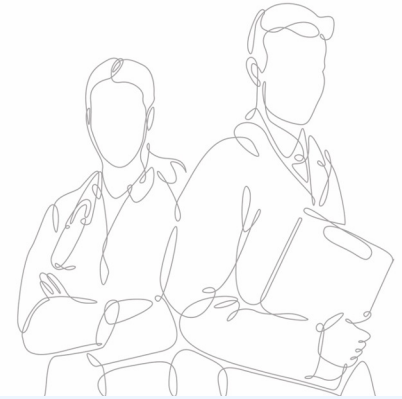


Déploiement des SAS en Occitanie

Décryptage & enjeux pour la médecine libérale

Note au lecteur



L'objectif de ce document est de mettre à disposition des médecins libéraux intervenant dans la construction et l'animation des SAS dans la région Occitanie l'ensemble des informations nécessaires à la compréhension des enjeux de construction de ce dispositif.

Le contenu s'appuie essentiellement sur les instructions de la DGOS notamment **INSTRUCTION N° DGOS/R2/PF5/2022/270 DU 23 DÉCEMBRE 2022** relative aux attendus pour la mise en place du Service d'accès aux soins (SAS) dans les territoires dans le cadre de la généralisation progressive du dispositif.

Il s'agit donc de références opposables / structurantes dans les échanges avec l'ensemble des acteurs.

Déploiement des SAS en Occitanie

Décryptage & enjeux pour la médecine libérale



Introduction

1. Missions des SAS
2. Déploiement en Occitanie

A - Organisation opérationnelle

1. Missions des SAS
2. Périmètre fonctionnel
3. Périmètre géographique
4. Régulation téléphonique
5. Numéro d'accès au SAS
6. Modalités de financements
7. Missions et profils des OSNP
8. Indicateurs de suivi
9. Plateforme numérique
10. Participation des médecins à l'effectif
11. Rémunération des médecins effecteurs

B - Structuration et gouvernance

1. Principes de référence de la gouvernance
2. Le statut juridique
3. Les acteurs institutionnels
4. Groupement de coopération sanitaire
5. Couverture assurancielle

Annexes

1. Etat du déploiement par département
2. Foire aux questions
3. Ressources bibliographiques

Glossaire

AMU - Aide Médicale Urgente

ARM - Agent Régulation Médicale

CPTS - Communautés Professionnels Territoriales de Santé

CRRA - Centre de Réception et de Régulation des appels

ETP – Equivalent Temps Plein

FIR - Fonds d'Interventions Régionales – ARS

ORU – Observatoire Régional des Urgences

OSNP - Opérateurs de Soins Non-Programmés

PDSA – Permanence des Soins Ambulatoires

SAMU - Service d'Aide Médicale Urgente

SAS - Service d'Accès aux Soins

SI - Système d'information





Introduction

1. Les missions des SAS
2. Le déploiement en Occitanie

Les missions du SAS



Le SAS est un service accessible à tous, sur un territoire quel que soit le lieu d'appel. Selon l'instruction, cela doit permettre à chacun d'accéder rapidement aux soins dont il a besoin et ainsi participer à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Il se traduit par une **PLATEFORME TÉLÉPHONIQUE DE RÉGULATION MÉDICALE**, opérationnelle 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 qui permet, en fonction de l'urgence de chaque situation et des besoins des patients, d'obtenir une réponse adaptée pour des soins non programmés lorsque l'accès au médecin traitant n'est pas possible en première intention.

Les numéros d'accès locaux – dont le 116-117 - mis en place pour l'accès aux soins non programmés (par exemple les CPTS, les MSP, etc.) perdurent en parallèle.

Il comprend aussi une **PLATEFORME DIGITALE** (comprenant un site internet, une application) permettant d'accéder à une information précise sur l'offre de soins sur le territoire et de prendre rendez-vous chez un professionnel de santé, sous 48h, en respectant le parcours de soins prévu par l'assurance maladie.

Les finalités :

« Le SAS propose, à toute personne ayant un besoin de santé urgent, non programmé ou ne pouvant pas accéder à son médecin traitant ou à l'organisation territoriale mise en place lors de son indisponibilité :

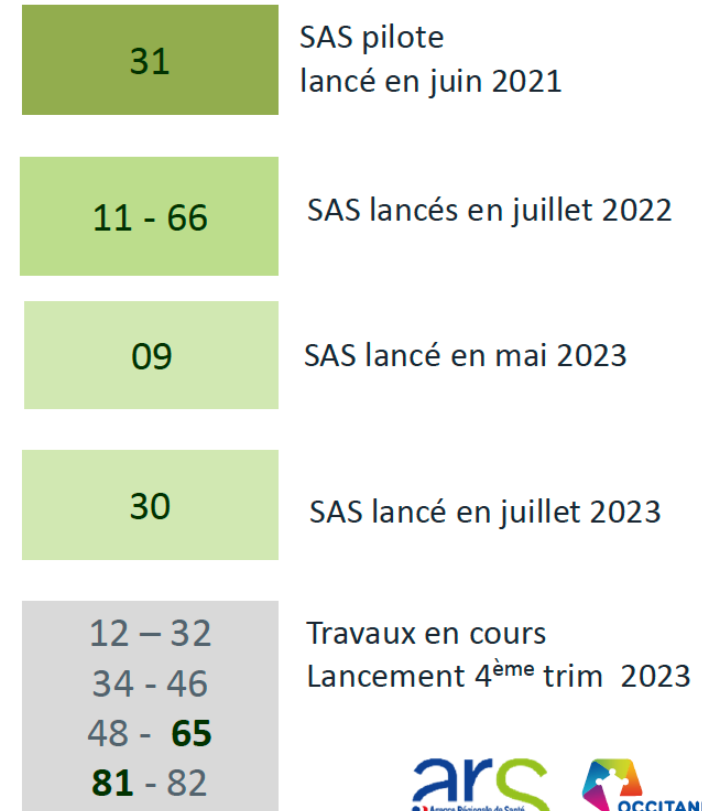
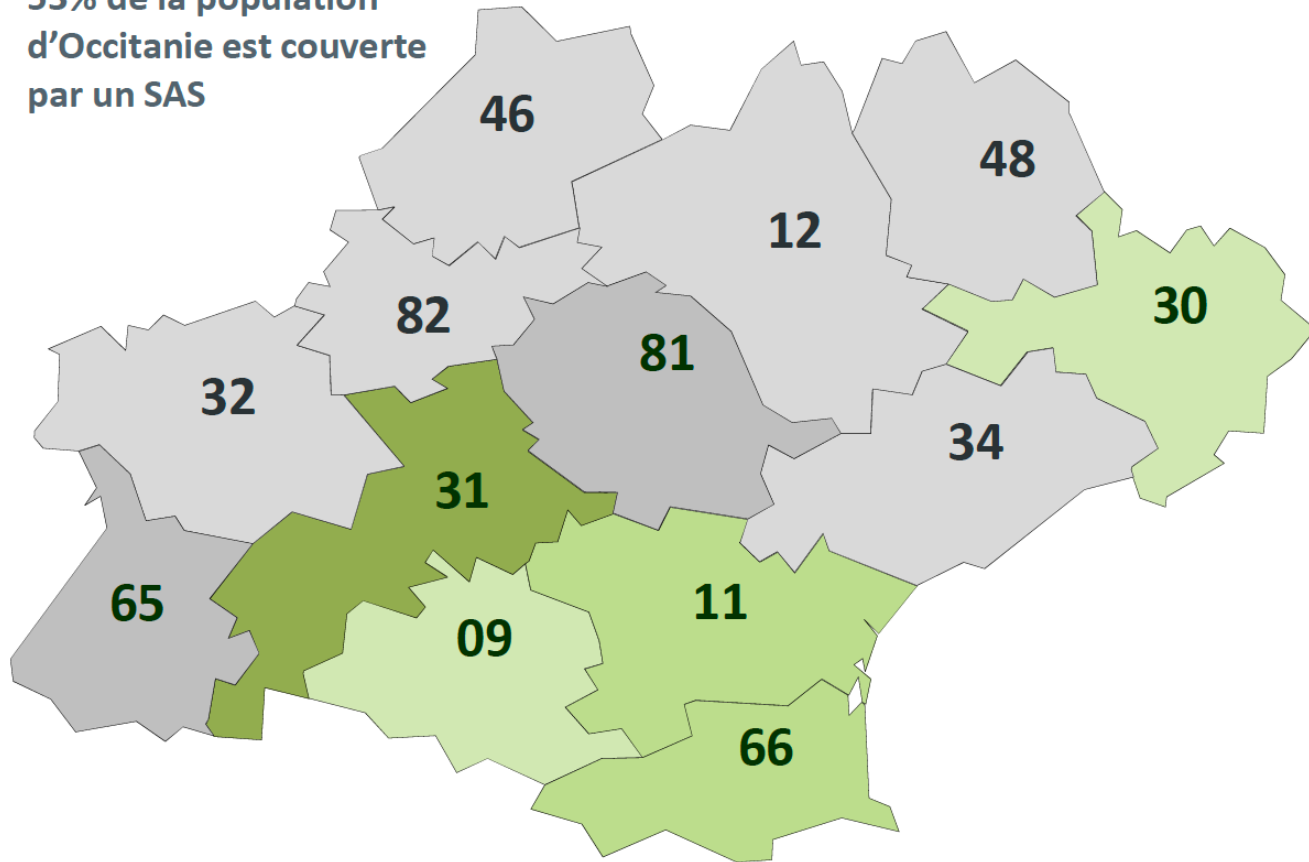
- une orientation,
- un conseil médical ou paramédical,
- la prise de rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 48 heures,
- l'accès à une téléconsultation,
- l'orientation vers un établissement de santé ou l'engagement d'effecteurs auprès des patients. »

Important : dans le respect du parcours de soins

Le déploiement en Occitanie

Date de mise à jour : 20 septembre 2023
Voir en Annexe le détail par département

53% de la population
d'Occitanie est couverte
par un SAS





Organisation opérationnelle des SAS

1. Le périmètre fonctionnel
2. Le périmètre géographique
3. La localisation de la régulation téléphonique
4. Le numéro d'accès au SAS
5. Les modalités de financements
6. Les missions et profils des OSNP
7. Les indicateurs de suivi
8. La plateforme numérique
9. La participation des médecins à l'effection
10. La rémunération des médecins effecteurs

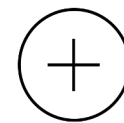
Périmètre fonctionnel

Back Office = filières socles

Front Office = 1^{er} décroché



Orientation



Accès filières spécifiques en fonction des ressources des territoires/besoins patients (psychiatrie, gériatrie, antipoison...)
Organisation mises en place par les CPTS
Pharmacie de garde
Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)...



Front Office – 1^{er} décroché commun

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

- **L'ACCUEIL INITIAL DES PRIMO-APPELANTS.** Le premier décroché des appels destinés au SAS est réalisé exclusivement par des Assistants de Régulation Médicale (ARM) ayant une expertise de l'accueil et de la qualification des appels à caractère d'urgence sanitaire ;
- **L'OUVERTURE D'UN DOSSIER DE RÉGULATION MÉDICALE** avec seules deux informations saisies : nom et numéro de téléphone de l'appelant ;
- **LA QUALIFICATION DU DEGRÉ D'URGENCE :**
 - Po:urgence vitale;
 - P1:régulation médicale immédiate par volet AMU;
 - P2:régulation médicale différée par médecin généraliste(MG)régulateur, qui peut être mise en attente sans risque pour le patient.

L'assistant de régulation médicale (ARM) du front office (N1) accueille, qualifie, priorise et oriente l'appel. En cas d'urgence vitale (Po), il peut prendre la fonction d'ARM AMU. Dans les autres cas, il transfère l'appel vers le second niveau (N2) du SAS au sein des filières socles du back office (N2 AMU ou N2 ambulatoire).



Back Office – filières du SAS

Les filières socles du SAS qui constituent le back office correspondent à des besoins de prise en charge différents :

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

Périmètre géographique

Maille départementale ou interdépartementale ?



La maille d'organisation et d'intervention du SAS pourra être départementale ou interdépartementale, selon les territoires jugés les plus pertinents pour les acteurs et les organisations des SAMU.

Ainsi, afin de couvrir l'ensemble du territoire, notamment dans les départements avec une faible activité, **IL EST POSSIBLE D'ENVISAGER UNE ARTICULATION TERRITORIALE DES SAS AFIN DE METTRE EN PLACE UNE ORGANISATION SUPRA-DÉPARTEMENTALE POUVANT BÉNÉFICIER À PLUSIEURS DÉPARTEMENTS.**

En outre, afin d'assurer *in fine* un traitement des appels et une mobilisation des professionnels adaptés au niveau de sollicitation du service, il convient de rendre possible une articulation à terme avec au moins un autre SAS de la région.

Cette articulation territoriale n'est pas exigée dès le lancement du projet, mais devra figurer dans le projet de santé de la structure.

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

- solutions de débordement/transfert des appels pour la régulation médicale vers un autre SAS - en cas de surcharge ;
- 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.

Localisation de la régulation téléphonique



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

EN REVANCHE, CELA NE CONSTITUE PAS UNE OBLIGATION. LA RÉGULATION DE LA FILIÈRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE PEUT SE FAIRE À DISTANCE DES LOCAUX DU SAMU si le fonctionnement du SAS est garanti dans toutes ses dimensions et basé sur un partenariat entre les différents acteurs permettant de sécuriser les circuits d'appels.

Si cette organisation est retenue par les acteurs du projet SAS, il convient de s'assurer de la qualité et de la sécurité de cette organisation ainsi que de la protection des médecins libéraux (sur le plan juridique). Un premier temps de régulation au sein du SAS est souhaitable pour le médecin avant qu'il n'assure cette activité à distance (depuis son cabinet de ville par exemple), dans une perspective de partage et d'articulation avec les professionnels présents au sein du SAS. »

Régulation déportée

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

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

Le numéro d'accès au SAS

Pour les patients, l'accès au SAS devra préférentiellement reposer sur un numéro d'appel commun entre la médecine d'urgence et la médecine générale.
Le SAS englobant la filière AMU, le numéro d'urgence 15 est le numéro commun.

Si d'autres numéros locaux ont été mis en place par les acteurs de la ville pour l'accès aux soins non programmés, ils pourront perdurer en parallèle.

Il s'agit ainsi du maintien des numéros existants comme le 116-117

Le SAS n'a en effet pas vocation à se substituer au lien direct qui existe entre le patient et son médecin traitant ou à une organisation collective des médecins de ville pour l'accès aux soins non programmés.

Le SAS est un niveau de réponse supplémentaire, conjoint entre médecine de ville et médecine hospitalière, mobilisable pour tout patient n'ayant pas trouvé de réponse à son besoin par ses propres moyens (notamment en cas d'indisponibilité de son médecin traitant)



Les modalités de financements



Financement des SAS

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

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

Le renfort en ARM nécessaire pour mettre en place le décroché commun est principalement financé par la MIG SAMU.

Le FIR peut y contribuer à la marge.

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

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

Rémunération des régulateurs

La rémunération des médecins généralistes libéraux régulateurs et effecteurs qui réalisent des consultations orientées par le SAS, est prévue sur l'enveloppe ville - c'est une rémunération d'ordre conventionnelle assurée par la CPAM et suivie par l'ARS.

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

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

Missions des OSNP

Opérateur de Soins Non-Programmés



La présence en journée des OSNP ainsi que la disponibilité d'au moins un médecin généraliste, qu'il soit présent physiquement sur site ou à distance (régulation médicale à distance ou articulation territoriale entre SAS).

L'OSNP viendra en appui du médecin généraliste régulateur. Il sera chargé notamment :

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

Profil des OSNP

Selon le retour d'expérience national, parmi les 22 pilotes, certains ont fait le choix de cibler des profils administratifs de secrétariat médical (exemple du SAS 31), tandis que d'autres ont choisi d'employer des ARM, qui remplissent à tour de rôle la fonction d'ARM de front office, d'ARM de back office (pour la filière AMU) et d'OSNP pour la filière de médecine générale. Toutefois, cette option peut être difficile à mettre en œuvre du fait de la pénurie en ARM au sein de nombreux territoires.

De ce fait, il est fortement recommandé de ne pas placer d'ARM en position d'OSNP dans la filière MG, sauf ponctuellement et ce tant que les tensions en ressources humaines (RH) sur le métier d'ARM subsistent. A contrario, il est recommandé de contingerer les OSNP en back office pour la mise en oeuvre des décisions médicales.

En règle générale, les OSNP sont employés par l'association qui porte la filière de médecine générale. Il y a eu quelques situations où, d'un commun accord entre les deux filières MG et AMU, les OSNP ont pu être employés par l'établissement de santé.

Formation des OSNP : la plupart des pilotes ayant eu recours à des profils administratifs pour occuper la fonction d'OSNP ont mis en place des formations dédiées, ce qui doit être encouragé pour assurer la fluidité de la chaîne de régulation.

Comment estimer le NOMBRE d'OSNP nécessaire ?



1^{ère} étape

Je détermine le nombre d'heure de présence d'un OSNP pour une semaine type.

Exemple : en semaine du lundi au vendredi de 8h à 21h et le samedi de 8h à 12h présence d'1 OSNP
 = (13h x 5 jours) + (4h x 1 jour)
 = 70 h pour une semaine

2^{ème} étape

Je calcul sur une base de 35h le nombre d'ETP* nécessaire

Exemple : j'ai besoin de la présence d'un OSNP sur 70h dans la semaine
 70h / 35h = 2 ETP

3^{ème} étape

Je pense à chiffrer les remplacements

5 semaines de congés payés sur 52 + formation = 10%
 2 ETP avec les remplacements 2,2 x 10% = 2,2 ETP

	7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	Total
14h30															
Lundi								1	1	1	1	1	1	1	7
OSNP 1															0
OSNP 2								1	1	1	1	1	1	1	7
OSNP 3															7
OSNP 4	1	1	1	1	1	1	1								7
Total	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	21
14h30															
Mardi								1	1	1	1	1	1	1	7
OSNP 1															7
OSNP 2	1	1	1	1	1	1	1								7
OSNP 3								1	1	1	1	1	1	1	7
OSNP 4															0
Total	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	21
14h30															
Mercredi								1	1	1	1	1	1	1	7
OSNP 1															7
OSNP 2	1	1	1	1	1	1	1								7
OSNP 3								1	1	1	1	1	1	1	7
OSNP 4	1	1	1	1	1	1	1								7
Total	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	28
14h30															
Jeudi								1	1	1	1	1	1	1	7
OSNP 1															7
OSNP 2	1	1	1	1	1	1	1								7
OSNP 3								1	1	1	1	1	1	1	7
OSNP 4	1	1	1	1	1	1	1								7
Total	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	28
14h30															
Vendredi								1	1	1	1	1	1	1	7
OSNP 1															7
OSNP 2	1	1	1	1	1	1	1								7
OSNP 3								1	1	1	1	1	1	1	7
OSNP 4	1	1	1	1	1	1	1								7
Total	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	28
14h30															
Samedi															0
OSNP 1															0
OSNP 2	1	1	1	1	1	1	1								7
OSNP 3															0
OSNP 4	1	1	1	1	1	1	1								7
Total	2	2	2	2	2	2	2								14

L'utilisation d'un **OUTIL DE PLANNING** - type excel- semble indispensable – Voir Annexe

Attention de bien respecter les règles du code du travail / convention collective.

- Exemples :
- Amplitude horaire journalière max. de 12h
 - 48h max de travail sur 1 semaine et 44h en moyenne sur l'année (attention à la majoration des heures supp !)
 - 2 jours consécutifs de repos dont un dimanche tous les 15 jours...

Global semaine	
OSNP 1	35
OSNP 2	35
OSNP 3	35
OSNP 4	35
Total	140
Nb ETP	4
Nb ETP + 10%	4,4

*ETP : Equivalent Temps Plein

Comment estimer le **COÛT** des OSNP nécessaire ?

Le cout correspond :

Au salaire mensuel du salariés (net avant impôt) auquel on ajoute les charges salariales et patronales.

Il convient de le multiplier par le nombre de mois travaillés.

A ce montant s'ajoute les éventuelles dispositions de la convention collective (ex : prime décentralisée, vacances...)

Exemple :

Si 1 500 € / mois de salaire net pour un ETP
+ 23% charges salariales (estimation)
= 1 845 € / mois brut salarial
+ 25 % charges patronales (estimation)
= 2 300 € / mois brut patronal

Je multiplie par le nombre de mois travaillés et j'ajoute les primes liées à la convention collective (ex : prime vacances de 30% d'un mois de salaire)
2300 € brut patronal mensuel x 12,3 mois
= 28 300 € brut annuel patronal



Intérêts d'externaliser l'embauche avec un groupement employeur ?

Vigilances :

Penser à chiffrer le **COÛT DE GESTION DU PERSONNEL** : recrutement, gestion des congés, établissement des fiches de paye, médecine du travail, remplacement, déclarations ...
Notre conseil : majoration des couts avec un ratio de 6 %

Exemple : 28 300 € brut annuel patronal
+ 6% frais de gestion RH
= 30 000 € annuel

Attention, si le temps de présence de l'**OSNP EST PLANIFIÉ SUR LES HORAIRES DE LA PDSA**, il convient alors :

- d'ajouter des majorations spécifiques : jours fériés, travail de nuit, travail le dimanche... qui peuvent faire varier le cout global de l'ordre de 30% facilement.
- de les intégrer dans la planification de leur emploi du temps pour tenir compte des temps de repos obligatoires (entre deux journées en particuliers).

Le temps de travail en **MOYENNE EST DE 35H PAR SEMAINE**. Si la planification hebdomadaire est supérieure, elle génère des couts supplémentaires ! (repos compensateur, majoration salariale...)

Par expérience, il est plus dur de recruter des collaborateurs acceptant de travailler les dimanches, nuits, jours fériés...
Induisant souvent une hausse de salaire pour attirer

Indicateurs de suivi

Condition N°1 pour la mise en place des SAS - Thématique pilotage de l'activité :

« Une capacité à suivre les indicateurs d'activité proposés par la DGOS. Les responsables du SAS doivent être en mesure de suivre et de remonter les indicateurs d'activité listés par la DGOS »

Le suivi de l'évolution de l'activité et de la performance des SAS appelle à la production d'indicateurs de pilotage. La mise à disposition des indicateurs nécessite une **FORMALISATION INITIALE** des requêtes statistiques afin d'automatiser leur production.

A noter les préconisations/commentaires suivants :

- Lors de la première remontée d'indicateurs, la **CONSTITUTION D'UNE « BASE ZÉRO »** est nécessaire afin de permettre l'analyse des impacts engendrés par la mise en place du SAS. Celle-ci consiste en la récolte des indicateurs sur les 3 mois précédant le lancement opérationnel du SAS, et de ces trois mêmes mois en année 2019 (par exemple, un SAS qui se lancerait opérationnellement en juin 2022 devra récolter les indicateurs d'activité des mois de mars-avril-mai 2022, ainsi que des mois de mars-avril-mai 2019).
- Les **HORAIRES DU SAS POUR LA MEDECINE GENERALE sont en journée et jour ouvrés** en complémentarité avec les horaires de PDSA.
- Le **SAS EST APPRÉHENDÉ DANS SA GLOBALITÉ** (premier décroché et les deux filières socles de second décroché AMU et MG) ; lorsqu'il s'agit de récolter les données uniquement de l'une ou l'autre des filières, cela est précisé.



Notre conseil :

Indispensable d'avoir **DES LE DEMARRAGE** du projet des indicateurs d'activité **PRECIS** pour faciliter l'organisation.

Indispensable de piloter la mise en œuvre les indicateurs d'activité et de les **SUIVRE RÉGULIÈREMENT** avec une **OBLIGATION MENTIONNÉE DANS LE TEXTE RÉGISSANT LA GOUVERNANCE** du SAS.

Le risque est très important de construire sinon une organisation qui ne correspond pas à la réalité et d'orienter les ressources sur les mauvais leviers. Les perceptions et discours sont parfois largement en distorsion avec les statistiques de référence...

Trois requêtes/catégories de données sont demandées :

1 - Un suivi mensuel des données dès lors que le SAS est officiellement lancé

- Nombre de consultations/orientation en ville prises par le SAS (indicateur PPG)
- Nombre de professionnels de santé effecteurs dans le SAS (indicateur PPG)
- Part de la population couverte par un SAS
- Nombre de SAS lancés

2 - Un suivi des indicateurs dans le cadre des politiques prioritaires du gouvernement réalisé par la DGOS

- Nombre d'appels décrochés par le SAS
- Nombre d'appels décrochés <30 secondes / Nombre d'appels décrochés
- Nombre total de DRM créés par le SAS
- Nombre total de DRM AMU créés par le SAS
- Nombre total de DRM ambulatoire créés par le SAS
- Nombre de conseils médicaux simples délivrés par la régulation ambulatoire

3 - Un bilan d'activité annuel devra être produit par chaque SAS chaque année et transmis à l'ARS.

- Nombre de Dossier de Régulation
- Nombre de conseils « aller aux urgences » délivrés
- Nombre de prescriptions médicamenteuses téléphoniques délivrées
- Cadre de référence HAS, Prescription Médicamenteuse Téléphonique 2009
- Nombre d'appels au médecin traitant du patient
- Nombre de consultations chez un médecin prises aux horaires PDSA
- Nombre de visites d'un médecin au domicile aux horaires de PDSA
- Nombre de visites d'un professionnel de santé au domicile organisées par la filière MG du SAS
- Nombre de Rdv de téléconsultation pris par le SAS
- Durée moyenne des appels pris en charge par l'assistant de régulation médicale de front office
- Durée moyenne des appels pris en charge par l'ARM N2 de la filière AMU
- Durée moyenne des appels pris en charge par l'OSNP de la filière MG
- Durée moyenne des appels pris en charge par le médecin régulateur libéral
- Durée moyenne des appels pris en charge par le médecin régulateur hospitalier
- Nombre total de moyens opérationnels déclenchés par le SAS, c'est à dire par la régulation médicale des deux filières AMU et MG (aux horaires SAS c'est-à-dire hors horaires réglementaires de PDSA)
- Dont nombre SMUR déclenchés par le SAS
- Dont nombre d'ambulances privées déclenchées par le SAS
- Dont nombre VSAV déclenchés par carence ambulancière par le SAS
- Dont nombre de VSAV déclenchés en prompt secours par le CODIS.
- Nombre total d'orientations prises par le SAS, c'est à dire par la régulation médicale des deux filières AMU et MG, suite au déclenchement de moyens opérationnels (aux horaires SAS c'est-à-dire hors horaires réglementaires de PDSA)
- Dont nombre total d'orientations vers un établissement de santé (hors SU),
- Dont nombre total d'orientations vers un service d'urgence,
- Dont nombre total d'orientations vers des soins de ville,
- Dont nombre total d'orientations laissé sur place

La plateforme numérique



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

La mise en place de la plateforme numérique, pilier du fonctionnement du SAS, doit permettre de rassembler l'offre de soins disponible, de façon exhaustive, sur un territoire.

À destination des régulateurs et des effecteurs, mais aussi des administrateurs de la plateforme SAS, la plateforme doit faciliter l'accès aux soins et la prise de rendez-vous, dans un délai de 48 heures et la transmission d'informations nécessaires à la Caisse nationale d'assurance maladie pour le paiement des professionnels.

Des outils locaux qui pouvaient préexister peuvent être utilisés pour le démarrage des projets, comme la mise en œuvre d'agendas partagés « régulation-ville » permettant à la régulation d'avoir une première vision sur l'offre de soins disponible de l'offre en ville.

Tous les nouveaux SAS devront démarrer avec la plateforme numérique nationale qui permet seule d'avoir une vision exhaustive de l'offre disponible sur un territoire et d'assurer une orientation facilitée des patients en fonction de leurs besoins de soins.

Fonctionnalités

Un **ANNUAIRE D'OFFRE DE SOINS** (et moteur de recherche associé), s'appuyant sur l'annuaire sante.fr enrichi.

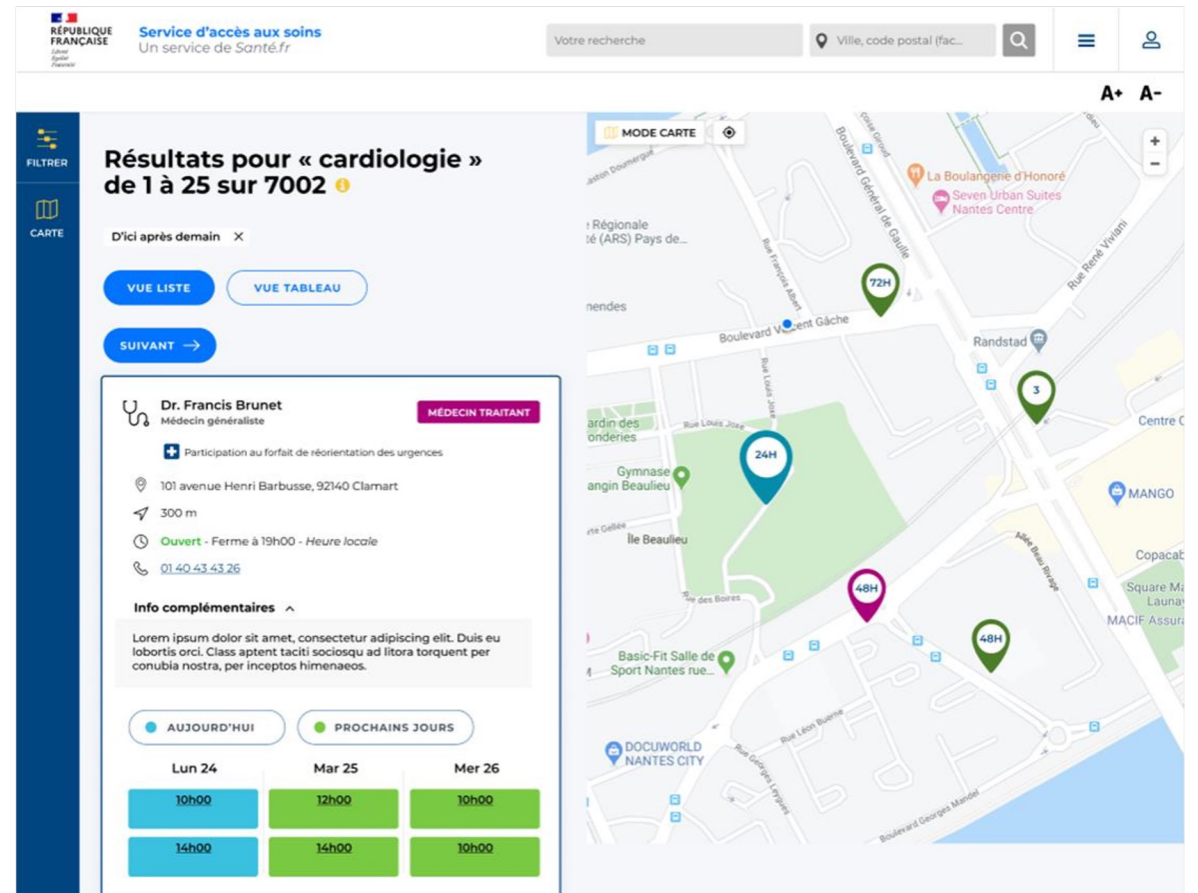
Un **AGRÉGATEUR DE DISPONIBILITÉS** de créneaux de professionnels de santé via :

- Le partage de l'agenda issu du logiciel de prise de rendez-vous du professionnel;
- Ou le renseignement manuel de 2h de disponibilités hebdomadaires minimum.

Les deux heures minimum mises en visibilité ne constituent pas des créneaux réservés au SAS, elles sont aussi visibles sur les outils de prise de rendez-vous grand public et ouvertes à tout patient. Elle ne sont pas pas nécessairement visibles du grand public mais gérable par le professionnel pour les propres besoins de réponses aux DSNP de sa patientèle



La plateforme numérique sas.sante.fr



2 fonctionnalités phares

- Un **annuaire d'offre de soins** (et moteur de recherche associé), s'appuyant sur l'annuaire Santé.fr enrichi
- Un **agrégateur de disponibilités de créneaux** de professionnels de santé via un interfaçage avec les logiciels de prise de rendez-vous (10 éditeurs interfacés à date)

5 fonctionnalités hors périmètre

La plateforme numérique SAS **n'est pas** :

- une plateforme de prise de rendez-vous grand public ;
- une plateforme sur laquelle transite des données de santé ;
- une solution pour la réalisation de téléconsultation ;
- une solution de paiement lié à un acte médical ;

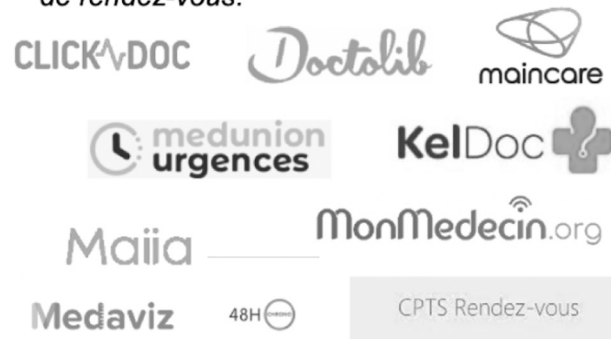
Participation à l'effectation – 3 situations

1

Je participe au SAS via une solution de prise de rendez-vous

Etapas sur la plateforme :

1. Veuillez cocher sur « J'accepte d'être directement contacté par la régulation afin d'être sollicité pour prendre des patients en sus de mes disponibilités »
2. Veuillez cocher sur « Oui, je déclare sur l'honneur utiliser un (ou plusieurs) logiciel de prise de rendez-vous interfacé avec la plateforme »
3. Puis sélectionnez votre (vos) logiciel(s) de prise de rendez-vous.



2

Je participe au SAS via l'agenda de la plateforme numérique SAS

en sélectionnant cabinet seul / via Cpts /via MSP/ via association SOS Médecins

Etapas sur la plateforme :

1. Veuillez cocher sur « J'accepte d'être directement contacté par la régulation afin d'être sollicité pour prendre des patients en sus de mes disponibilités »
2. Veuillez cocher sur « Non »
3. Puis cocher : « Je déclare sur l'honneur mettre en visibilité à minima 2 heures de disponibilité par semaine sur mon agenda de la plateforme numérique SAS »



Déploiement des SAS en Occitanie

3

J'ai une solution de prise de rendez-vous interfacée avec la plateforme mais je refuse de l'automatisation de la remontée de mes créneaux disponibles

Etapas sur la plateforme :

1. Veuillez cliquer sur « éditer » dans l'encart « Paramètres de participation au SAS & affichage des créneaux »
2. Veuillez cocher la case « Je refuse d'afficher mes créneaux « grand public » et « professionnel » disponibles dans la plateforme numérique SAS »

Aucun créneau disponible ne remontera vers la plateforme numérique SAS



Rémunération des médecins effecteurs

La rémunération se compose d'un forfait de rémunération de 1400 euros/an, complété par le versement d'une majoration qui s'ajoute au tarif classique de la consultation.



+ Forfait annuel : 1400€ par an

Indicateur 8 du forfait structure

Pour en bénéficier le praticien doit :

- Accepter de mettre en visibilité tout ou partie de son agenda sur la plateforme numérique SAS via l'interfaçage de sa solution de prise de rendez-vous ou des créneaux précisés manuellement, directement dans la plateforme et dans un minimum de deux heures par semaine
- Accepter d'être contacté par la chaîne de régulation afin de prendre des patients en sus de ses disponibilités remontées ou renseignées dans la plateforme numérique SAS.

+ Majoration tarif

Majoration de 15€ (cotation SNP) s'applique pour toute prise en charge effectuée, dans les 48h, à la demande de la régulation médicale pour un patient hors patientèle médecin-traitant.

Cette majoration plafonnée à 20 prises en charge hebdomadaires



Structuration et gouvernance

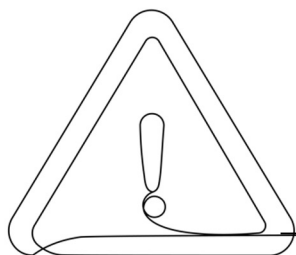
1. Principes de référence de la gouvernance
2. Le statut juridique
3. Les acteurs institutionnels
4. Groupement de coopération sanitaire

La gouvernance

L'instruction ministérielle DGOS du 23 décembre 2022 définit le cadre structurel du Services d'Accès aux Soins, en insistant sur l'importance de garantir une gouvernance équilibrée ville-hôpital matérialisé par un document socle.

La gouvernance du SAS doit être décrite et mise en place au **DÉMARRAGE DU PROJET ET ASSOCIER** :

- **Les acteurs hospitaliers** (SAMU, hôpital...)
- **Les acteurs de la médecine de ville** inclus dans le projet (URPS, CDOM, association de permanence des soins ambulatoires (PDSA), association de médecine générale, SOS médecins, communauté professionnelle territoriale de santé [CPTS] ou inter CPTS si elle existe.



Important d'avoir une REPRÉSENTATION ÉQUILIBRÉE ville / hôpital associant TOUS les partenaires

Partenaires :

L'instruction ministérielle repère des partenaires qui peuvent être associés :

- **Des « filières » spécifiques** (psychiatrie, gériatrie, centres antipoison, etc.) même si ces expertises ne font pas partie des financements prévus au sein du périmètre du SAS.
- **Le dispositif d'appui à la coordination (DAC)** peut être sollicité par les médecins régulateurs et les opérateurs de soins non programmés du SAS dès lors qu'ils repèrent des situations complexes. « Les parcours de ces patients pourront être coordonnés par le DAC en aval des besoins de soins urgents ou non programmés. Le DAC pourra par exemple former les régulateurs du SAS. En fonction du niveau de coopération défini entre les acteurs, le SAS pourra informer le DAC du lancement de son projet ou l'associer, le plus en amont possible ».

La gouvernance rend nécessaire l'identification de référents dans chacune des filières.

Le statut juridique

1ère OPTION

CONVENTION DE FONCTIONNEMENT

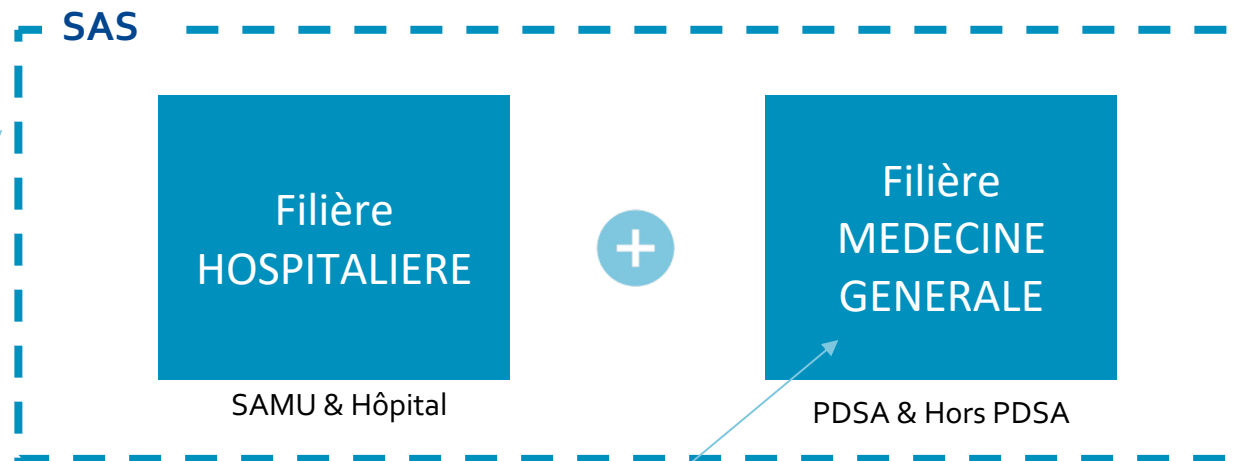
Reliant chacun des acteurs, personnes physiques et morales participant à la plateforme SAS (médecins libéraux, médecins urgentistes et établissement de santé). La convention décrit les droits et les engagements des signataires. Le contenu de la convention visera notamment à définir le fonctionnement et l'organisation du front office, la place de chaque acteur, les instances de gouvernance qui devront être équilibrées, etc...

2ème OPTION

GCS – GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE

Cette forme juridique structurée s'organise autour d'une convention constitutive négociée par les futurs membres et signée par eux, approuvée par le directeur général de l'ARS.

La forme juridique du SAS doit être réfléchi et définie par les acteurs locaux, porteurs de projet du SAS. L'objectif est de formaliser l'organisation de manière à intégrer les acteurs de **MANIÈRE ÉQUILBRÉE**, mais aussi d'assurer la **QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DE CE SERVICE**.



Filière médecine générale

La forme juridique à retenir devra permettre de recevoir un financement FIR, salarier les OSNP et le personnel administratif le cas échéant, financer le matériel ou les formations éventuellement nécessaires.

Au regard de ces éléments, **LA FORME ASSOCIATIVE** (loi de 1901) outil juridique souple, simple et répandue est la plus adaptée.

Assurance & protection

La structure (GCS ou association), est une personne morale, dont la responsabilité peut être mise en cause sur la plan civil et/ou pénal. Elle doit souscrire une assurance responsabilité civile pour couvrir les dommages causés à un tiers par ses salariés, bénévoles, adhérents et dirigeants.

Couverture assurancielle des médecins régulateurs du SAS

L'article L 6311-4 du code de la santé publique prévoit que les médecins libéraux régulateurs du SAS sont couverts par la responsabilité administrative de l'établissement de santé siège du SAMU-SAS.

	Protection socle	Protection complémentaire
Obligatoire	<p>Responsabilité civile Professionnelle NON Médicale</p> <p>Un tiers est victime d'un dommage du fait de l'activité</p>	<p>Protection Juridique</p> <p>Assistance technique & financière – informations, défense des intérêts en cas de procédures amiables ou judiciaires...</p>
Fortement recommandée	<p>Responsabilité Civile Exploitation</p> <p>Les dommages causés à des tiers sans qu'ils soient liés à la réalisation de vos missions.</p>	<p>Responsabilité Civile des Dirigeants</p> <p>Pour couvrir la responsabilité du Président/du bureau en cas de faute de gestion</p>
Recommandée	<p>Responsabilité Civile Organisateur d'Événements</p> <p>Organisateur d'événement(s), jusqu'à x personnes (dommages de la salle louée..)</p>	<p>Cyber-risque</p> <p>Pour donner des conseils et/ou couvrir un blocage du réseau, le paiement d'une rançon, la mise en jeu de votre responsabilité civile (RGPD)</p>

Les acteurs institutionnels

La régulation médicale du SAS, qu'il s'agisse de l'aide médicale urgente ou des soins non programmés est articulée avec les professionnels de santé de ville effecteurs, dont les médecins traitants.

LES UNIONS RÉGIONALES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (URPS), qui contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, doivent à ce titre être associées aux projets SAS.

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

Au-delà des CPTS et des URPS, **L'ENSEMBLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES POTENTIELS EFFECTEURS DE SNP DU TERRITOIRE** devront être associés au projet SAS (Conseil départemental de l'Ordre des médecins [CDOM], association de PDSA, association de MG, SOS médecins, etc.).



Les CPTS doivent s'articuler avec les SAS dans une démarche partenariale.

Important de le prendre en compte dans la gouvernance du SAS



Groupement de Coopération Sanitaire

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a refondu le cadre juridique des groupements de coopération sanitaire (GCS). Elle distingue selon leurs finalités, différentes catégories de GCS : le GCS de moyens, le GCS établissement de santé (avec autorisation de prodiguer des soins) et le GCS Réseau de Santé (qui permet aux membres d'un réseau de mettre en commun leurs moyens).

Dans le cadre de la réflexion sur la structuration juridique du SAS c'est le GCS DE MOYENS qui peut être la solution retenue. Il permet de mutualiser des moyens de toute nature pour « faciliter, améliorer ou développer l'activité de ses membres ».

Son champ d'action ouvre la possibilité :

- D'organiser ou de gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques d'enseignement ou de recherche,
- De réaliser ou de gérer des équipements d'intérêt commun dont des plateaux techniques,
- De permettre les interventions/équipes communes de professionnels médicaux et non-médicaux, tous statuts confondus. Pour les médecins, on parle de « Prestations médicales croisées »
- De mettre en commun des moyens immobiliers, fonciers ou encore des systèmes d'information.



Convention constitutive

Le fonctionnement du GCS est défini à travers une convention constitutive fixant notamment l'objet du groupement, la durée, les instances, les règles de décision et de votation, la fixation ou non d'un capital, les règles relatives aux personnels mis à disposition par les membres, les règles de financement.

Le GCS est à caractère **NON LUCRATIF** et doit respecter le principe **D'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE**.

Composition d'un GCS

Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, des centres de santé et des maisons de santé, des personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral.

Il doit comprendre au moins un établissement de santé.

Des personnes physiques ou morales exerçant une profession libérale de santé autre que médicale et d'autres organismes concourant à l'activité du groupement peuvent être membres de ce groupement sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.

Une personne physique ou morale qui poursuit un but lucratif ne peut être membre d'un GCS.

Aux questions : « les URPS peuvent-elles devenir membres à part entière d'un GCS ? Leur adhésion est-elle souhaitable ? » la DGOS indique :



« L'ADHÉSION DES URPS EN TANT QUE « MEMBRE » N'EST DONC PAS ADAPTÉE car :

- D'une part, leur mode de représentation ne leur permet pas d'engager leurs propres membres ;
- D'autre part, le GCS doit être considéré comme le prolongement de l'activité de ses membres, il agit au nom et pour le compte de ses membres, ses services s'adressent directement aux établissements. Dans le cas où les établissements de santé étaient membres via les URPS, la théorie selon laquelle le GCS de moyens agit comme un prolongement de l'activité de l'établissement de santé n'est pas applicable. »



Notre conseil d'organisation

Démarche inclusive

L'objet du groupement est de « Porter, encadrer et organiser la constitution du Service d'Accès aux Soins ».

Il s'agit d'une mission large qui englobe TOUS les aspects/acteurs du dispositif.

« Cette gouvernance associe impérativement les **ACTEURS HOSPITALIERS** (SAMU, hôpital...) et les **ACTEURS DE LA MÉDECINE DE VILLE** inclus dans le projet (Union régionale des professionnels de santé [URPS], Conseil de l'Ordre des médecins [CDOM], association de permanence des soins ambulatoires (PDSA), association de médecine générale, communauté professionnelle territoriale de santé [CPTS] ou inter CPTS si elle existe...). »

Indiquer dans les statuts « la capacité pour le GCS d'avoir des partenaires qui seront, à titre consultatif, membres du **COMITÉ MÉDICAL ET TECHNIQUE** ». La liste des partenaires est fixée en annexe du règlement intérieur du GCS

Les compétences possibles :

- Assurer une veille scientifique relative à la régulation médicale et à l'effectif ;
- Elaborer les protocoles de bonne pratique professionnelle ;
- Assurer une analyse de l'activité opérationnelle en lien avec l'observatoire régional de la santé ;
- Proposer à l'Assemblée Générale le rapport annuel d'activité et les orientations nécessaires à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Décliner les décisions d'orientation définies par les instances ;
- Proposer les évolutions souhaitées des outils métier ;
- Contribuer à la concrétisation des actions du plan qualité défini pour la régulation médicale et l'effectif ;
- Evaluation, mesure d'indicateurs de suivi,
- Mise en place de solutions techniques (régulation à distance).

Dans sa compétence territoriale, le Comité constitue un espace d'échanges dédié à apprécier l'action, l'organisation et l'articulation de la plateforme avec les différents acteurs sanitaires intervenant dans l'orientation et la prise en charge des patients non-membres du Groupement.

Financement d'un GCS

Le GCS en charge de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) **peut percevoir directement des financements. Il peut être créé avec ou sans capital.**

A noter que les règles budgétaires et comptables sont appliquées en fonction de la nature juridique du GCS :

- Si le GCS est exclusivement composé de personnes morales de droit public ou de personnes morales de droit public et de professionnels médicaux libéraux, le GCS est de droit public.
- A l'inverse si les personnes morales sont exclusivement de droit privé, le groupement est de droit privé.
- **Si le GCS comporte à la fois des personnes morales de droit public et de droit privé, le GCS acquiert la nature juridique du ou des personnes morales majoritaires au capital, ou à défaut de capital, majoritaires aux charges de fonctionnement du groupement.**

Les apports (dotations financières, biens mobiliers/immobilier...) ou participation aux charges du groupement (mise à disposition de locaux, de matériels ou de personnels...) sont évaluées sur la base de leur valeur nette comptable ou de leur coût réel. **Attention ce sont ces apports ou participation qui permettent de déterminer les pondérations délibératives.**

Compte tenu de son importance et de la nécessité de figer cet élément, il est très fortement recommandé de constituer un capital, même symbolique, afin d'assurer davantage de stabilité aux accords initiaux des membres entre eux et vis-à-vis des tiers.

On peut envisager que les membres d'un GCS participent à égalité au capital, et détiennent par conséquent les mêmes droits sociaux, mais contribuent de manière distincte aux charges de fonctionnement à concurrence des « bénéfices » qu'ils en retirent. De la même manière, il pourrait sembler logique que le membre qui bénéficie le plus des activités du GCS soit aussi le plus engagé vis à vis des dettes.



IMPORTANT

**A PRIVILÉGIER GCS
DE DROIT PRIVÉ**

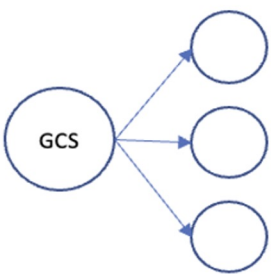
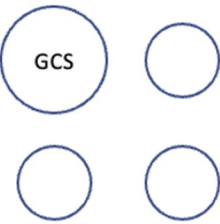
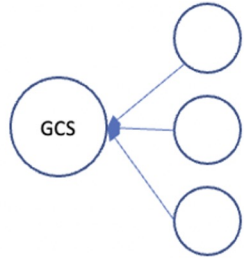
Confirmation par le
Cabinet HOUDART –
Maitre Véran.

Cela permet d'avoir
notamment une
comptabilité privée
une plus grande
souplesse de
fonctionnement

Modélisation des flux financiers

Option à privilégier



Hypothèse 1		<p>Modèle centralisé : Le financement du SAS est versé en intégralité au GCS qui répartit les fonds en 4 enveloppes distinctes : fonctionnement général du GCS + SAMU + ARMLSNP En d'autres termes, l'ARS verse les fonds au GCS qui arbitre, gère et redistribue</p>
Hypothèse 2		<p>Modèle intermédiaire : Un budget de fonctionnement est alloué au GCS qui permet de couvrir son fonctionnement (notamment le volet RH) et chaque association/structure possède un budget et financement individuel.</p>
Hypothèse 3		<p>Modèle décentralisé : Chaque structure possède son propre budget et contribue aux frais de fonctionnement du GCS en choisissant une clef de répartition adaptée (services rendus, droits sociaux...) Cela correspond à la formulation du projet de statut : « 11.3 en fonction des services rendus à chaque membre par le groupement ».</p>

Modalités de gouvernance



La gouvernance du GCS est organisée en tenant compte des caractéristiques suivantes :

- Obligation de comporter au moins un établissement de santé, le GCS est ouvert par défaut aux établissements de santé (publics, privés) aux structures médico-sociales, aux médecins libéraux (à titre individuel ou regroupé) et aux centres de santé.
- **Les autres professionnels de santé et/ou organisme peuvent coopérer avec le GCS mais sans toutefois avoir le statut de membre - PARTENAIRE**
- Les décisions sont prises par les membres dans le cadre d'une assemblée générale dont les compétences sont fixées par une convention constitutive.
- **Les droits statutaires sont proportionnels à leurs apports au capital, ou à défaut leurs participations aux charges de fonctionnement.**

Il est possible de mettre en place un COMITÉ RESTREINT auquel l'assemblée générale du GCS peut déléguer une partie de ses compétences et assurer une gestion plus souple (utile si beaucoup de membres).

A privilégier pour faciliter la prise de décision opérationnelle.

Attention de respecter un équilibre de représentation

Administrateur

Un **administrateur** est élu par l'assemblée pour assurer la mise en œuvre des décisions avec les principales compétences que l'on retrouve chez un Président d'Association (organisation et animation des assemblées générales, exécution des budgets et ordonnancement des dépenses, représentation du groupement...)

Il doit être permis de déléguer sa signature pour assurer la continuité des activités du GCS lors de ses périodes d'absence.

L'Administrateur peut être assisté, durant son mandat, par un professionnel (Administratif, Directeur...) qui agit pour son compte sur délégation expresse et sous son contrôle.

Les fonctions d'administrateur sont exercées gratuitement, l'administrateur ne pouvant être employé directement par le GCS.

L'assemblée générale peut cependant attribuer des indemnités de mission à l'administrateur. Si l'administrateur exerce une activité libérale et doit faire face, du fait de l'exercice de son mandat, à une diminution de cette activité pour perte de revenu, une indemnité forfaitaire peut lui être allouée par l'assemblée générale.

Conseil
Embauche d'un salarié
de droit privé profil
directeur pour assurer la
direction du GCS –
possible de mutualiser.

Employeur

Le GCS **peut-être employeur** en appliquant les règles régissant son statut juridique. Si les établissements membres conservent la qualité d'employeur, ils peuvent **mettre à disposition du groupement** leur personnel qui est valorisé au titre des contributions en nature.

Ici également **ce sont ces apports ou participation qui permettent de déterminer les pondérations délibératives.**

Le recours à un GROUPEMENT EMPLOYEUR est possible pour alléger le fonctionnement et la gestion globale.

Pour en savoir plus :
[Lien vers le site de présentation ASOE](#)



Enjeux du GCS en synthèse

La problématique centrale dans la formalisation du GCS est de **SAVOIR CE QUI EST MUTUALISÉ** : le financement, tout ou partie de l'activité, tout ou partie des ressources humaines, tout ou partie des systèmes d'information ?

En fonction de l'arbitrage, ce sont ces apports ou ces participations qui définiront :

- La nature du groupement : **PRIVÉ** ou public,
- La pondération des voix

D'une manière stricte, la gouvernance du GCS du SAS est assurée par les Services d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) et la/les associations de régulation médicale en médecine générale (hors et dans la PDSA) = membres de droit. **D'AUTRES ACTEURS PEUVENT ÊTRE ASSOCIÉS** : inter-CPTS, CHU, ORU, DAC... mais le statut de membres et donc de droit de vote n'est pas assuré.

Important de les positionner avec l'accord de l'ARS pour permettre un bon équilibre des voix.

La **FONCTION D'ADMINISTRATEUR** reste essentielle au-delà de la dimension politique.

Nécessité d'adjoindre un personnel administratif support qui est la plupart du temps logiquement dans le même type de structure que la nature du GCS (public ou privé).





Annexes

1. Etat du déploiement des SAS par département
2. Comment planifier des OSNP
3. Foire aux questions
4. Ressources bibliographiques

Etat du déploiement des SAS

Département	Statut	Date prév. de lancement	Taux d'avancement						
09 - Ariège	Lancé	mai-23							
11 - Aude	Lancé	juil.-22							
12 - Aveyron	En cours	déc.-23							
30 - Gard	Lancé	juil.-23							

Département	Statut	Date prév. de lancement	Taux d'avancement								
31 - Haute-Garonne	Lancé	juil.-21		100%	100%	100%	80%	100%	100%	100%	
32 - Gers	En retard	1er trimestre 2024		55%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
34 - Hérault	En cours	3ème trim 2023		100%	60%	33%	0%	0%	67%	0%	
46 - Lot	En cours	4ème trimestre 2023		100%	60%	0%	20%	0%	67%	0%	

Département	Statut	Date prév. de lancement	Taux d'avancement							
48 - Lozère	En cours	4ème trimestre 2023	100%	60%	67%	20%	50%	100%	0%	<input type="checkbox"/> Non fait <input checked="" type="checkbox"/> Fait
			1. Cadrage	2. Déf. Orga cible	3.a Prép. mise en œuvre administrative	3.b Prép. mise en œuvre technique	3.c Prép. mise en œuvre communication	3.d Prép. mise en œuvre financière	4. Lancement	
65 - Hautes-Pyrénées	En cours	oct.-23	100%	60%	83%	80%	50%	100%	0%	<input type="checkbox"/> Non fait <input checked="" type="checkbox"/> Fait
			1. Cadrage	2. Déf. Orga cible	3.a Prép. mise en œuvre administrative	3.b Prép. mise en œuvre technique	3.c Prép. mise en œuvre communication	3.d Prép. mise en œuvre financière	4. Lancement	
66 - Pyrénées-Orientales	Lancé	oct.-23	100%	60%	83%	80%	100%	100%	100%	<input type="checkbox"/> Non fait <input checked="" type="checkbox"/> Fait
			1. Cadrage	2. Déf. Orga cible	3.a Prép. mise en œuvre administrative	3.b Prép. mise en œuvre technique	3.c Prép. mise en œuvre communication	3.d Prép. mise en œuvre financière	4. Lancement	
81 - Tarn	En cours	oct.-23	100%	60%	83%	100%	100%	100%	0%	<input type="checkbox"/> Non fait <input checked="" type="checkbox"/> Fait
			1. Cadrage	2. Déf. Orga cible	3.a Prép. mise en œuvre administrative	3.b Prép. mise en œuvre technique	3.c Prép. mise en œuvre communication	3.d Prép. mise en œuvre financière	4. Lancement	
82 - Tarn-et-Garonne	En cours	déc.-23	100%	20%	33%	20%	50%	33%	0%	<input type="checkbox"/> Non fait <input checked="" type="checkbox"/> Fait
			1. Cadrage	2. Déf. Orga cible	3.a Prép. mise en œuvre administrative	3.b Prép. mise en œuvre technique	3.c Prép. mise en œuvre communication	3.d Prép. mise en œuvre financière	4. Lancement	

Comment PLANNIFIER les OSNP ?

Semaine IMPAIRE

		14h30														Total	
		7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h		
Lundi	OSNP 1								1	1	1	1	1	1	1	7	
	OSNP 2															0	
	OSNP 3								1	1	1	1	1	1	1	7	
	OSNP 4	1	1	1	1	1	1	1								7	
	Total	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	21	

		14h30														Total	
		7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h		
Mardi	OSNP 1								1	1	1	1	1	1	1	7	
	OSNP 2	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 3								1	1	1	1	1	1	1	7	
	OSNP 4															0	
	Total	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	21	

		14h30														Total	
		7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h		
Mercredi	OSNP 1								1	1	1	1	1	1	1	7	
	OSNP 2	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 3								1	1	1	1	1	1	1	7	
	OSNP 4	1	1	1	1	1	1	1								7	
	Total	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	28	

		14h30														Total	
		7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h		
Jeudi	OSNP 1								1	1	1	1	1	1	1	7	
	OSNP 2	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 3								1	1	1	1	1	1	1	7	
	OSNP 4	1	1	1	1	1	1	1								7	
	Total	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	28	

		14h30														Total	
		7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h		
Vendredi	OSNP 1								1	1	1	1	1	1	1	7	
	OSNP 2	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 3								1	1	1	1	1	1	1	7	
	OSNP 4	1	1	1	1	1	1	1								7	
	Total	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	28	

		14h30														Total	
		7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h									
Samedi	OSNP 1															0	
	OSNP 2	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 3															0	
	OSNP 4	1	1	1	1	1	1	1								7	
	Total	2	2	2	2	2	2	2								14	

Global semaine	
OSNP 1	35
OSNP 2	35
OSNP 3	35
OSNP 4	35
Total	140
Nb ETP	4
Nb ETP + 10%	4,4

Semaine PAIRE

		14h30														Total	
		7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h		
Lundi	OSNP 1	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 2								1	1	1	1	1	1	1	7	
	OSNP 3															0	
	OSNP 4															0	
	Total	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	14	

		14h30														Total	
		7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h		
Mardi	OSNP 1	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 2								1	1	1	1	1	1	1	7	
	OSNP 3	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 4															0	
	Total	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21	

		14h30														Total	
		7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h		
Mercredi	OSNP 1	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 2								1	1	1	1	1	1	1	7	
	OSNP 3	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 4															0	
	Total	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21	

		14h30														Total	
		7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h		
Jeudi	OSNP 1															0	
	OSNP 2	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 3	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 4								1	1	1	1	1	1	1	7	
	Total	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	21	

		14h30														Total	
		7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h		
Vendredi	OSNP 1	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 2								1	1	1	1	1	1	1	7	
	OSNP 3	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 4															0	
	Total	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21	

		14h30														Total	
		7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h									
Samedi	OSNP 1	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 2															0	
	OSNP 3	1	1	1	1	1	1	1								7	
	OSNP 4															0	
	Total	2	2	2	2	2	2	2								14	

Global semaine	
OSNP 1	35
OSNP 2	35
OSNP 3	35
OSNP 4	35
Total	140
Nb ETP	4
Nb ETP + 10%	4,4

Foire aux questions

Sources : <https://sante.gouv.fr>

1

Avec le SAS, le parcours de soins ne sera plus coordonné par le médecin traitant ?

FAUX : le service d'accès aux soins réaffirme la place centrale du médecin traitant dans le parcours de soins, en tant que premier recours

Le service d'accès aux soins est avant tout un service d'orientation de la population dans le parcours de soins, sans caractère obligatoire. En fonction du besoin, il permet d'accéder à des soins non programmés, à un conseil en santé ou à un professionnel sous 48h mais n'intervient qu'en troisième intention, à savoir, lorsque l'accès au médecin traitant n'est pas possible et que le patient n'a pas trouvé de rendez-vous disponible chez un autre praticien.

En outre, toute consultation non programmée réalisée dans le cadre du SAS peut donner lieu à la transmission d'informations entre médecins pour organiser le suivi.

2

L'accès à la plateforme numérique nationale du SAS est réservé aux professionnels de santé

VRAI : cette plateforme n'est pas accessible au grand public

Seuls peuvent s'y connecter les professionnels de la régulation médicale (médecins, assistants de régulation médicale (ARM) et opérateurs de soins non programmés) pour prendre rendez-vous pour les patients ou encore les médecins « effecteurs » pour déclarer leurs modes de participation au SAS, que ce soit à titre individuel ou via leurs structures (SOS médecins, centre de santé, CPTS...).

3

Les médecins généralistes perdent des créneaux lorsqu'ils font remonter leurs disponibilités à la plateforme numérique du SAS

FAUX : la plateforme numérique optimise au contraire le temps médical en orientant des patients vers des praticiens dont les créneaux sont disponibles et accessibles à tous

Destinée uniquement aux professionnels de santé, la plateforme numérique nationale du SAS a un double objectif : présenter toute l'offre de soins non programmés d'un territoire aux médecins régulateurs et faciliter la prise de rendez-vous de l'appelant dans un délai de 48h, tout comme un patient l'aurait fait lui-même.

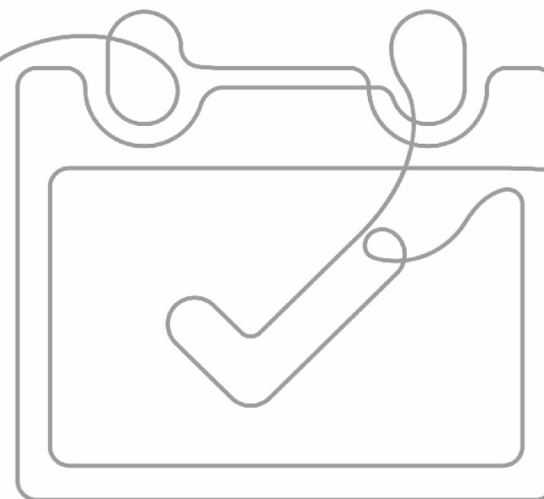
Les médecins dits « effecteurs » qui souhaitent prendre en charge des patients ne réservent pas de créneaux spécifiques au SAS sur la plateforme : **ils autorisent simplement la mise en visibilité de leurs créneaux disponibles par les régulateurs.**

4

Prendre des patients en charge via le SAS ne rapporte rien aux médecins effecteurs

FAUX : la prise en charge de patients orientés par le SAS génère une majoration de 15 € par consultation, avec une limite de 20 consultations par semaine par médecin

Ce taux est volontairement plafonné pour limiter au minimum le risque de dévoiement du dispositif, consistant éventuellement à inciter les patients à passer par le SAS pour bénéficier de la majoration ou encore réserver des créneaux spécifiques.



5

Un médecin effecteur non équipé d'un logiciel de prise de rendez-vous ne peut pas participer au SAS

FAUX : tous les médecins volontaires pour prendre des patients en charge peuvent participer au SAS, qu'ils soient équipés ou non d'une solution logicielle de prise de rendez-vous

Pour cela, les praticiens peuvent s'inscrire sur la plateforme numérique et rendre visibles les disponibilités de leurs agendas. Les régulateurs du SAS peuvent alors réserver des créneaux pour des patient nécessitant une consultation non programmée.

Pour cela, 2 options : partager son agenda via son logiciel de prise de rendez-vous ou (en l'absence de logiciel ou si le médecin ne souhaite pas être interfacé avec la plateforme numérique) renseigner directement au moins 2 heures de disponibilités hebdomadaires sur son espace personnel. C

es 2 heures minimum ne constituent pas des créneaux réservés au SAS : le médecin qui les a renseignées peut, sans demander l'autorisation au SAS, y recevoir d'autres patients.

6

Tous les médecins peuvent participer au SAS sans avoir besoin de réserver des créneaux dédiés aux patients « appelants »

VRAI : si les médecins sont équipés d'une solution de prise de rendez-vous interfacée avec la plateforme numérique, leurs créneaux disponibles remonteront automatiquement à la régulation du SAS

Dès lors qu'un SAS est lancé dans un territoire, tout médecin volontaire peut y participer, sans obligation. Pour ce faire, il suffit de se connecter et de s'inscrire à [la plateforme numérique nationale](#).

Si le médecin n'est pas équipé d'une solution interfacée, il peut renseigner manuellement la plateforme numérique, en indiquant a minima 2 heures de disponibilité par semaine, mises en visibilité sans que les créneaux soient réservés au SAS.

Dans tous les cas, aucun créneau spécifique n'est réservé au SAS. Choisir de participer au service d'accès aux soins relève d'un choix d'organisation, sans garantie que le SAS remplira les créneaux disponibles.

7

La plateforme numérique nationale du SAS récupère tout l'agenda du médecin qui utilise un logiciel interfacé de prise de rendez-vous

FAUX : seuls les créneaux disponibles sont remontés vers l'agrégateur de la plateforme numérique nationale

Les créneaux que chaque praticien réserve à sa patientèle ou à une organisation de soins de type CPTS ne sont pas remontés au sein de la plateforme puisqu'ils ne sont pas considérés « disponibles ».

8

Lorsqu'ils sont volontaires pour participer au SAS, les médecins libéraux effecteurs doivent s'inscrire individuellement sur la plateforme numérique nationale`

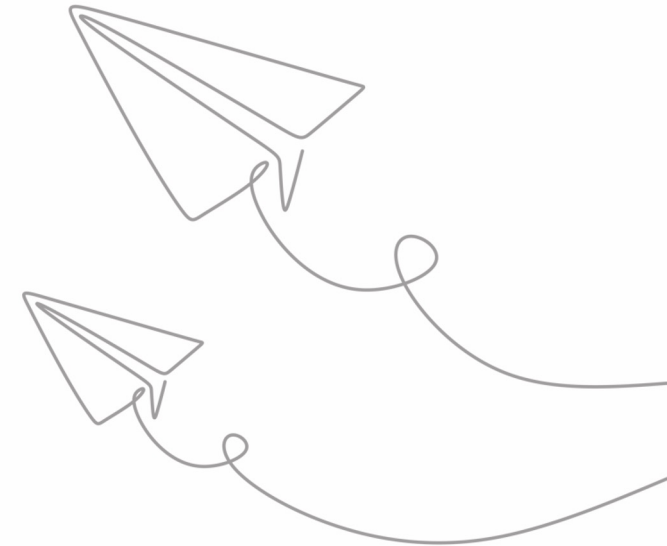
Vrai : Tous les médecins libéraux volontaires pour prendre en charge des patients orientés par le SAS doivent s'inscrire individuellement sur la plateforme numérique pour bénéficier des rémunérations prévues

Après cette inscription individuelle sur la plateforme numérique, les médecins peuvent déclarer être effecteurs via une structure (type maison de santé ou SOS médecins) ou une organisation (type CPTS), afin que la mise en visibilité de leurs créneaux soit gérée de façon centralisée par l'une ou l'autre.



Ressources & Références

- Loi n°200-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Décret n°2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire.
- Arrêté du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire.
- INSTRUCTION N° DGOS/R2/PF5/2022/270 du 23 décembre 2022 relative aux attendus pour la mise en place du Service d'accès aux soins (SAS) dans les territoires dans le cadre de la généralisation progressive du dispositif



www.medecin-occitanie.org