniques des sapeurs-pompiers directement à chaque niveau du SAS (front office -premier décroché- et back office -filiales spécifiques de régulation médicale- (cf. 6. L'organisation interne du SAS)).

3. La localisation

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

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

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

4. Le périmètre géographique

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

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

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

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

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

5. La gouvernance

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

Le projet de santé partagé entre les deux parties, pourrait porter sur l'organisation équilibré des volets MG et AMU et décliner le fonctionnement du SAS, notamment les relations entre professionnels intervenants au sein du service ou en collaboration avec lui.

La gouvernance rend nécessaire l'identification d'un responsable du SAS ainsi que des référents dans chacune des filières. Les modalités de désignation de ces responsables devront être précisées dans le document socle.



Il convient de veiller à ce que l'instance décisionnelle du SAS soit articulée avec la direction de l'établissement de santé siège de SAMU. De la même manière, il conviendra de veiller à ce que les sujets communs, de l'organisation du service, du fonctionnement et du financement, fassent l'objet d'un partenariat étroit entre l'établissement de santé et le SAS.

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

6. L'organisation interne

a. *Le front office et le back office*¹

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

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

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

b. *Le process de traitement de l'appel*

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

- L'accueil initial des primo-appelants : « service d'accès aux soins, bonjour » ;
- L'ouverture d'un dossier de régulation médicale avec seules deux informations recueillies et saisies : nom et numéro de téléphone de l'appelant ;
- La qualification du degré d'urgence :
 - P0 : urgence vitale ;

¹ Schéma d'organisation du SAS en Annexe 3.

² Fiche de poste OSNP en Annexe 5

- P1 : régulation médicale immédiate par volet AMU ;
- P2 : régulation médicale différée par MG régulateur, qui peut être mise en attente sans risque pour le patient.

c. Mise en place de protocoles de traitement des appels

Pour faciliter la procédure permettant de déterminer s’il s’agit d’une détresse vitale, d’une urgence ou d’une demande qui relève du soin non programmé, le principe de protocoles locaux pourrait être retenu. Si ce choix est fait, les protocoles seront élaborés conjointement entre les médecins urgentistes et les médecins généralistes impliqués dans le projet pour cadrer la procédure permettant de déterminer s’il s’agit. Ces protocoles devront être validés dans le cadre de la gouvernance du SAS, par les deux volets AMU et MG. Le nombre de questions devra être réduit au maximum afin d’assurer une orientation très rapide des appels vers les filières et de maintenir les objectifs de performance du front office.

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

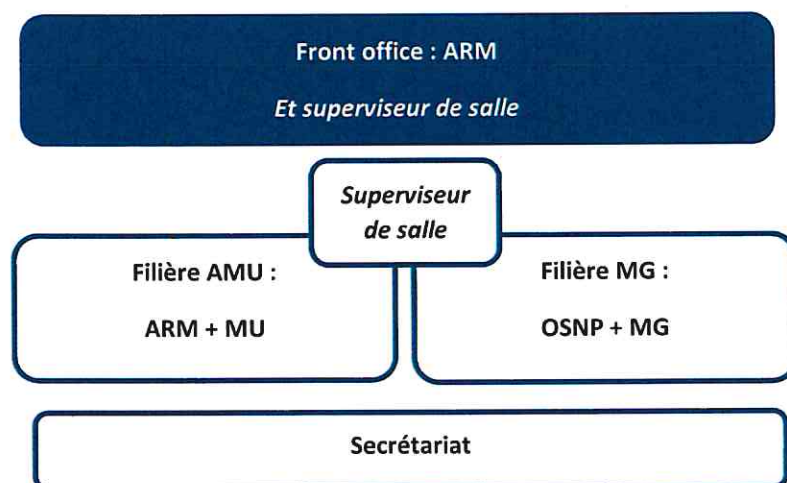
Il est recommandé d’effectuer une rotation des ARM au niveau du front office conformément aux bonnes pratiques afin de lutter contre le risque d’erreur.

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

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

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

e. Les professionnels qui interviennent dans le SAS



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

- **Filière AMU** : la présence d’ARM et d’au moins un médecin urgentiste à tout moment en H24;

- **Filière MG** : la présence de personnels faisant fonction d'OSNP à tout moment, qui pourront toutefois être mutualisés avec des ARM en période de faible activité ; la disponibilité d'au moins un médecin généraliste à tout moment, soit présent physiquement sur site, soit via une organisation à distance (régulation médicale à distance ou articulation territoriale entre SAS) ;
- La présence d'un superviseur de salle afin d'organiser le fonctionnement opérationnel de la salle de régulation, de coordonner les différents opérateurs et assistants de régulation et d'articuler les filières.

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

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

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

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

g. Régulation à distance

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

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

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

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

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

En l'absence de CPTS assurant une structuration et une mise en visibilité des soins non programmés, Il convient que les acteurs du le SAS se mettent en capacité de connaître les dispositifs de réponse ambulatoire (plages disponibles de consultations en cabinet libéral, MSP, centres de santé, fonctionnement des MMG, disponibilités d'autres professionnels de santé tels que les chirurgiens-

dentistes, IDE, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.) afin de rendre visible cette offre de soins présente sur le territoire.

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

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

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

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

8. Autres points d'information

a. Le statut juridique

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

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

À ce stade, deux suggestions peuvent être faites :

- Un dispositif conventionnel, reliant chacun des acteurs, personnes physiques et morales participant à la plateforme SAS (médecins urgentistes, médecins libéraux, établissement de santé notamment). La convention contient des droits et des obligations qui engagent les signataires. Elle permet de s'adapter aux réalités locales. Le contenu de la convention visera notamment à définir le fonctionnement et l'organisation du front office, la place de chaque acteur, les instances de gouvernance qui devront être équilibrées, dont le principe d'un projet médical partagé comportant un volet sur la gestion des risques qui serait joint à la convention. L'ARS peut être signataire comme gage du bon fonctionnement du dispositif.
- Un groupement de coopération sanitaire (CGS) : Cette forme juridique structurée s'organise autour d'une convention constitutive, négociée par les futurs membres, signée par eux et approuvée par le directeur général de l'ARS. L'approbation lui confère la personnalité juridique. La convention constitutive fixe notamment l'objet du groupement, la durée, les instances (*a minima*, un administrateur et une assemblée des membres), les règles de décision et de votation, la fixation ou non d'un capital, les règles relatives aux personnels mis à disposition par les membres, les règles de financement. Le GCS est à caractère non lucratif et doit respecter le principe d'équilibre budgétaire (les membres participant aux charges de fonctionnement).

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

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

b. Le mode de financement

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

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

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

c. La communication :

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

Avec un appui du national pour la réalisation de supports, une communication doit être menée sous l'égide de l'ARS au niveau local :

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

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