

Aujourd'hui en France, plus de 6 000 000 de français en milieu rural comme urbain n'ont pas accès à un médecin traitant et peuvent donc difficilement avoir accès aux soins.

Dès lors, l'organisation des soins non programmés s'accroît sur un certain nombre de territoires, notamment dans un contexte de désert médical.

Mesure phare du Pacte de refondation des urgences, réaffirmée lors du Ségur de la santé, le SAS est un nouveau modèle de prise en charge des patients avec pour objectif : orienter les personnes et répondre à leur demande de soins, programmés ou non, urgents – partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible, organisée et coordonnée entre les professionnels d'un même territoire.

Avant de rentrer dans le détail de ce nouveau dispositif, j'aimerais savoir ce que sont pour vous, les soins non programmés ?

## WOOLAP

**Madame Townsend, on le rappelle, vous êtes Responsable du Pôle Offre de soins et permanence des soins à l'URPS Médecins libéraux HAUTS-DE-FRANCE, pourriez-vous nous expliquer tout d'abord, comment définir les soins non programmés ?**

Les soins non programmés sont des soins qui ne relèvent pas de l'urgence médicale, mais qui nécessitent une consultation rapide sous 24 à 48 h par exemple, pour l'avis d'un professionnel de santé, ou un acte de soin mais aussi lors d'une téléconsultation. L'objectif est d'éviter le passage aux urgences et limiter l'embolisation de ces derniers.

**Comment construire une organisation qui permet de répondre à des demandes de soins non programmés en journée, en évitant le recours aux urgences et en tenant compte du manque de médecins ?**

En d'autres termes, quels ont selon vous, les piliers d'organisation des SNP ?

La clé du succès repose sur plusieurs piliers comme :

- l'organisation entre professionnels de santé,
- la structuration des parcours patients
- l'anticipation autant que possible des difficultés de terrain.
- le dialogue avec toutes les parties prenantes des soins non programmés est aussi un élément à prendre en compte : professionnels de santé du territoire, organisations sanitaires (ARS, GCS, DAC, etc.) et administratives comme les mairies.
- Enfin, les soins non programmés s'appuient sur des services nationaux comme le SAS mais aussi des services numériques.

**Changements ACI : Valorisation de l'articulation des SNP avec le SAS**

**Pourriez-vous nous expliquer plus en détail à quoi correspond le SAS ?**

Proposé dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé, le Service d'Accès aux Soins (SAS) doit permettre à tout usager nécessitant des soins non programmés

d'accéder de manière simple et lisible à un professionnel de santé qui pourra lui proposer la prise en charge la plus adéquate selon l'urgence de son besoin et lorsque son médecin traitant n'est pas disponible :

Il offre un point de contact unique en journée à tout patient qui ressent le besoin d'une prise en charge santé non programmée (en cas d'indisponibilité du médecin traitant)

Si le besoin de soins non programmés est confirmé par la régulation médicale, le SAS offre une orientation immédiate de l'utilisateur vers :

☒ La filière Urgences : orientation vers un service des urgences avec déclenchement d'un SMUR ou d'un autre vecteur le cas échéant ;

☒ La filière Médecine générale : orientation vers une consultation de médecine générale permettant de désengorger les urgences lorsqu'une prise en charge hospitalière n'est pas requise.

### **Où en est le déploiement du SAS au sein de la région ?**

Le déploiement du SAS dans les territoires est accompagné par les ARS et s'appuie, en complément de la régulation médicale téléphonique, sur la mise en place d'une plateforme nationale digitale à destination des professionnels de santé.

Celle-ci permet de :

- Centraliser l'offre de soins non programmés du territoire
- Faciliter l'accès aux soins et la prise de rendez-vous dans un délai de 48h

### **Des sites-pilotes ont été lancés en 2021, avec l'objectif d'une généralisation en 2022-2023**

☒ Le cadre tarifaire du SAS a été fixé par l'avenant 9 à la convention médicale entrée en application en avril dernier.

Le cadre tarifaire présenté ici ne concerne que la rémunération des MG libéraux participant au SAS (forfait régulation et valorisation de l'effectif)

### **Comment participer au SAS ?**

Pour participer au SAS deux conditions doivent être remplies :

- 1) Donner de la visibilité sur son agenda au SAS via la plateforme numérique SAS
- 2) Déclarer sa participation au SAS en s'inscrivant sur la plateforme SAS et cocher la case [je participe au SAS] sur la plateforme. Le cas échéant le médecin peut déclarer accepter de participer au SAS via sa CPTS en cochant la case associée.

Pour donner de la visibilité, deux possibilités pour partager les créneaux avec le SAS :

- Accepter que ses créneaux disponibles (grand public et créneaux professionnels) au sein de son agenda de prise de rendez-vous soient remontés au sein de la plateforme SAS (type Maia, Doctolib, etc.). La régulation médicale n'a pas accès à l'agenda du professionnel mais aux créneaux disponibles dans les 48H

ou

- Renseigner directement sur son espace personnel de la plateforme digitale SAS 2h de disponibilités hebdomadaires

### **Et qu'en est-il de la rémunération des médecins effecteurs ?**

Une rémunération forfaitaire est prévue (via le forfait structure calculé annuellement et versé au 1<sup>er</sup> semestre N+1 par rapport à l'année de bénéfice) : - Si le médecin valide ces deux conditions \ le médecin valide l'indicateur 8 du forfait structure - Son montant est de 200 points soit 1400€

### **Comment fonctionne la prise en charge du patient surnuméraire ?**

Lorsqu'aucun créneau disponible n'est remonté par la plateforme digitale SAS, le SAS sollicite un médecin participant au SAS proche du patient (géolocalisation) et acceptant de prendre en charge le patient en sus de ses rendez-vous.

Pour ce faire, le régulateur appelle :

- Soit directement le médecin ayant accepté de prendre des patients en surnuméraire
- Soit la CPTS lorsque le médecin s'est inscrit comme acceptant de participer au SAS via sa CPTS. Dans ce cas c'est la CPTS qui se charge de contacter les médecins adhérents et de trouver le professionnel pouvant prendre en charge le patient. C'est ainsi que les CPTS jouent un rôle d'orientation en second niveau

Pour les médecins généralistes, la rémunération repose sur 2 éléments :

- ❖ La facturation dans les conditions de droit commun (à tarifs opposables) des soins réalisés pour le patient, en appliquant en sus un code spécifique signifiant que le patient est orienté par le SAS
  - ❖ Une rémunération forfaitaire versée annuellement selon le barème suivant :
- De 5 à 15 SNP réalisés par trimestre : 70 euros / trimestre
  - De 16 à 25 SNP réalisés par trimestre : 210 euros / trimestre
  - De 26 à 35 SNP réalisés par trimestre : 350 euros / trimestre
  - De 36 à 45 SNP réalisés par trimestre : 490 euros / trimestre
  - Plus de 45 SNP réalisés par trimestre : 630 euros / trimestre

Chaque trimestre civil, la CNAM comptabilise pour chaque médecin le nombre de consultations réalisées dans le cadre du SAS, et l'affiche sur son amelipro.

Au 31 décembre, la Cnam comptabilise les forfaits trimestriels. Le médecin effecteur volontaire du SAS perçoit l'indicateur 9 (forfait selon le nombre de patients pris en charge en surnuméraire sur l'année) en avril N+1 dans le cadre du paiement du forfait structure. Le forfait effectif correspond à une majoration d'environ 14 euros par acte en entrée de chaque palier.

Un médecin qui ne valide pas l'indicateur 8 ne pourra pas bénéficier du forfait effectif prévu à l'indicateur 9 du forfait structure

### **Qu'en est-il du positionnement du SAS vis-à-vis de la PDSA ?**

Le SAS intervient en complémentarité de l'organisation mise en place pour la PDSA.

La PDSA prend le relais du SAS les soirs 20h-8h, samedi 12h-20h, dimanche et jour férié de 8h à 20h (horaires réglementaires parfois adaptés au plan local en fonction du cahier des charges régional)

La filière MG du SAS s'appuie sur les créneaux disponibles dans les agendas des professionnels et permet d'optimiser les créneaux de rendez-vous disponibles et non pourvus

Les médecins n'ont pas à dédier des créneaux au SAS

La plateforme digitale du SAS est un outil pour les médecins régulateurs et opérateurs du SAS

Le SAS n'est pas un service de prise de rendez-vous. La plateforme ne permet pas au régulateur de voir les agendas mais uniquement « d'appeler » les rdvs disponibles dans les 48H.

Si on comprend bien, à travers ce dispositif, l'objectif fixé par le gouvernement est de permettre :

- d'améliorer la réponse à l'utilisateur lors d'une demande de soins urgents ou non programmés ;
- de réinsérer des patients sans médecin traitant dans un parcours de soins ;
- de limiter le recours aux services d'urgences pour des motifs qui ne relèvent pas de tels services.

Pour ce faire, le SAS vient s'inscrire en complémentarité de l'organisation de la PDSA et vise à prendre en charge des patients en cas d'indisponibilité du MT.

### **Dr Verniest, parmi vos mandats, vous êtes également médecin généraliste, gérant de la MSP de Steenvoorde, comment envisagez-vous l'articulation des SNP de votre structure avec le SAS ?**

Explications du Dr Verniest

**L'avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS a fixé un objectif d'articulation de leurs missions d'amélioration de l'accès aux soins avec le fonctionnement du SAS.**

**Ainsi, l'indicateur du nombre de consultations enregistrées dans le cadre de la prise en charge des soins non programmés a été remplacé par le nombre de médecins participant au SAS et le nombre de demandes du SAS ayant abouti à un rendez-vous par la CPTS. Lors des Journées nationales des CPTS qui se sont tenues à Nantes en septembre dernier, M Pierre Savary, chef du bureau du premier recours à la direction générale de l'offre de soins (DGOS), a expliqué que le dispositif ne pouvait être considéré comme une « plateforme de prise de rendez-vous à la main du Samu, qui ne verrait dans l'offre de soins, notamment les CPTS, que des effecteurs potentiels pour décharger les urgences. C'est un dispositif de régulation commun, qui vise à orienter au mieux les patients et à structurer deux filières (aide médicale urgente et ambulatoire) dans le cadre d'une gouvernance partagée. Les CPTS jouent un rôle essentiel au sein du SAS, d'abord en effectif, au côté des autres acteurs du territoire, mais parfois aussi en régulation.**

**Docteur Verniest, parmi vos mandats, vous êtes trésorier de la CPTS Cœur des Flandres, comment va s'articuler le SAS et les SNP ds votre CPTS ?**

Le rôle de la CPTS vis-à-vis du SAS est sans préjudice des autres organisations qui peuvent être mises en place. En d'autres termes, la participation des médecins d'une CPTS au SAS n'empêche pas de mettre en place d'autres organisations pour répondre en proximité aux patients du territoire.

la CPTS est libre des modalités d'organisation selon les besoins du territoire,

Elle définit avec le SAS les modalités de contact et de réponse (qui contacter, délai de réponse, identification du médecin prenant en charge le SNP...),

Les médecins de la CPTS (adhérents à l'association) s'inscrivent individuellement sur la plateforme comme acceptant de prendre des patients en surnuméraire via leur CPTS.

Les médecins de la CPTS sont éligibles aux rémunérations « SAS » de l'avenant 9 selon les mêmes conditions que les autres (mêmes critères d'éligibilité, à titre individuel)

Lorsqu'une inter-cpts existe, il est possible que celle-ci porte la filière de médecine générale au sein du SAS. On pourrait alors imaginer une régulation définie au niveau départemental et une effectif définie au niveau intra-territorial, où chaque CPTS, en fonction de ses contraintes et ressources, proposerait différentes solutions.

**Mme Townsend, savez-vous si dans le cas d'espèce, l'inter-cpts peut intégrer la gouvernance du SAMU ?**