



Evaluation des mesures dérogatoires portant sur les soins urgents et non programmés pour l'été 2022

Rapport

Stéphanie FILLION

Dr Christine GARDEL

Dominique GIORGI

Marc PENAUD

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

2022-064R
Septembre 2022

SOMMAIRE

RAPPORT	9
 BLOC 1 : REGULER L'ACCES AUX SERVICES D'URGENCE ET ORIENTER LES PATIENTS DANS LE SYSTEME DE SANTE	11
 FICHE 1 : REGULER LES ADMISSIONS EN SERVICE D'URGENCE	13
1 RAPPEL DE LA MESURE.....	13
2 SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	16
3 SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	21
4 EXEMPLES ILLUSTRATIFS D'EXPERIENCES TERRITORIALES INNOVANTES	26
5 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION	28
ANNEXE 1 : LISTE DES ETABLISSEMENTS REGULES.....	31
ANNEXE 2 : ENQUETE ORU	41
1 LISTE DES INFORMATIONS DEMANDEES.....	41
2 SYNTHESE DES INFORMATIONS CONCERNANT NEUF SAU REGULES	42
 FICHE 2 : MUTUALISER LES RESSOURCES HUMAINES DE SERVICES D'URGENCE EN FERMANT PARTIELLEMENT CERTAINS SITES	47
1 RAPPEL DE LA MESURE.....	47
2 SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	47
3 SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	48
4 ORGANISATION INNOVANTE.....	50
5 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	50
 FICHE 3 : INFORMER LA POPULATION SUR LE BON USAGE DES SERVICES D'URGENCES	53
1 RAPPEL DE LA MESURE.....	53
2 SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	53
3 SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	54
4 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	55
 FICHE 4 : FACILITER LE RECRUTEMENT ET FINANCER LA MISE A NIVEAU DES ASSISTANTS DE REGULATION MEDICALE	57
1 RAPPEL DE LA MESURE.....	57
2 SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	58
3 SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	59
4 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	60
 FICHE 5 : FAVORISER LA MOBILISATION DE MEDECINS REGULATEURS POUR LE SAS	63
1 RAPPEL DE LA MESURE.....	63

2	SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	64
3	SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	65
4	AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	66
	FICHE 6 : ACCOMPAGNER LE DEVELOPPEMENT DE LA PLATEFORME NUMERIQUE DU SAS.....	67
1	RAPPEL DE LA MESURE.....	67
2	SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	68
3	SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	68
4	EXEMPLES ILLUSTRATIFS D'EXPERIENCES TERRITORIALES INNOVANTES	69
5	AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	70
	FICHE 7 : ORGANISER DES FILIERES SPECIALISEES AU SEIN DU SAS	71
1	RAPPEL DE LA MESURE.....	71
2	SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	71
3	EXEMPLES ILLUSTRATIFS D'EXPERIENCES TERRITORIALES INNOVANTES	73
4	AVIS DE LA MISSION SUR GENERALISATION – PERENNISATION	74
	FICHE 8 : LA REGULATION A L'ACCES DES URGENCES AU DANEMARK	75
1	UN SYSTEME PUBLIC DE SANTE FORTEMENT REORGANISE AU COURS DES 15 DERNIERES ANNEES	75
2	UN DISPOSITIF STRICT DE REGULATION DE L'ACCES AUX SERVICES D'URGENCE	76
3	UN DISPOSITIF DE REGULATION BIEN ACCEPTE PAR LA POPULATION	77
4	UNE MEILLEURE FLUIDITE DU FONCTIONNEMENT DES SAU QUI N'EVITE PAS DES TENSIONS DANS LES CENTRES D'APPELS ET DANS CERTAINS SERVICES.....	77
5	DES PRISES EN CHARGE EN SOINS NON PROGRAMMES QUI PARAISSENT REpondre A LA DEMANDE, MALGRE CERTAINS MANQUES EN PREMIER RECOURS	78
	BLOC 2 : OPTIMISER LE TEMPS MEDICAL, AUGMENTER LES CAPACITES DE REPONSE A LA DEMANDE DE SNP EN VILLE, S'APPUYER SUR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX D'UN TERRITOIRE	81
	FICHE 9 : ATTRIBUER UN SUPPLEMENT DE 15 EUROS POUR TOUT ACTE EFFECTUE PAR UN MEDECIN LIBERAL A LA DEMANDE DE LA REGULATION SAMU / SAS, HORS PATIENTELE	83
1	RAPPEL DE LA MESURE.....	83
2	SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	84
3	SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	86
4	AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	87
	FICHE 10 : FAVORISER L'ACTIVITE DES MAISONS MEDICALES DE GARDE LE SAMEDI MATIN.....	89
1	RAPPEL DE LA MESURE.....	89
2	SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	90
3	SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	91
4	EXEMPLES ILLUSTRATIFS D'EXPERIENCES TERRITORIALES INNOVANTES	92
5	AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	93

FICHE 11 : DEPLOYER DES UNITES MOBILES DE TELEMEDECINE INTERVENANT SUR DEMANDE DU SAMU/SAS ...	95
1 RAPPEL DE LA MESURE	95
2 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	96
3 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	97
4 EXEMPLES ILLUSTRATIFS D'EXPERIENCES TERRITORIALES INNOVANTES	98
5 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	99
FICHE 12 : MAINTENIR LA PRISE EN CHARGE A 100 % DES TELECONSULTATIONS	101
1 RAPPEL DE LA MESURE	101
2 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	101
3 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	103
4 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	104
FICHE 13 : AUTORISER DES TRANSPORTS SANITAIRES VERS LES CABINETS MEDICAUX ET LES MAISONS MEDICALES DE GARDE.....	105
1 RAPPEL DE LA MESURE	105
2 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	106
3 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	107
4 EXEMPLES ILLUSTRATIFS D'EXPERIENCES TERRITORIALES INNOVANTES	108
5 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	108
FICHE 14 : AUGMENTER LES PLAFONDS D'HEURES DE GARDE DEDIEES AUX TRANSPORTS SANITAIRES URGENTS	111
1 RAPPEL DE LA MESURE	111
2 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	112
3 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	112
4 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	113
FICHE 15 : MOBILISER LES INFIRMIERS LIBERAUX VOLONTAIRES POUR ASSURER UNE REPONSE AUX SOINS NON PROGRAMMES.....	115
1 RAPPEL DE LA MESURE	115
2 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	116
3 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	116
4 EXEMPLES ILLUSTRATIFS D'EXPERIENCES TERRITORIALES INNOVANTES	119
5 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	120
FICHE 16 : SIMPLIFIER L'APPLICATION DES PROTOCOLES DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONS DE SANTE, SOUS COORDINATION MEDICALE	123
1 RAPPEL DE LA MESURE	123
2 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS QUANTITATIFS DE MISE EN ŒUVRE	124
3 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	126
4 EXEMPLES ILLUSTRATIFS D'EXPERIENCES TERRITORIALES INNOVANTES	128
5 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	129

BLOC 3 : MAINTENIR LA REPONSE AUX URGENCES VITALES ET GRAVES, SOUTENIR ET PRESERVER LES EQUIPES DES STRUCTURES DE MEDECINE D'URGENCE	131
FICHE 17 : PRIORISER LE MAINTIEN D'UNE LIGNE SMUR MUTUALISEE AVEC LES URGENCES	133
1 RAPPEL DE LA MESURE ET DE SON RATIONNEL	133
2 SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS	133
3 SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	135
4 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	136
FICHE 18 : DEVELOPPER LES MEDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU DANS LES ZONES SOUS-DENSES.....	137
1 RAPPEL DE LA MESURE ET DE SON RATIONNEL	137
2 SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS	137
3 SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	138
4 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION	138
FICHE 19 : SECURISER LA REPONSE A L'AIDE MEDICALE URGENTE PAR LES VLI DES SAPEURS-POMPIERS	139
1 RAPPEL DE LA MESURE ET DE SON RATIONNEL	139
2 SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS MIS EN ŒUVRE	139
3 LES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE	140
4 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	141
FICHE 20 : CREER DES EQUIPES PARAMEDICALES DE MEDECINE D'URGENCE	143
1 RAPPEL DE LA MESURE.....	143
2 SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS	143
3 SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	144
4 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	146
FICHE 21 : ORGANISER LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE A L'ECHELLE D'UN TERRITOIRE	147
1 RAPPEL DE LA MESURE ET DE SON RATIONNEL	147
2 SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS	147
3 SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	149
4 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	149
FICHE 22 : AUTORISER LES ETUDIANTS DE 3EME CYCLE AVEC LICENCE DE REMPLACEMENT A TRAVAILLER A L'HOPITAL PUBLIC	151
1 RAPPEL DE LA MESURE.....	151
2 SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS	151
3 SYNTHESE DES ELEMENTS QUALITATIFS	151
4 AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	152
FICHE 23 : CONTRACTUALISER AVEC LE SERVICE DE SANTE ET DE SECOURS MEDICAL (3SM)	153
1 RAPPEL DE LA MESURE.....	153

2	SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS MIS EN ŒUVRE	153
3	SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	153
4	AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION	154
	FICHE 24 : AUTORISER LE TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL POUR LES DOCTEURS JUNIORS.....	155
1	RAPPEL DE LA MESURE.....	155
2	SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUANTITATIVE.....	155
3	SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	155
4	AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION	156
	FICHE 25 : FAVORISER LE RECRUTEMENT DE PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX A L'HOPITAL	157
1	RAPPEL DE LA MESURE.....	157
2	SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS	157
3	SYNTHESE DES ELEMENTS QUALITATIFS	157
4	AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	158
	FICHE 26 : MAJORER, POUR L'ETE, L'INDEMNITE DE SUJETION DE NUIT ET DES HEURES DE NUIT	159
1	RAPPEL DE LA MESURE ET DE SON RATIONNEL	159
2	SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUANTITATIVE.....	159
3	SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	159
4	AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION	160
	BLOC 4 : FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS A PARTIR DES URGENCES (AVAL)	161
	FICHE 27 : RECOMMANDER A CHAQUE ETABLISSEMENT UNE ORGANISATION PERMETTANT AUX PROFESSIONNELS LIBERAUX DE JOINDRE DIRECTEMENT UN SPECIALISTE DE L'ETABLISSEMENT	163
1	RAPPEL DE LA MESURE.....	163
2	SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS	163
3	SYNTHESE DES ELEMENTS QUALITATIFS	163
4	AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	164
	FICHE 28 : METTRE EN PLACE LA GESTION TERRITORIALE DES LITS D'AVAL ET LES GESTIONNAIRES DE LITS	167
1	RAPPEL DE LA MESURE.....	167
2	SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS	167
3	ELEMENTS D'APPRECIATION	168
4	AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	169
	FICHE 29 : AMELIORER LE RECOURS EN URGENCE A UN HEBERGEMENT TEMPORAIRE EN SORTIE D'HOSPITALISATION.....	171
1	RAPPEL DE LA MESURE.....	171
2	SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS	171
3	SYNTHESE DES ELEMENTS D'APPRECIATION QUALITATIVE.....	172

4	AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION – PERENNISATION.....	173
	FICHE 30 : AMELIORER LE RECOURS A L’HOSPITALISATION A DOMICILE.....	175
1	RAPPEL DE LA MESURE.....	175
2	SYNTHESE DES ELEMENTS QUANTITATIFS	175
3	SYNTHESE DES ELEMENTS D’APPRECIATION QUALITATIVE.....	176
4	AVIS DE LA MISSION SUR LA GENERALISATION	178
	LETTRES DE MISSION	179
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU AYANT TRANSMIS UNE CONTRIBUTION ECRITE	187

RAPPORT

BLOC 1 : REGULER L'ACCES AUX SERVICES D'URGENCE ET ORIENTER LES PATIENTS DANS LE SYSTEME DE SANTE

FICHE 1 : RÉGULER LES ADMISSIONS EN SERVICE D'URGENCE

1 Rappel de la mesure

1.1 Le texte de l'instruction du 10 juillet 2022

[1] Les établissements peuvent, sur autorisation expresse du directeur général de l'ARS, mettre en place une régulation de l'accès à la structure des urgences des personnes ne nécessitant pas de plateau technique¹.

[2] Cette mesure comporte deux options complémentaires :

- L'établissement met en œuvre une régulation à l'entrée de la SU via le SAMU centre 15 ou le SAS, qui adresse le patient ne relevant pas de la SU vers une offre de soins alternative, vers son médecin traitant ou vers toute autre offre de soins de ville compatible avec son état de santé ;
- L'établissement met en œuvre une réorientation via l'Infirmier organisateur de l'accueil (IOA), vers le SAS ou vers des médecins conventionnés, en pouvant s'appuyer sur les protocoles mentionnés à l'article D. 6124-18 du code de la santé publique.

[3] Cette mesure de réorientation externe est compatible sur le principe, avec les textes qui régissent le service public hospitalier² : « Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services : ...2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ».

1.2 Le fonctionnement de la régulation selon ses deux modalités

1.2.1 L'accès régulé à l'entrée du service d'urgence

[4] Les textes régissant l'activité des services d'urgence prévoient d'ores et déjà la possibilité d'une orientation hors hôpital. « Pour assurer, postérieurement à son accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation, l'établissement organise la prise en charge diagnostique et thérapeutique selon le cas : ...6° *En l'orientant vers un médecin de ville ou vers toute autre structure sanitaire ou toute autre structure médico-sociale adaptée à son état ou à sa situation.* »³ et « L'établissement organise l'orientation du patient ne nécessitant pas une prise en charge par la structure des urgences vers une autre structure de soins ou vers une structure sociale ou vers une

¹ Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de la crise sanitaire.

² Article L 6112-2 CSP

³ Article R 6123-19 CSP

structure médico-sociale, selon des protocoles préalablement définis entre les responsables de ces structures. »⁴ Ces textes ne prévoient pas les modalités d'orientation envisageables.

1.2.1.1 Les limites des compétences de droit commun de l'Infirmière d'accueil et d'orientation IAO

- Le cadre d'exercice de l'IAO

[5] Liée à l'augmentation considérable des flux aux urgences, l'orientation des patients par un personnel dédié, formé à cette tâche, doté d'outils de triage (permettant de distinguer les patients sévères) et de conditions d'exercice adaptés, et bien intégré à l'équipe médico-soignante est apparu comme une réponse adéquate. Elle a fait l'objet de textes réglementaires et d'un référentiel de la SFMU en 2004⁵. Les orientations en dehors du SU ne sont envisagées qu'après avis médical. C'est ce principe que reprend d'ailleurs le Forfait de réorientation aux urgences (FRU-*cf. infra*).

- L'extension de compétences prévue par l'instruction du 10 juillet

[6] Le texte de l'instruction prévoit que la réorientation est opérée « via l'Infirmier organisateur de l'accueil (IOA)⁶, vers le SAS ou vers des médecins conventionnés, en pouvant s'appuyer sur les protocoles mentionnés à l'article D. 6124-18 du code de la santé publique ». Aux termes de ce texte, il est permis d'intégrer à l'équipe des urgences un « infirmier assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient ». L'article précise que l'infirmier, « par délégation du médecin présent, met en œuvre les protocoles d'orientation et coordonne la prise en charge, le cas échéant jusqu'à l'hospitalisation ». La réorientation externe n'est pas prévue par le texte, mais celui-ci ne paraît pas non plus l'interdire. Une « délégation du médecin *présent* » est par contre prévue (l'utilisation de la préposition « via » dans l'instruction paraît bien se placer dans cette situation), ce qui semble fragiliser la réorientation en l'absence de médecin. De même, et par analogie, on peut rappeler les textes récents qui définissent les compétences de l'infirmier de pratique avancée « urgences », qui supposent également une intervention médicale lors de la prise en charge⁷.

[7] En pratique, la réorientation externe relevant d'un protocole et d'une validation médicale peut être pratiquée par l'IOA, ou par un personnel dédié qui lui serait adjoint.

⁴ Article R6123-20

⁵ L'infirmière organisatrice de l'accueil : rôle et fonctions (Desmettre, Baron, Capellier, Tazarourte- Réanimation 2013-22 :610-615)

⁶ Le sigle IOA pour Infirmier organisateur de l'accueil a succédé à l'IAO, infirmier d'accueil et d'orientation, afin de mettre davantage l'accent sur la fonction d'accueil. Une fiche descriptive du poste établie par la SFMU en précise la mission et sert désormais de référence dans les établissements. L'IOA assure un accueil adapté (recueil du motif de consultation, histoire de la maladie, antécédents...), la réalisation des premiers soins (constantes, évaluation de la douleur, ECG, gestes de première urgence...), une orientation dans les différents secteurs adaptée au motif de consultation selon l'échelle de tri, et vers le bureau des admissions afin de procéder à l'enregistrement administratif en fonction de l'état de santé du patient, une information le patient et les accompagnants du déroulement de la prise en charge.

⁷ Le décret du 25/10/2021 relatif aux IPA Urgences, prévoit :

« Par dérogation aux dispositions des articles R. 4301-1 et R. 4301-3, pour les motifs de recours et les situations cliniques présentant un moindre degré de gravité ou de complexité, également définis par un arrêté du ministre chargé de la santé, l'infirmier en pratique avancée est compétent pour prendre en charge le patient et établir des conclusions cliniques, dès lors qu'un médecin de la structure des urgences intervient au cours de la prise en charge. » Ainsi, l'IPA a parmi ses compétences :

- l'organisation du parcours de soins et de santé et des activités en lien avec le médecin traitant ou le médecin spécialiste de recours et l'ensemble des acteurs du parcours à l'hôpital et en ville ;

- l'identification de la nécessité de requérir un avis médical et/ou de spécialiste et le délai d'attente compatible avec l'état de santé de la personne pour l'intervention médicale, le cas échéant. (Arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnés à l'article R. 4301-3-1 du code de la santé publique).

[8] La sécurité juridique de l'exercice de réorientation méritera d'être précisée.

1.2.1.2 L'expérimentation article 51 du forfait de réorientation des urgences (FRU)

- Le cadre de l'expérimentation⁸ : décision d'un médecin senior

[9] Le forfait versé aux urgences vise à réorienter le patient vers une consultation de ville (praticien, MMG, centre de santé) compatible avec son état de santé.

[10] Aux termes des textes applicables, les obligations faites au service sont en particulier les suivantes :

- la décision de réorientation est prise par un médecin sénior, ce qui ne signifie pas qu'il administre lui-même le questionnaire de réorientation, mais qu'il prend la décision au vu des réponses apportées,
- un bulletin de réorientation fixe un rendez-vous pour le patient.

- Les résultats enregistrés

[11] Il est attendu de l'expérimentation à la fois un meilleur service aux patients, en adéquation avec leurs besoins, un travail collectif de l'équipe médico-soignante des urgences pour mettre en place le questionnaire de réorientation et les procédures de travail afférentes, une articulation entre urgences et médecine de ville, enfin un désengorgement des services expérimentateurs⁹.

[12] Sans préjudice de l'évaluation en cours de lancement, il paraît possible dès maintenant d'indiquer que le FRU paraît contribuer au désengorgement des services et à une orientation plus adaptée des patients. Mais, s'agissant du travail de réorientation lui-même, il est notable que l'exigence de conventionnement avec les médecins libéraux apparaît lourde, même si elle est censée garantir la solidité du lien entre hôpital et médecine de ville. Dans certains SU expérimentateurs, ces conditions difficiles de réorientation, ainsi que la mobilisation nécessaire de temps médical paraissent avoir entravé la mise en œuvre du FRU. Par ailleurs, la mise en place de la plateforme numérique du Service d'accès aux soins est une opportunité, puisqu'elle a été rendue accessible aux services expérimentateurs du FRU et facilite la réorientation.

1.2.2 L'accès régulé par le 15

[13] Le principe simple de la seconde modalité de régulation à l'entrée du SU est que l'accès est réservé aux patients qui auront préalablement été en contact avec un médecin régulateur du centre 15 /médecin régulateur du SAS, et dont la situation aura été jugée suffisamment grave pour relever d'une prise en charge aux urgences.

[14] Par ailleurs, l'accès au SU est contrôlé mais pas fermé pour les urgences vitales. En cas d'orientation par le centre 15, acheminement par le SMUR ou présentation spontanée d'un patient en situation d'urgence vitale, il est pris en charge par le service d'urgence.

⁸ Arrêté du 23 février 2021

⁹ 19 établissements pour un peu plus de 20 000 réorientations effectuées en 2021

2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

2.1 Le champ actuel des SU régulés : Données issues de l'enquête ARS

2.1.1 La régulation par le 15 ou par IAO

Tableau 1 : Services d'urgence régulés par région (au 31-8-22)

	Centre-Val de Loire	Corse	Bretagne	Pays de la Loire	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Île-de-France	Auvergne-Rhône-Alpes	Normandie	Occitanie	Hauts-de-France	Grand Est	Bourgogne-Franche-Comté	Guyane	Nouvelle-Aquitaine	Total
Nombre de SU	24	4	29	26	49	125	79	40	70	51	31	28	3	66	625
Nombre de SU ayant régulation par le 15	6	4	4	15	13	0	5	3	10	1	12	1	1	13	88
Nombre de SU ayant régulation par IAO	6	2	0	2	13	13	4	3	1	1	17	1	3	8	74

Source : Enquête ARS, exploitation IGAS

[15] 14 % des SU répertoriés dans l'enquête font l'objet d'une régulation à l'accès par le 15, 12 % par intervention d'une IAO¹⁰. Toutefois nombre de ces services sont à la fois régulés par le 15 et à leur accès physique¹¹. Les modalités concrètes de mise en œuvre de ces dispositifs sont extrêmement variables, en termes de durée (de quelques jours à plusieurs mois), d'horaires (journée/nuits/plages horaires) et de techniques d'accueil des personnes qui se présentent à l'accès (*cf. supra*). L'annexe 1 recense les situations telles que répertoriées par les ARS.

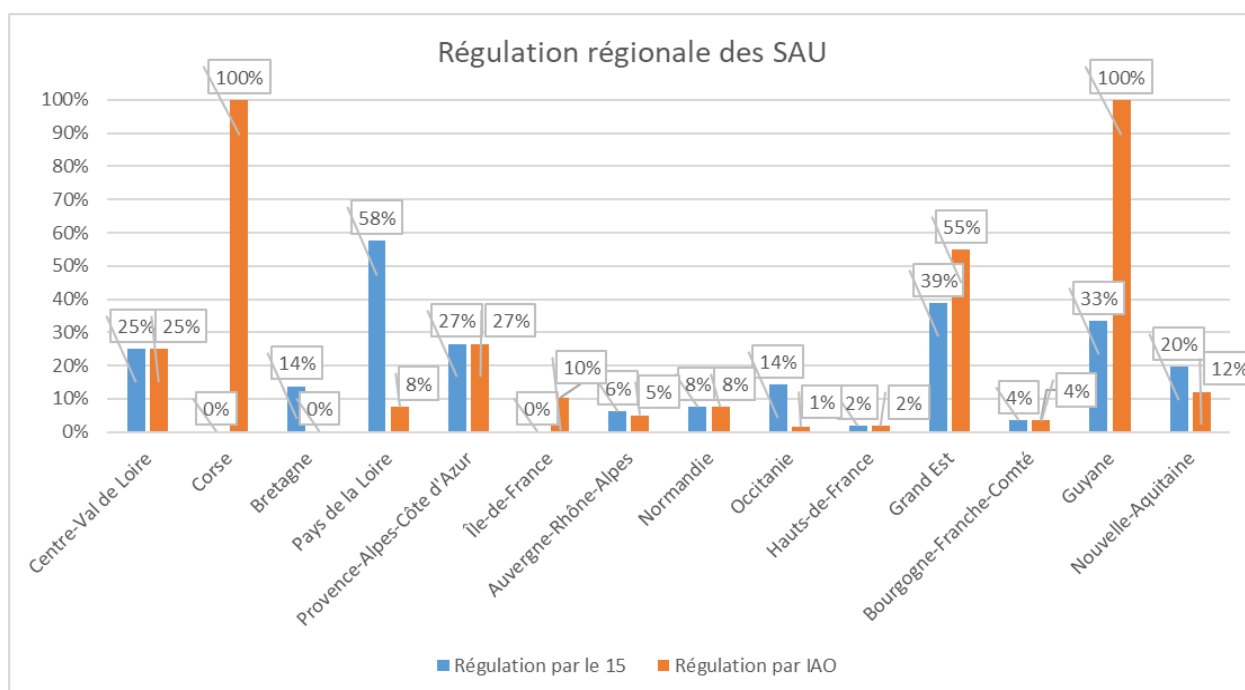
[16] Par ailleurs, la situation est très variable d'une région à l'autre. A titre d'exemple, on relève que la régulation par le 15 est absente en IdF, et très peu pratiquée en BFC, HdF et ARA, à l'inverse de la situation en CVL, PdL, GE ou PACA. Les régions où la régulation par IAO est la plus présente sont GE, PACA et CVL.

[17] Parallèlement, sans qu'il soit possible d'imputer exclusivement ce constat aux mesures de régulation, on note une augmentation sensible de l'activité des centres 15¹².

¹⁰ Ces données convergent avec celles de l'enquête SUDF - AOUT 2022 portant sur 171 Services d'accueil des urgences (2 établissements militaires, 14 établissements privés et 155 publics), qui relève que 12 % des SU du territoire et ont fait l'objet d'une mise en place d'une régulation médicale d'accès souvent couplée à un accueil physique participant à la réorientation des patients.

¹¹ Il n'est donc pas possible d'affirmer que 26 % des SU sont régulés, le pourcentage de SU régulés est nettement inférieur, compte tenu des doubles régulations mises en place (qui conduisent à des doubles comptes)

¹² Selon l'enquête SudF, « La pression sur les SAMU-Centres 15 a été majeure cet été, avec une augmentation moyenne d'activité évaluée à 20 % »

Graphique 1 : Part des services d'urgence faisant l'objet d'une régulation à l'accès, par région¹³

Source : Enquête ARS, présentation mission

2.1.2 Données sur les fermetures partielles ou totales de SU

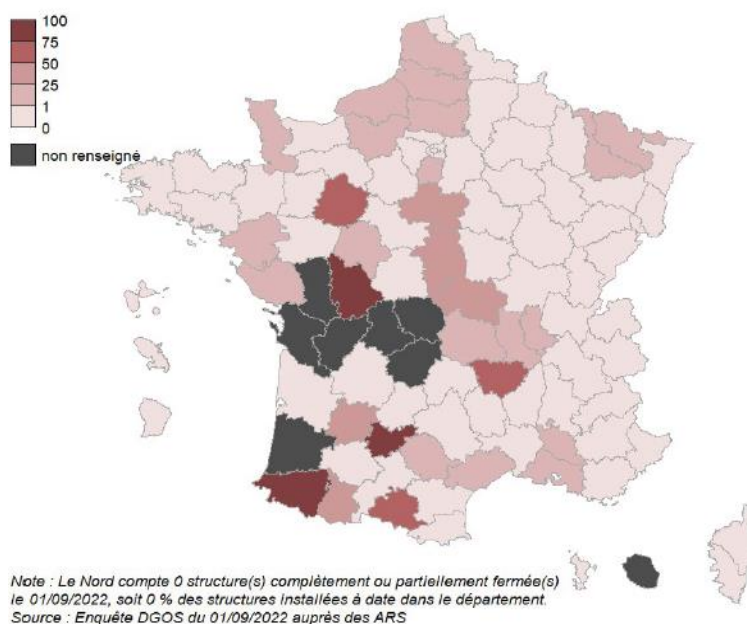
[18] La mise en place de régulation à l'accès aux urgences en permettant de diminuer les tensions de fonctionnement devraient aussi contribuer à éviter les fermetures partielles ou totales. Les fermetures totales, même très temporaires sont restées exceptionnelles¹⁴. Les fermetures partielles (essentiellement les nuits) sont en nombre limité.

¹³ Compte tenu des doubles régulations mises en place, les pourcentages de SU régulés par région ne s'additionnent pas

¹⁴ Par exemple, dans les HDF, GHPSO (Oise) avec 2 sites Creil et Senlis : fermeture du site de Senlis depuis nov. 2021. Mais des fermetures totales ponctuelles (sur un jour) sont plus nombreuses. Le SUdF note que « Les fermetures totales enregistrées ont touché la plupart du temps des établissements sur des dates isolées, où l'établissement n'a pas pu trouver les ressources pour maintenir un accueil. »

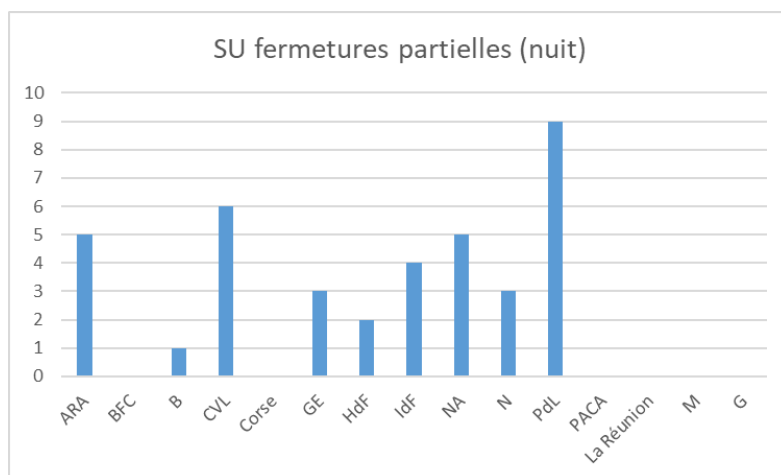
Carte 1 : Part des structures d'urgence complètement ou partiellement fermées le 1^{er} septembre 2022 sur celles installées à date (%)

Part des structures d'urgence COMPLÈTEMENT OU PARTIELLEMENT FERMÉES le 01/09/2022 sur celles installées à date (en %)



Source : DGOS

Carte 2 : SU en fermeture partielle (nuits)



Source : Enquête ARS, exploitation IGAS

2.2 L'activité des SU régulés : Données issues notamment de l'enquête ORU

[19] Une enquête a été diligentée auprès des Observatoires régionaux des urgences (cf. annexe), visant à apprécier l'impact des dispositifs de régulation sur l'activité des services, au regard de cinq critères : activité du SU régulé, report éventuel d'activité sur les autres SU du territoire, âge et gravité

des patients reçus, taux d'hospitalisation post urgences. Ce sont les données des ORU¹⁵ répondant qui sont ici exploitées, outre quelques informations plus circonscrites adressées par certaines ARS. L'analyse de reports éventuels n'a pas pu être effectuée. Les données propres aux établissements ne peuvent s'analyser que compte tenu des modalités de régulation retenues, qui peuvent être très variables, et des contextes locaux et temporels qui peuvent expliquer de fortes divergences dans les résultats obtenus. Enfin, les données mêmes, issues de l'exploitation des « résumés de passage aux urgences » (RPU) peuvent être sujettes à caution, car tributaires d'une hétérogénéité de remplissage.

[20] A titre illustratif, le tableau suivant synthétise quelques données caractéristiques du fonctionnement de 9 services régulés (annexe 2), selon des modalités et pour des périodes décrites en annexe 1.

Tableau 2 : Données de fonctionnement de 9 SAU régulés

Evolution (%) sur période régulée 2022/2021	Nombre RPU	CCMU 1	CCMU 2	CCMU 4/5	RPU<18 ans	RPU>75 ans	Tx Hospit.
Lot et Garonne	-9	-12		-21	-12	-2	4
Montauban	-22	-35	-22	8	-29	3	-8
Cherbourg	-10	-20	-5	2,2	0	-2	10
Orléans	-37	5	-28	122	-5	1	42
Metz	0	42	-8	62	0	15	-8
Bordeaux	-26	-36	44	ND	7,4	-6,2	-1,2
Redon	-12	10	6	-2	-6,5	7,3	0
Grenoble	-8	28	12	5	2	3	0
Le Mans	6	36	-17	21	-6	15	2,5

Source : Enquête ORU, exploitation mission

- L'impact sur l'activité : une tendance nette à la diminution

[21] Concernant le CHU de Bordeaux, suite à la modification des modalités d'accès aux urgences adultes de l'hôpital Pellegrin¹⁶, une étude de Santé publique France¹⁷ montre une baisse de l'activité toutes causes de 25 % à 30 % entre S21 et S26-2022 (du 23/05/22 au 03/07/22) au sein des urgences, corrélée avec l'entrée en vigueur de la régulation par le SAMU de l'accès aux urgences.

[22] Au niveau régional, l'enquête de l'ORU NA corrobore cette analyse pour les 13 SU régulés durant l'été 2022. En effet, « la comparaison estivale 2021 vs 2022 montre une diminution de l'activité en global et la nuit plus marquée dans les services d'urgences régulés ».

¹⁵ La mission remercie les Dr Redjaline (ORU ARA) et Maillard (ORU NA) pour leur collaboration. Certaines données n'ont pu être exploitées : BFC (établissement régulé dans l'incapacité de fournir les données), PdL (données non désagrégées par établissement)

¹⁶ Depuis le 18 mai 2022, une modification des modalités d'accès de nuit aux urgences adultes du groupe hospitalier Pellegrin du CHU de Bordeaux a ainsi été mise en œuvre, avec la mise en place d'un système de régulation systématique par le SAMU à l'entrée des urgences entre 20h et 8h.

¹⁷ SPF, Direction des régions Bordeaux, Cellule régionale Nouvelle-Aquitaine, le 21/07/2022

[23] Globalement, l'activité décroît de manière très nette pour l'ensemble des services régulés (cf. tableau *supra*) sauf pour le CHR de Metz.¹⁸

[24] Il est vrai que le recul pour apprécier l'impact « pur » de la mesure peut être trop limité, compte tenu des dates de son entrée en vigueur. L'appréciation à ce stade peut être également biaisée par la concomitance d'autres mesures (fermetures de SU voisins) ou de contextes particuliers (affluences estivales, impact de la canicule, de circulation virale...).

[25] Les situations de Grenoble et Le Mans sont atypiques et probablement liées à la fermeture de certains SU voisins (la nuit) et au report sur le service le plus important.

- L'âge des patients : une tendance à la hausse de patients de plus de 75 ans¹⁹

[26] Pour l'ORU NA, on observe « une diminution plus importante du % de moins de 18 ans et une tendance à la hausse du % de 75 ans et plus », pour les services régulés. Cette tendance est dominante parmi les 9 SAU analysés, mais il y a des contre exemples.

- La gravité des situations : une tendance à la diminution des taux de gravité les plus faibles pour les services régulés

[27] Dans l'étude citée de SPF relative à la situation des urgences de l'hôpital Pellegrin du CHU de Bordeaux, il n'apparaît pas d'évolution dans les dix pathologies les plus fréquentes, avant et après la mise en œuvre du filtrage par le centre 15.

[28] Pour l'ORU NA, « en termes de CCMU, le % de CCMU 1 ne peut être véritablement interprété puisque plusieurs établissements (la Clinique mutualiste de Pessac, la PCL Bordeaux Rive droite et la Clinique Esquirol St-Hilaire) ont très peu codé de CCMU 1 en 2021 », ce qui peut être lié à la qualité du codage. « En regroupant la CCMU 1 & 2 sur ces établissements, on observe toutefois une diminution d'activité. » On semble donc identifier une baisse des passages de patients de faible gravité pour les SU régulés.

[29] Les établissements du Lot et Garonne, Montauban, et Cherbourg répondent à la logique de régulation, avec une baisse sensible des gravités CCMU 1 et 2. Orléans connaît une forte baisse des CCMU 2, avec une faible progression de CCMU 1. Redon, Grenoble et Metz ne réagissent pas à la régulation en termes de gravité des situations traitées. S'agissant de Grenoble, la régulation d'autres SAU sur le territoire en est sans doute à l'origine.

[30] S'agissant des CCMU 4 et 5, la tendance largement dominante est à la hausse de leur proportion dans les passages.

- Le taux d'hospitalisation post SAU

[31] Le taux d'hospitalisation est orienté à la hausse pour quatre SAU et stable pour trois autres. Il augmente pour deux services.

- Le report possible d'activité : pas de conclusion possible à ce stade

¹⁸ S'agissant de la mise en place d'une régulation au CHR de Metz depuis le 25/07 jusqu'au 15/09, l'ARS note des « effets positifs timides (augmentation des appels au SAMU sans franche baisse de passages aux urgences). »

¹⁹ Les épisodes de canicule et la circulation virale cet été ont pu biaiser ces résultats

[32] Sur la base des données disponibles, aucun transfert de l'activité du CHU de Bordeaux toutes causes n'est constaté sur les autres services d'urgences de la métropole bordelaise²⁰.

[33] Toutefois, l'ARS Occitanie indique que « la fermeture d'un SU entraîne un surplus d'activité sur le SU voisin sans ressources/moyens supplémentaires. Par ailleurs, quand on ferme une structure, on se coupe de tout ou partie de ses lits d'aval et on complexifie le parcours patient. »

[34] Des situations de délestage vers d'autres SAU existent, en particulier en région parisienne, mais il s'agit là de mouvements organisés pour soulager un SU en tension. De manière moins protocolisée, en PACA, « le report s'effectue principalement via un ré-adressage des véhicules sanitaires réalisé directement par le Centre 15 sur demande du SAU saturé ou du SAU ayant déclenché un mode de fonctionnement dégradé ».

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

3.1 Éléments d'appréciation qualitative recueillis auprès des ARS et de conférences de directeurs généraux et PCME: conditions nécessaires d'une mise en œuvre, les freins et les leviers

[35] Une sécurisation de la mise en place d'accès régulés aux SAU suppose de réunir plusieurs conditions :

- Une politique de communication sur la santé et le bon usage des urgences (*cf.* mesure communication)

[36] Selon l'ARS IdF : « La population devrait être progressivement éduquée dès le plus jeune âge et sur le long terme, afin de favoriser les bonnes pratiques et d'augmenter les connaissances de la population en matière de santé, et ce qui relève de l'urgence ou non ».

[37] Et l'ARS Normandie ajoute : « La communication sur le bon usage du système de soins ...a facilité l'acceptabilité des mises sous régulation préalable de l'accès à certains services d'urgence en normalisant le réflexe d'un appel au 15 avant tout recours. »

[38] Dans les régions connaissant un fort afflux touristique saisonnier, une communication particulière a été mise en place, tournée vers les lieux de fréquentation.

- Une sécurisation juridique de la régulation (ou réorientation) des patients par l'IAO d'un point de vue réglementaire.

[39] Les IDE ne sont à ce jour pas habilités à réorienter les patients sans avis médical (*cf. supra*). Mais la mobilisation de temps médical, même réduit, pour s'assurer que les paramètres sont compatibles avec une réorientation, n'est pas non plus une solution adéquate, pour certaines ARS. Elle pourrait inciter *in fine* le médecin à faire une consultation médicale. Quoi qu'il en soit, à ce stade et notamment en raison de la responsabilité éventuelle en cas d'erreur d'orientation, l'IAO doit s'appuyer sur un médecin référent ou appeler le 15 pour faire bénéficier le patient de l'avis du MRU.

²⁰ Notamment, sur la base des données disponibles, aucun transfert de l'activité toutes causes sur les urgences de l'hôpital Saint-André ne semble être observé, malgré une légère augmentation des passages pour traumatismes.

[40] Plusieurs dispositions mériteront une clarification cohérente afin de garantir un exercice sécurisé de la réorientation par l'IAO : définition du rôle de l'IAO en articulation avec l'article R6123-18 du CSP, nécessité de traçabilité et d'enregistrement²¹, responsabilité. Pour l'ARS PACA, « le cadre réglementaire trop vague a participé à instaurer une pratique maximaliste de l'accueil de l'ensemble des patients se présentant au SAU, indépendamment du degré d'urgence de leur situation. Or, la possibilité aujourd'hui donnée aux SAU de réduire leur activité et flux entrants au regard des extrêmes tensions vécues sur l'ensemble du territoire peut faire craindre une évolution non contrôlée de ces pratiques. Leur éventuelle pérennisation doit passer par un cadrage juridique clair. »

[41] La création d'une filière IPA – IAO est également recommandée, les IPA pouvant s'engager au-delà du champ de compétence « standard » des IAO par exemple pour intégrer le patient dans un parcours de soins hors établissement.

- Bien appréhender la situation des patients qui se présentent quand même à la porte des urgences sans avoir été orientés et hors cas d'urgence vitale

[42] Les patients peuvent spontanément se présenter à l'accès aux urgences, sans régulation préalable par le 15, situation de droit commun aujourd'hui. En fonctionnement normal, ils sont reçus et pris en charge. Les parcours des patients qui se présentent spontanément aux urgences sans régulation préalable sont variables selon les organisations retenues :

- Une information écrite, indiquant que l'accès au service est régulé par le centre 15 et demandant de composer ce numéro. Ces situations, à la connaissance de la mission, sont exceptionnelles, voire inexistantes.
- Un simple interphone relié au médecin régulateur SAMU (le plus souvent avec l'aide d'un personnel hospitalier d'accueil) : dans ce cas, le patient est ramené à une situation de régulation téléphonique, comme s'il avait contacté le 15 en amont. En cas d'évaluation positive, il aura accès au service. Sinon, une solution alternative lui sera proposée.
- Un contact avec une infirmière d'accueil et orientation, qui, en fonction de la situation pourra donner accès au service ou aider le patient en le dirigeant vers des solutions alternatives, le plus souvent avec l'aide du médecin régulateur du SAS ou du centre 15.

[43] Dans une perspective éventuelle de généralisation de la régulation par les 15, ou de fermetures nocturnes des SU, ces situations doivent être clairement réglées.

[44] Une présence d'IAO maintenue en entrée de service est la solution à laquelle les ARS paraissent très majoritairement attachées, position d'ailleurs corroborée par les textes en vigueur²².

²¹ Selon l'article R6123-23, l'établissement tient dans la structure des urgences un registre chronologique continu sur lequel figurent l'identité des patients accueillis, le jour, l'heure et le mode de leur arrivée, l'orientation ou l'hospitalisation, le jour et l'heure de sortie ou de transfert hors de la structure des urgences. L'arrêté et l'instruction de juillet 2022 ne font pas référence à cet article et la notion de réorientation devra pourtant être indiquée.

²² Article R6123-18 CSP « Tout établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU. »

Schéma 1 : Accueil par interphone, assisté le cas échéant par un agent de sécurité (SAU CH Montauban)



Source : Mission

- Disposer d'alternatives sollicitables par l'orientation à l'entrée du service et solidifier le dispositif de protocoles d'orientation

[45] De nombreux SAU ont établi des protocoles d'orientation des patients, au cas où leur situation ne justifierait pas leur prise en charge dans le service, vers

- Des médecins libéraux²³, un centre de santé ou un centre de soins non programmés ;
- Une CPTS (certaines étant à l'origine de centres de SNP) ou MSP qui ont la responsabilité d'organiser une réponse aux SNP ;
- Une maison médicale de garde ;
- Le régulateur de PDSA ;
- SOS médecins ;
- D'autres établissements de santé.

[46] Mais les interlocuteurs de la mission recommandent à la fois :

- de libérer du temps médical afin que les médecins traitants puissent plus facilement accueillir leurs patients sans rendez-vous, ce qui constitue une partie souvent non négligeable de leur activité,
- d'étoffer l'offre de soins non programmés pour proposer des alternatives aux patients, notamment dans les zones de faible densité médicale,
- et que l'accueil du SU puisse disposer d'une connexion avec le SAS, afin de pouvoir programmer directement des alternatives en ville.

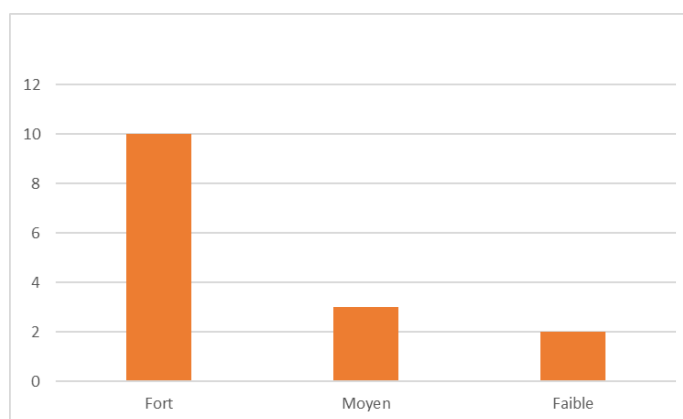
²³ Ambroise Paré (92), ou CH d'Arcachon (64) : consultation SNP assurée par des médecins libéraux installés dans les locaux du SAU

[47] De même, pour l'ARS GE : « la mise en place d'une régulation pour l'admission au SU ou d'une réorientation à partir du SU est possible à condition d'avoir une alternative solide à proposer à la population ». L'ARS NA rajoute si possible, « le développement d'organisations innovantes telles que le déploiement de maisons télémédicales de garde à proximité des services d'urgence ».

[48] Par ailleurs, les modalités de coopération entre les structures doivent être clarifiées afin de mieux identifier les profils de patients pouvant être réorientés en ville, en fonction des structures, selon le plateau disponible (radiologie, biologie), la localisation géographique, ou les conditions de prise en charge (tiers payant, dépassement).

[49] En synthèse, les ARS portent l'appréciation suivante sur l'impact des mesures de régulation :

Graphique 2 : Impact des mesures de régulation : appréciation des ARS



Source : Enquête ARS, exploitation IGAS (15 réponses)

3.2 Éléments d'appréciation qualitative recueillis auprès des parties prenantes (usagers, élus, professionnels)

[50] L'attention de la mission a été attirée sur les points suivants.

- Prendre en compte le besoin de présence humaine

[51] Les élus locaux consultés par la mission, et singulièrement les maires, de communes urbaines comme rurales, insistent sur la nécessité pour la population de trouver des solutions médicales pertinentes.

[52] Dans ce cadre, il leur paraît essentiel qu'un personnel médical ou soignant puisse recevoir physiquement, entendre, examiner, rassurer et orienter les patients, y compris la nuit. Le trajet parcouru pour se rendre aux urgences, les difficultés éventuelles à exprimer sa situation médicale, le sentiment d'abandon ressenti dans les territoires à faible densité médicale sont autant de raisons avancées pour justifier ce type d'accueil, et au contraire refuser une formule de type « interphone relié au centre 15 ». Pour reprendre les termes d'un maire de commune rurale : « la régulation ne doit pas être la restriction ».

[53] Par ailleurs, les maires rencontrés en appellent à des solutions de premier recours élaborées en tenant compte des besoins au niveau infra départemental, et avec des régulations proches du terrain et des recours envisageables.

- Eviter les risques d'errance médicale, de retard de prise en charge, voire d'évènement indésirable grave

[54] Pour les services mettant en place une régulation à l'accès, l'existence d'alternatives de qualité en SNP, repérées, organisées et aisément mobilisables apparaît comme une condition nécessaire de maintien de l'accès aux soins. La proximité de l'accès est citée comme critère rassurant pour les patients, plus que son immédiateté, un premier diagnostic ayant écarté le risque d'urgence vitale ou grave.

[55] Toutefois, à ce stade, une appréciation étayée de l'impact de la régulation sur la sécurité et la qualité des soins est prématurée. Les ARS ne font pas remonter plus d'EIG qu'au cours de la même période en 2021, mais leur analyse reste à réaliser.

- Prendre en compte les risques sociaux

[56] Les territoires marqués par une grande pauvreté doivent faire l'objet d'une plus grande attention pour éviter les pertes de chances, s'agissant souvent de patients en situation de précarité sociale ou sanitaire. Ces situations recoupent largement les catégories de « passages inadéquats » aux urgences (patients toxicomanes, sans domicile fixe, troubles psychiatriques, mais aussi patients atteints de maladies chroniques). Les patients concernés doivent trouver des solutions de prise en charge adaptées à leurs besoins, qui, s'ils ne relèvent pas de l'urgence n'en sont pas moins redevables d'une attention nécessaire, sauf à s'exposer à des risques importants. De ce point de vue, les travaux concernant le pacte de refondation des urgences avaient préconisé d'identifier clairement le dispositif PASS²⁴ au sein des établissements de santé et/ou des GHT et notamment des structures d'urgence.

- Viser un recentrage des SAU sur leur cœur de métier, objectif de la mesure

[57] L'impact des mesures de régulation sur les équipes médicales et paramédicales des SAU doit être suivie. Plusieurs services régulés ont mis en place des enquêtes internes qui montrent une amélioration et le sentiment de pouvoir « mieux faire son métier ». Ces premiers retours doivent être confirmés dans la durée.

Retour des CSDU sur les mesures de régulation mises en œuvre

Points forts

Toutes les personnes avec un besoin ont pu avoir un rdv dans des délais raisonnables. Bonne mobilisation générale.

L'accès aux SU a été compliqué et en flux tendu en fonction des différents territoires : mais on ne s'en sort pas si mal ! Sur certains territoires, très peu de plaintes des usagers envers la régulation

Emergence de la coopération entre les professionnels de santé

Il semble que la situation des urgences pour la période d'été bien que très compliquée ait été moins grave que prévue

²⁴ La PASS est un dispositif passerelle. Il est un point d'entrée aux situations de précarité. Son action au sein des établissements de santé revêt différents aspects. C'est un dispositif :

- médico-social qui permet d'aider les personnes à recouvrer des droits,
- médical qui propose des consultations de médecine générale et, si besoin, l'accès au plateau technique de l'établissement de santé,
- de prévention qui participe aux objectifs de santé publique en termes de dépistage et d'alerte.

La sécurisation des effectifs médicaux des services d'urgences, et le renfort ARM pour la rapidité du décroché au 15

Diffuser largement un message simple et répété auprès d'une population finit par sensibiliser celle-ci et peut changer les comportements au-delà de la seule période estivale.

Points faibles

La réorientation du patient à partir d'une 1ère structure d'accueil impose au patient un parcours de soins complexe, parfois irréalisable et alors générateur d'un risque de renoncement aux soins

Délai d'attente au niveau de la régulation centre 15

Coopération entre les professionnels de santé à améliorer : culture pluridisciplinaire à améliorer

Grandes difficultés à accéder à ce parcours pour les personnes âgées et les personnes avec des troubles psychiatriques, Impact très négatif en psychiatrie

4 Exemples illustratifs d'expériences territoriales innovantes

4.1 L'accès au service des urgences du CH de Cherbourg

[58] La mission a bénéficié d'un exposé de la situation par l'ARS et d'un contact avec les acteurs locaux, par visio conférence. L'accès aux urgences du CH de Cherbourg a été régulé²⁵ dès le début de l'année 2022, compte tenu du risque de fermeture des urgences la nuit. Une expérimentation (article 51) « forfait de réorientation aux urgences » est également en cours. Les urgences du CH fonctionnent donc en double régulation, FRU en journée et centre 15 de 15h à 8h30.

[59] Les effets de la mesure, tels que présentés à la mission paraissent positifs : « le dispositif a permis de faire baisser de 15 % la fréquentation des urgences²⁶. Cette régulation semble avoir fortement contribué à restaurer l'attractivité du service pour le recrutement médical ». En revanche, il s'est traduit par un doublement des appels au 15 (50 % des appelants étant adressés aux urgences ensuite), ce qui a conduit au recrutement d'une ligne d'ARM (financement FIR) supplémentaire au premier trimestre.

[60] Le dispositif a permis de maîtriser les tensions de fonctionnement au cours de l'été et aucun effet indésirable grave n'a été relevé.

[61] S'agissant de l'adressage des patients hors urgences, la mise en œuvre de ce dispositif avait été préparée avec les professionnels libéraux du territoire (CPTS émergentes, SOS Médecins, transports sanitaires, cellule de gestion des soins non programmés gérée par un pôle de santé), SAMU et collectivités locales. L'articulation se met en place peu à peu, notamment avec la CPTS émergente du Cotentin. Des unités mobiles de téléconsultation sont mobilisées ponctuellement comme effecteurs de SNP.

[62] La régulation paraît avoir été bien comprise par la population, alors même que le contexte estival s'est traduit par une fréquentation touristique inédite. La communication locale en

²⁵ Régulation en soirée / nuit (19h-8h30), puis à partir de 15h, dans un second temps, jusqu'à 8h30.

²⁶ Diminution de 50 % de la fréquentation des urgences sur les premiers jours, puis activité remontant pour se stabiliser vers -15 % et -20 %.

partenariat avec les élus semble avoir été un levier fort dans la mise en œuvre des dispositifs de régulation.

[63] L'ARS manifeste la volonté de mettre en place un dispositif de réorientation commun à tous les établissements de la Manche. Les services des urgences du CH Avranches-Granville traversent une situation difficile et expérimentent également le FRU. Une organisation plus harmonieuse à l'échelle du territoire est recherchée en termes de régulation et d'effectif, notamment grâce au SAS de la Manche.

4.2 Régulation des accès aux urgences du CH de Vitré

[64] Pendant un mois, le centre hospitalier de Vitré a dû fonctionner avec un seul urgentiste présent en journée au lieu de deux. Afin de pouvoir garantir à la population le meilleur service de prise en charge des urgences vraies, il a été décidé de mettre en place une double régulation des accès aux urgences (centre 15 et IAO), la nuit puis également de jour, avec utilisation de l'arbre décisionnel FRENCH²⁷. Les acteurs hospitaliers ont jugé la mise en œuvre satisfaisante. Aucun événement indésirable grave ou non n'a été identifié.

[65] L'ARS décrit ainsi le dispositif : « Le principe de maintien du SMUR étant un pré requis incontournable, afin de réduire le flux d'entrant pour qu'il soit gérable par le seul urgentiste présent et son interne, n'étaient admis que les patients ayant été régulés par le centre 15, ou l'IAO en cas de venue spontanée, en s'appuyant sur la grille FRENCH 2018 (échelle de tri destinée aux IAO) en prenant en charge les niveaux 1, 2 et 3 correspondant aux urgences vitales d'une part, et aux urgences relatives mais vraies d'autre part. Les niveaux 4 et 5 étaient réorientés vers leur médecin traitant ou la maison médicale de garde. A noter qu'étaient également pris en charge les motifs de traumatologie (suspicion de fracture, plaies à suturer), et les consultations pédiatriques. En cas d'engagement du SMUR et donc de l'absence de l'urgentiste, la sécurité du service était assurée par la présence de l'anesthésiste de garde sur place en cas de situation instable. »

4.3 La réorientation des patients au CHRU de Nancy

[66] L'accès au service des urgences passe par une régulation à l'entrée, mais pas par le centre 15. Ce choix réfléchi correspond à un contexte où beaucoup de patients n'ont plus de médecins traitants et manifestent le besoin d'une évaluation de leur situation en face à face.

[67] L'IOA dispose d'un logiciel spécifique de réorientation québécois, Logibec réorientation, expérimenté dans quelques hôpitaux en France, qui couple un algorithme de tri médical et une fonction d'affectation de consultations auprès de structures partenaires²⁸. Un médecin accélérateur de flux, disposant de box dédiés, réoriente les patients qui n'ont pas besoin d'être pris en charge par le SAU.

[68] Un centre de SNP hors horaires de PDSA, ou la MMG, accolée à l'hôpital, pendant les horaires PDSA constituent les solutions de réorientation prioritaires, mais la CPTS et SOS médecins sont également parties prenantes du dispositif.

[69] Les transferts sont suivis sur un logiciel dédié. Le CHU note que, le plus souvent, les patients suivent les consignes de réorientation. S'ils ne les suivent pas, ils sont rappelés par le service, et l'on

²⁷ https://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/referentiel-grille-french-2018-de-triage-ioa-version-1-1/ref_id/39

²⁸ <https://www.logibec.com/fr/nos-solutions/logibec-reorientation>

constate, généralement, qu'ils ont trouvé une autre solution, de leur propre initiative. Il ne semble pas y avoir de renoncements aux soins à la suite de la réorientation.

4.4 Case management des utilisateurs fréquents des urgences- étude en cours, CHRU Nancy

[70] Les utilisateurs fréquents des urgences constituent une population identifiée dans de nombreux pays avec une mise en place de case management. Un accompagnement personnalisé doit permettre d'apporter une réponse corrective de ce comportement, avec un accès aux soins plus adapté à la situation. L'étude en cours vise à élaborer un dispositif de détection, de signalement et d'accompagnement des utilisateurs fréquents (à partir de 4 passages annuels). Les objectifs poursuivis sont à la fois la diminution du recours aux urgences et la meilleure adéquation des solutions proposées aux besoins. La phase d'élaboration du protocole opérationnel de l'expérimentation et de cadrage de son évaluation est en cours²⁹.

5 Avis de la mission sur la généralisation

[71] Les mesures de régulation à l'accès aux services d'urgence constituent une réponse de bon sens à l'afflux de patients et aux tensions de fonctionnement qu'il génère. Pour autant, ces mesures, qui constituent le mode de fonctionnement régulier dans d'autres systèmes de santé (*cf.* fiche relative au système danois) sont très éloignées du droit commun en France et des habitudes des patients. Dès lors, les autorisations dérogatoires données relatives à une régulation préalable par le 15, ou à l'entrée (par une IAO) constituent potentiellement une évolution considérable, dont les conditions doivent être pesées.

[72] De ce point de vue, les données disponibles restent lacunaires ou pâtissent d'un manque de recul. Elles paraissent bien corroborer les attendus logiques de ces mesures : augmentation des appels au 15, baisse des passages aux urgences, diminution des situations les moins graves. De même, au cours de l'été, le nombre de fermetures a été très faible et les tensions de fonctionnement paraissent avoir diminué. L'orientation de patients semble également leur avoir donné satisfaction et aucun évènement indésirable qui lui serait directement lié n'a été rapporté.

[73] Mais ces données doivent être confirmées sur un temps un peu plus long. L'évaluation des expérimentations FRU (sous article 51) en mars 2023, pourrait être l'occasion, en élargissant son champ à l'ensemble des SAU régulés, de rassembler l'ensemble des données probantes en la matière.

[74] En effet, les points de vigilance relevés sont nombreux et tiennent à :

- La nécessité d'une communication adaptée et récurrente,
- Un système de régulation téléphonique solide,
- La surveillance des reports d'activité sur des SAU voisins non régulés,
- Une organisation disponible et adaptée des alternatives de ville,
- Des textes garantissant la sécurité juridique des mesures,

²⁹ Comité de pilotage du Dispositif d'Accompagnement des Utilisateurs Multiples des urgences (DAUM): Dr Hellmann / Pr Thilly / Pr Chouhied / Dr Abraham

- La qualité de vie au travail dans les services d'urgence,
- Une accueil adapté et humain des patients,
- Une vigilance accrue du déploiement en zones précaires.

[75] Disposition phare du dispositif de maîtrise de l'activité des urgences et de leur recentrage sur leur cœur de métier, la régulation s'inscrit dans un continuum de mesures, implique grandement la médecine de ville et nécessite la compréhension et l'adhésion des patients. Dès lors, précipiter sa généralisation conduirait à prendre des risques élevés. Parfaire l'évaluation des résultats en en profitant pour continuer à communiquer sur le bon usage des urgences, notamment sur les territoires concernés par les expérimentations actuelles de régulation en amont des SAU en difficulté, constituera une précaution indispensable et un fort gain de temps pour la suite. A ce stade, les ARS devraient pouvoir continuer à autoriser le recours à la régulation à l'accès aux SAU, à titre dérogatoire.

ANNEXE 1 : Liste des établissements régulés

Région	SU ayant mis en œuvre une régulation téléphonique en amont de l'accès du patient au service d'urgences	SU ayant défini des protocoles d'orientation du patient, qui permettront à l'IOA de le réorienter, à son arrivée aux urgences	SU ayant cessé totalement leur activité sur certaines plages horaires, en mettant en place un fonctionnement sur une amplitude réduite à 12 heures
ARA	38 CHUGA depuis 27-juin CH Pierre OUDOT depuis 18-juil CH PONT de Beauvoisin , depuis 11 aout 07 CH ARDECHE MERIDIONALE, depuis 14 juillet	69 Hôpital Nord Ouest (HNO) - Site Villefranche 01 Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse/Fleyriat 26 Centre hospitalier de Valence Centre Hospitalier Portes de Provence	Fermetures nuit 38 CHUGA VOIRON GHM 63 Pôle Santé République (PSR) 69 CH Givors Clinique de la SAUVEGARDE
BFC	CH de Dole : Accès régulé jusqu'au 13 août (20/07-13/08/ 18h30-8h30) CH d'Autun : SAU le 30 Juillet de 08H30, 18h30 => avec MG sur la nuit présent sur site. SAU en Aout ; le 16 en 24h à partir de 8h30 et le 29 à partir de 18H30 au 30 (08H30) CH Mâcon : Protocole régulation par le C15 du SAU de 18h à 24h à compter du 25/07 et jusqu'à fin août	CH Clamecy sur 24h Juillet : 18/25/26/28 aucun médecin. Armement par le SDIS d'un VLMS sur ces 4 dates. => Fonctionnement adapté SAU sur ces dates 2 et 3/08 14 : aucun médecin, renfort VLMS par le SDIS, fonctionnement adapté sur la SAU 10 : un seul médecin de jour et aucun de nuit, VLI par le SDIS le 3 à partir de 14h et VLMS le 10. 24 : un seul médecin sur 24h CH Decize : Fermeture du SMUR du 15/07/2022 (9h) au 16/07/2022 (9h), l'urgentiste présent sur la ligne urgences n'assurant pas de SMUR - intervention des SMUR alentours pour assurer une projection SMUR sur ce territoire Difficultés le 17/08 (24H) ☒ protocole avec maintien de l'activité et fonctionnement avec 1 médecin urgentiste => priorisation du SMUR et VLI (8h – 20h).	SO
B	-De manière continue depuis décembre 2019 : Centre Hospitalier de Vitré, régulation de l'accès au SU la nuit -De manière ponctuelle : régulation de l'accès au SU la	4 CH (CHU Brest, CHU Rennes, CH Quimper et CH Saint-Brieuc) expérimentent le forfait de réorientation des urgences. Par ailleurs, l'ensemble des établissements cités qui ont mis en œuvre une régulation téléphonique	Seul le Centre hospitalier de Saint-Grégoire ne disposait pas d'un armement médical de son SU lors des adaptations des horaires de l'accueil de nuit. En cas d'urgence vitale,

	nuît : dans le département d'Ille-et-Vilaine : Centre hospitalier de Fougères (4 nuits : du 6 au 8 août puis le 14 et 18 août) Centre hospitalier Redon (19 nuits : du 8 au 26 août) et Centre hospitalier Privé de Saint Grégoire (21 nuits : du 25 juillet au 15 août) Dans le département du Morbihan : Centre hospitalier de Ploermel (2 nuits le 20 et 27 août) -> régulation de l'accès au SU le jour : dans le département d'Ille-et-Vilaine : Centre hospitalier de Vitré (30 jours : du 15 juillet au 12 août))	en amont de l'accès du patient au service d'urgences, disposaient d'un infirmier organisateur de l'accueil IOA sur ces périodes	l'anesthésiste assurait la prise en charge. Les autres SU bénéficiaient de la présence du smuriste. En cas de sortie, l'anesthésiste assurait la prise en charge
CVL	28 Centre hospitalier Louis Pasteur 13/07 au 20/07 37 NCT+Clinique de l'Alliance 15-06 / 15-09 37 Centre hospitalier "Paul Martinais" 15-06 / 15-09 Centre hospitalier régional et universitaire 15-06 / 15-09 Centre hospitalier du chinonais 15-06 / 15-09 Centre hospitalier intercommunal 15-06 / 15-09 45 Pôle santé Oréliance tout l'été - mesure poursuivie sans date limite Centre hospitalier régional d'Orléans tout l'été - mesure poursuivie sans date limite	18 Centre hospitalier "Jacques-Coeur" Protocole d'orientation vers la MMG de Bourges validé et mis en place depuis plusieurs années 37 NCT+Clinique de l'Alliance 15-06 / 15-09 Centre hospitalier "Paul Martinais" 15-06 / 15-09 Centre hospitalier régional et universitaire 15-06 / 15-09 Centre hospitalier du chinonais 15-06 / 15-09 Centre hospitalier intercommunal 15-06 / 15-09 45 Centre hospitalier régional d'Orléans tout l'été - mesure poursuivie sans date limite Centre hospitalier P. Dezarnaulds (réorientation vers les médecins libéraux et la maison médicale de garde suivant des protocoles d'orientation définis ; pas de réorientation vers la CPTS pour le moment ; la régulation médicale du 15 régule cependant et réoriente vers les CPTS développant les SNP dans le département)	18 Centre hospitalier "Jacques-Coeur" 28 Hôpital privé d'Eure et Loir Centre hospitalier Louis Pasteur 37 Centre hospitalier "Paul Martinais" Centre hospitalier du chinonais Centre hospitalier intercommunal
Corse	SO	CH de Bastia : mise en œuvre de la modalité forfait de réorientation Article 51 sur la période 8h-22h 7-7 vers un point d'accueil conventionné dans le cadre de l'expérimentation. CH d'Ajaccio, CH de Calvi, Polyclinique du Sud de la Corse	SO

		(Porto-Vecchio) :renforcement des IAO pour la période estivale avec réorientation vers des points de SNP identifiés (journée), MMG (Horaires de PDSA) et SOS (pour Ajaccio uniquement 8h-23h 7-7)	
GE	Mise en œuvre d'une régulation téléphonique et des protocoles d'orientation du patient (IOA) pendant la période de régulation accès au SU par le SAMU : O CHR de Metz du 25/07 /22 20h au 15/09/22 8h, les heures de régulation sont de 20h à 8h o CH de Troyes du 29/07 18h30 au 05/09/22 8H, les heures de régulations sont de 18h30 à 8h o CH Haguenau du 12/08/22 17h au 13/08/22 8h	mêmes établissements que précédemment mais uniquement pour la période pour les patients se présentant spontanément au SU malgré la régulation par le SAMU	Clinique des 3 Frontières de St Louis (nombreuses périodes en aout) CH de Guebwiller, - du lundi 25 juillet au lundi 15 août inclus (20h-8h) => Fermeture de 12h Hôpital d'instruction des Armées Legouest, - du lundi 22 août 8h au mardi 23 août 8h => Fermeture de 24h - du samedi 27 août 8h au dimanche 28 août 8h => Fermeture de 24h
HdF	Seul le CH de Lens a mis en place une telle mesure sur les périodes suivantes : - du mardi 10 au mercredi 11 août de 18h30 à 8h30, - du mardi 16 au jeudi 18 août de 8h30 à 8h30, - du jeudi 18 au vendredi 19 août de 18h30 à 8h30 - du samedi 20 au dimanche 21 août de 8h30 à 8h30.	- Département de l'Oise : un protocole d'orientation est opérant entre les urgences du CH intercommunal de Compiègne-Noyon (adultes et pédiatriques) et la CPTS de Compiègne, et ce depuis le mois d'aout. Le SAMU peut éventuellement adresser des patients également. Ce protocole a été formalisé dans le cadre de l'ouverture d'un centre de soins non programmés fixes sur ce territoire, sur l'impulsion de la CPTS et dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt mené par l'ARS (https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/appe-manifestation-dinteret-pour-la-creation-dun-centre-de-soins-non-programmes-csnp). - Département de l'Aisne : un protocole d'adressage pour la pédiatrie du centre hospitalier de Laon et la MMG via l'infirmier d'orientation avec accord du médecin d'accueil et d'orientation est opérationnel. - Département du Nord : - Un protocole de réorientation est opérant entre les	- Département de l'Oise : fermeture totale du service des urgences de Senlis depuis le 13 décembre 2021 - Département de la Somme : fermeture partielle du service des urgences de la SAS Cardio selon le calendrier et période suivante 23/02/2022 : établissement déclaré « en tension » avec fermeture la nuit puis fermeture totale 14/03/2022 :Réouverture partielle (en journée de 8h à 20h, 7j/7) 03/05/2022 : réouverture H24 mais réorientation via le centre 15 des patients nécessitant une prise en charge en radiologie conventionnelle sur la plage 20h/8h vers le SAU du CHU d'Amiens. - Département du Pas de Calais : fermeture partielle du service des urgence de la polyclinique de la Clarence à Divion entre 21h30 et 8h les nuits suivantes : 16, 18, 20, 21, 23, 24 aout

		urgences du CH de Valenciennes et la CPTS du grand Valenciennes, après avis du médecin d'accueil et d'orientation. Ce protocole a été formalisé en juillet dans le cadre de l'ouverture d'un centre de soins non programmés fixes sur ce territoire, sur l'impulsion de la CPTS et dans le cadre de l'appel à manifestation susmentionné ; o Des protocoles de réorientation, internes aux ES, permettent par ailleurs de réorienter le patient, sans pour autant être connectée à un dispositif de prise en charge en ville. C'est le cas au CH de Maubeuge (depuis le mois de janvier 2022), à la polyclinique Grande-Synthe, au CH de Dunkerque - Département du Pas-de-Calais : Des protocoles de réorientation, internes aux ES, permettent par ailleurs de réorienter le patient, sans pour autant être connectée à un dispositif de prise en charge en ville. C'est le cas au CH de la région de Saint-Omer ainsi qu'au CH de Boulogne-sur-mer.	
IdF	SO	75 GH Paris Saint-Joseph (GHPSJ) Vers des correspondants médicaux de 2 structures de proximité (dispositif existant depuis plusieurs années): - Centre de santé Marie Thérèse (CDS polyvalent) - Cabinet médical Teledok (regroupement de MG et IDE, en présentiel et via télémedecine) GH Diaconesse Croix Saint-Simon (GHDCSS) Vers un MG mis à disposition par le centre de santé Bauchat-Nation géré par le GHDCSS, du 8 au 19 août 77 CH Provins SNP en proximité du CH Provins A compter du 18 juillet 2022 78 GCS SAS (APTA/CHV) /SAMU 78 Réorientations vers SAS 78 En fonctionnement depuis le 17 janvier 2022	78 Hôpital Privé de Parly 2 de 22h à 8h, depuis le 1/4 Clinique de Maisons-Laffitte -Du 08/07 au 10/07, du 13/07 au 17/07, du 26/07 au 22/08 93 Hôpital Privé de l'Est Parisien, du 30/07 au 22/08 de 18h à 8h. 95 Clinique Claude Bernard, Fermeture de 00h à 8h du 01/08 au 23/08/22

		91 CH Sud Francilien Réorientation vers la MMG de Corbeil Juillet – septembre 2022 92 Ambroise Paré Médecin conventionnés, structure à proximité SAU (CMA) 20/06 au 30/09/22 93 CH Robert Ballanger Médecins conventionnés Juin à août 2022 94 CHIV Médecins conventionnés Démarrage 19/07, 3 jours/s sur certains horaires BICETRE Médecins conventionnés CMA existe depuis 2020, réactivé depuis 2022 semaine 14 h - 20 h WE 10h - 20 h SAINT CAMILLE Médecins conventionnés Hôpital privé Marne la Vallée, 7/7 9h – 0h 95 CH Argenteuil Vers MMG Juillet – septembre 2022 CH Pontoise Vers MMG Juillet – septembre 2022	
NA	CH Saintes Régulation entre 20h et 08h depuis le 18 juillet CH Jonzac 09/07 8h au 10/07 8h CH Royan Régulation ponctuelle entre 20h et 08h au mois de juin CH La Rochelle Entre 20h et 08h - Plusieurs nuits concernés les deux dernières semaines de juin CH Sarlat-la-Canéda "04/07 8h30 au 05 /07 8h30 27/07 8h30 au 30/07 08h30 08/08 8h30 au 09/08 8h30 09/08 20h30 au 10/08 8h30 10 /08 20h30 au 11/08 8h30 23, 26 et 29 août" CH Bergerac "13/07 entre 8h et 20h 17/07 entre 18h et 8h 02/08 20h au 03/08 8h" Polyclinique Bordeaux rive droite "04/08 et 05/08 entre 20h et 08h 19/08 au 27/08 entre 20h et 08h" CHU Bordeaux Pellegrin Entre 17h et 08h	CH Angoulême Expérimentation Article 51 depuis mai 2021 CH Ussel Existence d'un protocole mais non appliqué à ce stade du fait de l'absence d'organisation dégradée CH Bergerac Existence d'un protocole avec réorientation de patient vers la ville en lien avec CPTS CHU Bordeaux (site de Pellegrin) Entre 17h et 08h entre le 18 mai et le 16 août - H24 depuis le 16 août Protocole en lien avec le SAS - Orientation réalisée par IAO CH Sud Gironde Existence d'un protocole qui prévoit une réorientation vers MMG - IAO partagé avec MMG CH Arcachon Intégration de médecin généraliste aux urgences CH Blaye IAO partagé entre urgences et MMG CHIC Marmande Depuis le 16 janvier - Entre 18h et 08h Protocole avec réorientation vers MMG et plages dédiés à partir de 18h CH Agen Depuis le 21 juillet jusqu'au 30 septembre - Entre 18h	Clinique Le Tondu 27 juillet au 29 août CH Sarlat 06/08 20h au 07/08 8h CHU Poitiers (site de Montmorillon) "15 /07 8h au 16 /07 8h 13/08 8h au 14/08 8h, 26 et 27 août" CH Oloron "02/07 19h au 4/07 9h, 07/07 19h au 08/07 9h, 28/07 8h au 29/07 8h, 30/07 entre 8h et 20h, 05/08 8h au 06/08 8h, 13/08 8h 30 au 14/08 20 h30, 19/08 entre 8h et 20h, 27/08 9h au 28/08 9h" Clinique Saint-Georges de Didonne 6 et 7 août entre 8h et 20h Polyclinique rive droite 12 au 17 juillet entre 20h et 08h

	entre le 18 mai et le 16 août - H24 depuis le 16 août CH Libourne (site de Sainte-Foy la Grande) 01/08 au 05/08 entre 18h30 et 8h30 Clinique Pessac Entre 20h et 08h - 1er au 21 août CHIC Marmande Depuis le 16 janvier - Entre 18h et 08h CH Agen Depuis le 21 juillet jusqu'au 30 septembre - Entre 18h et 08h Pôle de santé du villeneuvois Depuis le 21 juillet jusqu'au 30 septembre - Entre 18h et 08h Clinique Esquirol Saint-Hilaire Depuis le 21 juillet jusqu'au 30 septembre - Entre 18h et 08h CH Oloron "14/08 20h30 au 15/08 8h30 19/08 20h au 20/08 8h" CHU Poitiers (site de Montmorillon) CH Blaye "06/07 à 14h au 07/07 à 9h 08/07 à 14h au 09/07 à 9h 27/07 entre 20h et 08h 01/08 au 6/08 entre 00h et 09h"	et 08h Protocole avec réorientation vers MMG et plages dédiés à partir de 18h Pôle de santé du villeneuvois Depuis le 21 juillet jusqu'au 30 septembre - Entre 18h et 08h Protocole avec réorientation vers MMG et plages dédiés à partir de 18h Clinique Esquirol Saint-Hilaire Depuis le 21 juillet jusqu'au 30 septembre - Entre 18h et 08h Protocole avec réorientation vers MMG et plages dédiés à partir de 18h CH Pau Expérimentation article 51 - CHU Poitiers Protocole en lien avec le SAS - Orientation réalisée par IAO CHU Poitiers - Site de Montmorillon Protocole en lien avec le SAS - Orientation réalisée par IAO GH Nord Vienne Protocole en lien avec le SAS - Orientation réalisée par IAO CH Libourne Existence d'un protocole qui prévoit une réorientation vers MMG - IAO partagé urgences / MMG CH Saintonge Existence d'un protocole qui prévoit une réorientation vers MMG - IAO partagé urgences / MMG CH La Rochelle Existence d'un protocole qui prévoit une réorientation vers MMG - IAO partagé urgences / MMG CH Saint Jean d'Angély Existence d'un protocole qui prévoit une réorientation vers MMG - IAO partagé urgences / MMG	
N	- Vernon : urgences régulées via le 15 depuis le 11 juillet 2022 jusqu'au 15 septembre 2022 de 18h30 à 8h30 le lendemain. - Cherbourg : urgences adultes régulées de 15h à 8h30 (depuis le 10 janvier à partir de 19h et le 20 mai à partir de 15h)	- Urgences du CH Avranches-Granville - Urgences du CH de Cherbourg	En Normandie les réduction d'horaire sont intervenues ponctuellement, principalement dans les SU d'établissements privés - Clinique Pasteur (Evreux) a fermé son service d'urgence deux week-ends en nuit en juillet (23,24,30,31) et 4 nuits en août (6,7,11). - Clinique Saint Martin le 19 août (24h),

	• St Lô : urgences pédiatriques régulées H24 (depuis juin) • Clinique des Ormeaux (jeudi soir 20h-8h et un samedi soir par mois) • GHH : régulation préalable du SAMU en H24 à compter du 8 août		• Clinique Saint Hilaire (24juillet, nuit)
Oc	32 CH D'AUCH Demande aux patients d'appeler le 15 avant de se présenter aux urgences 34 CH BASSIN DE THAU SETE "Mise en place d'une organisation dégradée avec régulation préalable par le 15 sur les dates suivantes : - vendredi 12 aout de nuit - Samedi 13/08 de nuit - Jeudi 18/08 en 24h (jour d'ouverture de la St Louis) - Lundi 22/08 en nuit (lundi de la St Louis)" 81 CH DE LAVAU 82 CH DE MONTAUBAN CH MOISSAC CLINIQUE DU PONT DE CHAUME (du 1è au 19 aout)	11 CH CARCASSONNE 30 CH ALES CEVENNES 32 CH D'AUCH 66 CH PERPIGNAN 81 CH DE LAVAU 82 CH DE MONTAUBAN CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	
PdL	49 Clinique de l'Anjou régulation de nuit du 22 au 24/07 53 CH Laval régulation de nuit les 11 et 12/07 ; 23, 25, 30 et 31/07 ; 02,05,06,08,10,16,18,20 et 21/08 CH Nord Mayenne régulation H24 les 28/07, 07 et 13/08 CH Haut Anjou régulation H24 du 1 au 19/08 et 21 et 22/08 72 CH le Mans régulation de nuit du 04/07 au 22/08 CH Mamers régulation de nuit du 04/07 au 22/08 85 CH Luçon régulation de nuit du 22/07 au 22/08	SO	44 Hôpital privé du Confluent fermeture de nuit du 8 au 22/08 CH Ancenis fermeture de nuit du 10/07 au 10/08 53 CH Haut Anjou fermeture complète le 20/08 72 CMC fermeture de nuit du 04/07 au 22/08 PSSL fermeture de nuit du 05/07 au 22/08 CH Château du Loir fermeture de nuit du 05/07 au 22/08 CH Saint Calais fermeture de nuit du 05/07 au 22/08 CH La Ferté Bernard fermeture de nuit du 05/07 au 22/08

RAPPORT IGAS N°2022-064R

	CH Fontenay le Comte régulation de nuit du 22/07 au 22/08		85 CH Montaigne fermeture de nuit du 01/07 au 22/08 et de jour le 6/8 et le 7/8 Clinique st Charles fermeture de nuit le 12/08 (22H8H)
PACA	CH de Manosque (période nuits) ; CH d'Arles (période jours et/ou nuits) ; Clinique de Marignane (période jours et/ou nuits) ; Clinique d'Istres (période jours et/ou nuits) ; Hôpitaux Privés de Provence (période jours et/ou nuits) ; CH Aix en Provence, SAU pédiatrique (période nuits) ; CH Martigues (période jours et/ou nuits) ; CH Draguignan (période nuits) ; CH Hyères (période jours et/ou nuits) ; CH Apt (ponctuellement, période jours et/ou nuits) ; CH Carpentras (période jours et/ou nuits) ; CH Cavaillon Lauris (très régulièrement, période jours et/ou nuits) ;	CH de Manosque (période nuits) ; CH d'Arles (période jours et/ou nuits) ; Clinique de Marignane (période jours et/ou nuits) ; Clinique d'Istres (période jours et/ou nuits) ; Hôpitaux Privés de Provence (période jours et/ou nuits) ; CH Aix en Provence, SAU pédiatrique (période nuits) ; CH Martigues (période jours et/ou nuits) ; CH Draguignan (période nuits) ; CH Hyères (période jours et/ou nuits) ; CH Apt (ponctuellement, période jours et/ou nuits) ; CH Carpentras (période : continuellement, indépendamment de tensions pour manque d'effectifs médicaux) ; CH Cavaillon Lauris (période jours et/ou nuits) ; CH Avignon (période : continuellement, indépendamment de tensions pour manque d'effectifs médicaux)	
Guadeloupe	Le service des urgences du CHUG depuis le 16 juillet	Le service des urgences du CHUG	
Guyane			
La Réunion	SO	SO	SO
Martinique	Seul le CHU est autorisé en activité de soins médecine d'urgence sur le territoire de la Martinique (sites géographique de PZQ, Trinité, MFME pour pédiatrie et gynécologie). En amont du SAU du site de PZQ et de TRINITE, mise en place du dispositif SAS-SAMU / PDSL soit : SAS-SAMU : lundi à vendredi 7h à 19h, samedi 7h-13h	Au niveau du filtre physique positionné devant les urgences de 19h à 7h, un agent identifié du SAU accueille le patient qui se présente spontanément sans régulation préalable. Il le met immédiatement en communication directe avec le C15 pour régulation médicale et orientation.	SO

	PDSL-SAMU : lundi à vendredi 19h-23h, samedi 13h-23h, dimanche 7h-23h Un filtre physique a été mis en place au niveau du SAU de PZQ de 19h à 7h Un lien informatique permet aux SAU de disposer en temps réel du statut du patient qui se présente, au regard de sa régulation préalable et des conclusions de celle-ci. Les SAU sont informés en temps réel des patients régulés et orientés vers les urgences.	Selon la décision du C15, le patient est soit admis au SAU ou orienté vers la MMG ou adressé via le SAS ou la PDSL vers un autre effecteur de soins.	
--	--	---	--

ANNEXE 2 : Enquête ORU

1 Liste des informations demandées

- Eléments demandés par service d'urgence, par jour par période horaire :
 - Nombre de passages
 - Age med [Q1; Q3]
 - Nb âge > 75 ans n (%)
 - Nb âge < 18 ans n (%)
 - CCMU (%) (que les numériques, pas les psy et DCD) dénominateur parmi les connu numériques
 - Délais de passage (entrée-sortie) médiane [Q1; Q3]
 - Hospitalisation n (%)
- Chronologie :
 - Semaine du 29/08 => Données type pour commencer à coder
 - 05-sept : extraction
 - 06-sept : données dispo
 - 09-sept : rendre les résultats
- Période avant/après :
 - jan-aout 2021 vs jan-aout 2022
- Périodes horaires : 00h-08h vs 08h-12h vs 12h-20h vs 20h-00h
- Extraction non agrégée (une ligne par passage)
 - FINESS
 - Nom centre
 - Date entrée
 - Heure entrée
 - Date sortie
 - Heure sortie
 - Age
 - CCMU
 - Hospitalisation
- Exclusion :
- Les centres n'existant plus en 2022

2 Synthèse des informations concernant neuf SAU régulés

NA: situation LOT et GARONNE													
	juin à aout 2021		juin à aout 2022		Evolution								
	CCMU 1 & 2	CCMU 4 & 5	CCMU 1 & 2	CCMU 4 & 5	CCMU 1 & 2	CCMU 4 & 5							
CH AGEN NERAC	8 042	171	7 452	108	-7%	-37%							
CH VILLENEUVE SUR LOT	7 038	82	6 492	87	-8%	6%							
CHIC MARMANDE	4 101	142	3 580	131	-13%	-8%							
ESQUIROL SAINT HILAIRE	2 871	85	1 975	53	-31%	-38%							
TOTAL	22 052	480	19 499	379	-12%	-21%							
	juin à aout 2021				juin à aout 2022				Evolution				
	Nb RPU < 18 ans	% < 18 ans	Nb RPU 75 ans et	% 75 ans et +	Nb RPU < 18 ans	% < 18 ans	Nb RPU 75 ans et	% 75 ans et +	Nb RPU < 18 ans	Nb RPU 75 ans et +			
CH AGEN NERAC	2 445	24,7%	1 415	14,3%	2 155	23,5%	1 533	16,7%	-12%	8%			
CH VILLENEUVE SUR LOT	1 876	20,7%	1 648	18,2%	1 777	21,1%	1 620	19,2%	-5%	-2%			
CHIC MARMANDE	1 052	18,8%	1 175	21,0%	887	16,9%	1 170	22,3%	-16%	0%			
ESQUIROL SAINT HILAIRE	732	11,7%	1 150	18,4%	549	10,8%	980	19,3%	-25%	-15%			
TOTAL	6 105	19,8%	5 388	17,5%	5 368	19,2%	5 303	19,0%	-12%	-2%			
	juin à aout 2021				juin à aout 2022				Evolution				
	Durée moyenne de	Nb passages inf à 2h	% passages inf à 2h	Nb passages sup à 6h	% passages sup à 6h	Durée moyenne de	Nb passages inf à 2h	% passages inf à 2h	Nb passages sup à 6h	% passages sup à 6h	Nb passages inf à 2h	Nb passages sup à 6h	
CH AGEN NERAC	3h36	3 235	35,2%	1 403	15,3%	3h27	3 469	35,1%	1 295	13,1%	7%	-8%	
CH VILLENEUVE SUR LOT	3h39	2 244	26,6%	1 201	14,3%	3h16	2 769	30,5%	877	9,7%	23%	-27%	
CHIC MARMANDE	5h02	1 200	22,9%	1 343	25,6%	4h49	1 376	24,7%	1 213	21,7%	15%	-10%	
CL AGEN ESQUIROL SAINT HILAIRE	5h10	1 015	20,0%	1 416	27,9%	6h03	1 072	17,2%	2 201	35,3%	6%	55%	
	juin à aout 2021				Juin à Aout 2022				Evolution				
	Nb RPU	Nb RPU moy par jr	Nb Hospit	% Hospit	Nb RPU	Nb RPU moy par jr	Nb Hospit	% Hospit	Nb RPU	Nb Hospit			
CH AGEN NERAC	9 809	107,8	2 046	20,9%	9 103	100,0	2 059	22,6%	-7%	1%			
CH VILLENEUVE SUR LOT	8 981	98,7	1 827	20,3%	8 361	91,9	1 932	23,1%	-7%	6%			
CHIC MARMANDE	5 536	60,8	1 355	24,5%	5 185	57,0	1 536	29,6%	-6%	13%			
ESQUIROL SAINT HILAIRE	6 180	67,9	1 182	19,1%	5 042	55,4	1 117	22,2%	-18%	-5%			
TOTAL	30 506	335,2	6 410	21,0%	27 691	304,3	6 644	24,0%	-9%	4%			
situation CH Montauban													
	TRANCHE D'ÂGE	7/8 2021	7/8 2022	Taux Evol		CCMU	7/8 2021	7/8 2022	Taux Evol				
	Inf 18	1474	1050	-29%		1	1107	723	-35%				
	[18-75[a	4599	3434	-25%		2	4015	3114	-22%				
	75a+	1037	1073	+3%		3	1154	1088	-6%				
	Total général	7110	5557	-22%		4	83	74	-11%				
						5	16	17	+6%				
						D	1	1	0%				
						NR	449	256	-43%				
						P	285	284	0%				
						Total général	7110	5557	-22%				
	DEVENIR	7/8 2021	7/8 2022	Taux Evol									
	Hospitalisation	1777	1626	-8%									
	Retour Domicile	5332	3929	-26%									
	Non renseigné	1	2										
	Total général	7110	5557	-22%									

RAPPORT IGAS N°2022-064R

N: Situation CH Cherbourg												
	Nombre de passages			Age < 18 (%)			Age > 75 (%)			Hospitalisation (%)		
Semaine	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation
27	1181	1002	-15%	28%	29%	4%	22%	21%	-5%	21%	21%	0%
28	1156	985	-15%	28%	26%	-7%	21%	22%	2%	19%	21%	11%
29	1131	958	-15%	23%	26%	13%	20%	21%	8%	21%	22%	5%
30	1089	934	-14%	24%	24%	0%	23%	17%	-26%	22%	23%	5%
31	1072	1005	-6%	22%	20%	-9%	21%	19%	-12%	20%	26%	30%
32	1093	1039	-5%	22%	22%	0%	24%	19%	-21%	20%	26%	30%
33	1061	994	-6%	21%	23%	10%	14%	17%	27%	22%	22%	0%
34	1002	937	-6%	22%	20%	-9%	13%	15%	8%	22%	22%	0%
			-10%			0%			-2%			10%
	CCMU 1 (%)			CCMU 2 (%)			CCMU 3 (%)			CCMU 4-5 (%)		
Semaine	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation
27	14%	15%	7%	74%	70%	-5%	10%	13%	30%	1%	1%	0%
28	15%	16%	7%	78%	66%	-15%	6%	14%	133%	1%	3%	200%
29	21%	11%	-48%	70%	68%	-3%	7%	18%	157%	1%	2%	100%
30	17%	20%	18%	75%	63%	-16%	7%	14%	100%	1%	3%	200%
31	15%	11%	-27%	76%	75%	-1%	6%	11%	83%	1%	2%	100%
32	16%	13%	-19%	75%	73%	-3%	7%	11%	57%	1%	2%	100%
33	22%	10%	-55%	68%	75%	10%	8%	11%	38%	1%	3%	200%
34	15%	9%	-40%	76%	73%	-4%	8%	16%	100%	0%	2%	NA
			-20%			-5%					2,25%	
CVL: Situation CHR Orléans La source												
	Nombre de passages			Age < 18 (%)			Age > 75 (%)			Hospitalisation (%)		
Semaine	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation
27	1 240	847	-32%	4,1%	2,6%	-37%	16,9%	16,9%	0%	17,3%	23,7%	37%
28	1 240	814	-34%	3,6%	4,1%	14%	18,6%	19,7%	6%	17,1%	25,7%	50%
29	1 340	851	-36%	3,3%	3,3%	0%	17,4%	19,7%	14%	16,2%	25,7%	59%
30	1 283	765	-40%	4,5%	2,5%	-45%	17,2%	16,9%	-2%	16,7%	27,3%	64%
31	1 135	753	-34%	3,6%	3,7%	3%	18,4%	18,7%	2%	16,6%	22,4%	36%
32	1 251	731	-42%	3,0%	2,5%	-19%	18,2%	21,9%	21%	16,9%	26,5%	57%
33	1 243	717	-42%	3,6%	4,3%	19%	16,7%	14,9%	-10%	18,3%	23,3%	28%
34	1 208	743	-38%	3,2%	4,0%	25%	16,3%	13,5%	-17%	19,4%	21,0%	8%
			-37%			-5%			1%			42%
	CCMU 1 (%)			CCMU 2 (%)			CCMU 3 (%)			CCMU 4-5 (%)		
Semaine	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation
27	15,1%	20,0%	32%	59,7%	43,9%	-26%	23,1%	32,4%	40%	2,0%	3,6%	74%
28	19,6%	15,7%	-20%	57,4%	44,3%	-23%	20,9%	35,7%	71%	2,0%	3,9%	96%
29	14,8%	16,7%	13%	63,5%	44,6%	-30%	19,7%	32,1%	63%	1,9%	5,4%	182%
30	17,9%	15,9%	-11%	64,5%	43,9%	-32%	15,8%	34,6%	119%	1,7%	3,5%	110%
31	15,1%	16,3%	8%	65,0%	45,1%	-31%	16,6%	32,5%	96%	3,3%	4,7%	41%
32	17,1%	14,7%	-14%	63,9%	41,8%	-34%	17,8%	37,9%	113%	1,3%	4,4%	250%
33	18,2%	16,9%	-7%	60,9%	47,5%	-22%	19,4%	30,0%	55%	1,5%	3,9%	153%
34	13,3%	17,9%	34%	61,7%	43,5%	-29%	22,4%	33,4%	49%	2,4%	4,1%	70%
			5%			-28%						122%

RAPPORT IGAS N°2022-064R

GE: situation CHR Metz												
	Nombre de passages			Age < 18 (%)			Age > 75 (%)			Hospitalisation (%)		
Semaine	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation
30	1 357	1 326	-2%	29,0%	30,1%	4%	13,3%	16,2%	22%	21,0%	18,7%	-11%
31	1 336	1 244	-7%	28,7%	24,9%	-13%	14,5%	19,0%	31%	21,9%	21,5%	-2%
32	1 290	1 347	4%	28,0%	26,8%	-4%	15,3%	16,3%	7%	21,6%	18,3%	-15%
33	1 339	1 378	3%	27,0%	29,2%	8%	15,5%	17,0%	10%	21,8%	21,1%	-3%
34	1 340	1 365	2%	26,9%	28,6%	6%	13,8%	14,5%	5%	20,5%	18,8%	-8%
			0%			0%			15%			-8%
	CCMU 1 (%)			CCMU 2 (%)			CCMU 3 (%)			CCMU 4-5 (%)		
Semaine	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation
30	5,2%	7,3%	40%	89,7%	82,4%	-8%	3,5%	9,0%	157%	1,5%	1,2%	-20%
31	3,6%	5,0%	39%	91,9%	85,8%	-7%	4,0%	7,4%	85%	0,5%	1,5%	200%
32	7,0%	11,0%	57%	88,8%	79,9%	-10%	3,2%	8,4%	163%	1,0%	0,7%	-30%
33	9,8%	8,7%	-11%	84,9%	79,9%	-6%	4,1%	9,2%	124%	1,1%	2,1%	91%
34	5,7%	10,4%	82%	90,2%	80,3%	-11%	3,2%	7,8%	144%	0,9%	1,5%	67%
			42%			-8%						62%
NA: Situation CHU Bordeaux-Matignon												
	Nombre de passages			Age < 18 (%)			Age > 75 (%)			Hospitalisation (%)		
Semaine	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation
semaine 27	1122	810	-27,8%	4,5%	4,6%	0,5%	16,1%	16,9%	4,8%	45,9%	51,4%	11,9%
semaine 28	1183	807	-31,8%	3,5%	3,8%	10,8%	13,9%	12,3%	-11,5%	46,5%	49,7%	6,9%
semaine 29	1194	852	-28,6%	3,2%	3,8%	18,0%	13,7%	13,7%	0,0%	46,3%	48,8%	5,4%
semaine 30	1151	817	-29,0%	4,3%	4,5%	4,3%	13,7%	11,5%	-16,2%	45,3%	51,9%	14,7%
semaine 31	1170	840	-28,2%	4,0%	4,0%	0,8%	14,8%	13,2%	-10,6%	44,8%	45,0%	0,5%
semaine 32	1068	822	-23,0%	3,7%	4,3%	16,6%	13,1%	12,3%	-6,3%	54,4%	42,8%	-21,4%
semaine 33	1072	848	-20,9%	3,8%	4,1%	7,9%	13,4%	14,0%	4,5%	47,8%	38,8%	-18,8%
semaine 34	1056	854	-19,1%	5,6%	5,6%	0,6%	15,2%	13,0%	-14,2%	49,0%	44,8%	-8,4%
			-26,1%			7,4%			-6,2%			-1,2%
	CCMU 1 (%)			CCMU 2 (%)			CCMU 3 (%)			CCMU 4-5 (%)		
Semaine	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation
semaine 27	43,1%	32,7%	-24,3%	51,5%	57,0%	10,8%	4,4%	8,9%	102,6%	0,49%	0,92%	88,6%
semaine 28	63,9%	32,6%	-49,0%	33,3%	56,1%	68,2%	1,9%	8,5%	359,2%	0,00%	0,79%	
semaine 29	65,7%	33,2%	-49,5%	29,2%	59,4%	103,6%	4,7%	4,5%	-4,2%	0,00%	0,90%	
semaine 30	58,9%	35,4%	-39,9%	39,1%	56,3%	43,8%	1,9%	5,8%	200,1%	0,00%	0,63%	
semaine 31	57,7%	39,0%	-32,5%	40,0%	50,7%	26,7%	1,7%	8,0%	367,4%	0,00%	0,46%	
semaine 32	52,5%	43,6%	-17,1%	45,8%	48,9%	6,9%	0,8%	5,5%	549,5%	0,00%	0,61%	
semaine 33	68,8%	44,7%	-35,0%	31,2%	46,1%	47,9%	0,0%	7,2%		0,00%	0,60%	
semaine 34	60,7%	35,7%	-41,2%	37,9%	56,0%	47,9%	1,4%	6,0%	319,6%	0,00%	0,88%	
			-36,0%			44,5%						

RAPPORT IGAS N°2022-064R

B: Situation CH Redon												
	Nombre de passages			Age < 18 (%)			Age > 75 (%)			Hospitalisation (%)		
Semaine	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation
semaine 32	401	353	-12%	14%	12%	-2,6%	19%	28%	8,6%	31%	27%	-4,0%
semaine 33	377	343	-9%	17%	8%	-8,5%	20%	27%	6,9%	25%	26%	0,5%
semaine 34	387	324	-16%	20%	11%	-8,5%	17%	23%	6,3%	22%	26%	3,9%
			-12%			-6,5%			7,3%			0,1%
	CCMU 1 (%)			CCMU 2 (%)			CCMU 3 (%)			CCMU 4-5 (%)		
Semaine	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation
semaine 32	10%	19%	8,6%	50%	61%	11,4%	37%	18%	-18,4%	0%	1%	1,4%
semaine 33	0%	14%	14,4%	60%	71%	11,5%	40%	13%	-27,1%	0%	0%	0,3%
semaine 34	0%	9%	8,8%	73%	69%	-4,1%	19%	22%	2,7%	8%	0%	-7,4%
			10,6%			6,3%						-1,9%
ARA: situation CHU Grenoble												
adultes nord	Nombre de passages			Age < 18 (%)			Age > 75 (%)			Hospitalisation (%)		
Semaine	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation
27	1053	987	-6,3	40,0%	20,0%	-50	19,8	19,7	-0,5	25,5	25,8	1,2
28	1110	1035	-6,8	20,0%	30,0%	50	21,1	18,6	-11,8	25,2	25,1	-0,4
29	1133	961	-15,2	10,0%	20,0%	100	18,6	19,7	5,9	24,9	25	0,4
30	1041	959	-7,9	20,0%	40,0%	100	17,6	20,8	18,2	26,2	25,2	-3,8
31	1026	978	-4,7	20,0%	10,0%	-50	19,9	19,5	-2	26,7	25,1	-6
32	1030	1002	-2,7	30,0%	10,0%	-66,7	22,5	20	-11,1	28,3	26,2	-7,4
33	1067	911	-14,6	30,0%	10,0%	-66,7	19,5	21,4	9,7	26	28,4	9,2
34	1032	986	-4,5	20,0%	20,0%	0	19,4	22,7	17	26,3	27,1	3
			-7,8375			2,075			3,175			-0,475
	CCMU 1 (%)			CCMU 2 (%)			CCMU 3 (%)			CCMU 4-5 (%)		
Semaine	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation
27	8,6	14,1	64	28,8	26,6	-7,6	53,7	49,2	-8,4	8,9	10,1	13,5
28	11,6	14,1	21,6	25,3	24,8	-2	54,7	52,5	-4	8,4	8,7	3,6
29	11,5	13,6	18,3	25,2	24,4	-3,2	55,5	52,1	-6,1	7,7	9,9	28,6
30	9,4	11,6	23,4	21,3	24,8	16,4	60,4	53,9	-10,8	8,9	9,8	10,1
31	11,8	12,1	2,5	21,1	29,2	38,4	58,6	50,5	-13,8	8,5	8,2	-3,5
32	8,5	13,4	57,6	24,9	32,3	29,7	56,8	46,7	-17,8	9,8	7,6	-22,4
33	10,6	12,6	18,9	22,9	28,3	23,6	58,9	52	-11,7	7,6	7	-7,9
34	10,4	12,3	18,3	24,5	24,9	1,6	57,8	54,2	-6,2	7,4	8,6	16,2
			28			12						5
PdL: situation CH Le Mans												
	Nombre de passages			Age < 18 (%)			Age > 75 (%)			Hospitalisation (%)		
Semaine	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation
26	1 763	1 955	10,9%	632	652	3,2%	231	263	13,9%	601	624	3,7%
27	1 661	1 764	6,2%	551	531	-3,6%	251	269	7,2%	623	618	-0,8%
28	1 730	1 838	6,2%	590	532	-9,8%	262	310	18,3%	621	619	-0,3%
29	1 829	1 797	-1,7%	605	479	-20,8%	252	323	28,2%	629	640	1,7%
30	1 583	1 709	8,0%	513	471	-8,2%	203	278	36,9%	563	610	7,7%
31	1 472	1 565	6,3%	400	379	-5,3%	238	272	14,3%	573	610	6,1%
32	1 490	1 685	13,1%	401	430	7,2%	264	293	11,0%	568	561	-1,2%
33	1 636	1 621	-0,9%	437	392	-10,3%	265	275	3,8%	611	592	-3,2%
34	1 530	1 665	8,8%	459	447	-2,6%	211	253	19,9%	560	599	6,5%
35	1 630	1 705	4,6%	509	449	-11,8%	260	255	-1,9%	616	649	5,1%
			6,1%			-6,2%			15,1%			2,5%
	CCMU 1 (%)			CCMU 2 (%)			CCMU 3 (%)			CCMU 4-5 (%)		
Semaine	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation	2021	2022	Variation
26	179	368	51,4%	1 161	1 025	-13,3%	300	349	14,0%	20	15	-33,3%
27	169	257	34,2%	1 056	917	-15,2%	311	355	12,4%	14	26	46,2%
28	155	277	44,0%	1 063	925	-14,9%	367	366	-0,3%	16	21	23,8%
29	208	254	18,1%	1 131	921	-22,8%	379	371	-2,2%	11	27	59,3%
30	164	234	29,9%	1 008	892	-13,0%	325	374	13,1%	11	16	31,3%
31	141	210	32,9%	962	799	-20,4%	290	344	15,7%	13	24	45,8%
32	168	307	45,3%	914	778	-17,5%	295	391	24,6%	14	20	30,0%
33	138	232	40,5%	1 023	781	-31,0%	343	408	15,9%	17	16	-6,3%
34	171	227	24,7%	950	861	-10,3%	290	365	20,5%	17	19	10,5%
35	208	360	42,2%	976	883	-10,5%	345	358	3,6%	20	21	4,8%
			36,3%			-16,9%			11,7%			21,2%

FICHE 2 : MUTUALISER LES RESSOURCES HUMAINES DE SERVICES D'URGENCE EN FERMANT PARTIELLEMENT CERTAINS SITES

1 Rappel de la mesure

Intitulé de la mesure : optimiser les ressources humaines d'un territoire en mutualisant les moyens de plusieurs structures d'urgence.

[76] L'objectif de la mesure est d'autoriser la fermeture de certaines structures d'urgence afin de regrouper les ressources humaines au sein de la structure qui assure la permanence des soins dans la perspective de la constitution d'équipes médicales et para médicales de territoire.

[77] Ses modalités d'application sont définies par l'instruction du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

[78] La recommandation 24 de la « boîte à outils d'urgence » pour l'été 2022, propose d'autoriser la suspension d'activité partielle d'un SU dans une logique territoriale sous réserve de pouvoir gérer l'urgence vitale et de maintenir un SMUR si nécessaire. Cette modalité dérogatoire qui s'appuie sur une organisation territoriale coordonnée permet de mutualiser des ressources humaines rares en nuit profonde dans la perspective d'équipe médicale et paramédicale de territoire.

[79] L'arrêté du 11 juillet 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la sortie de la crise sanitaire donne au DG ARS la possibilité, jusqu'au 30/09, d'autoriser par dérogation la fermeture partielle d'un SU dans le cadre d'une organisation territoriale appropriée assurant une réponse à l'urgence vitale.

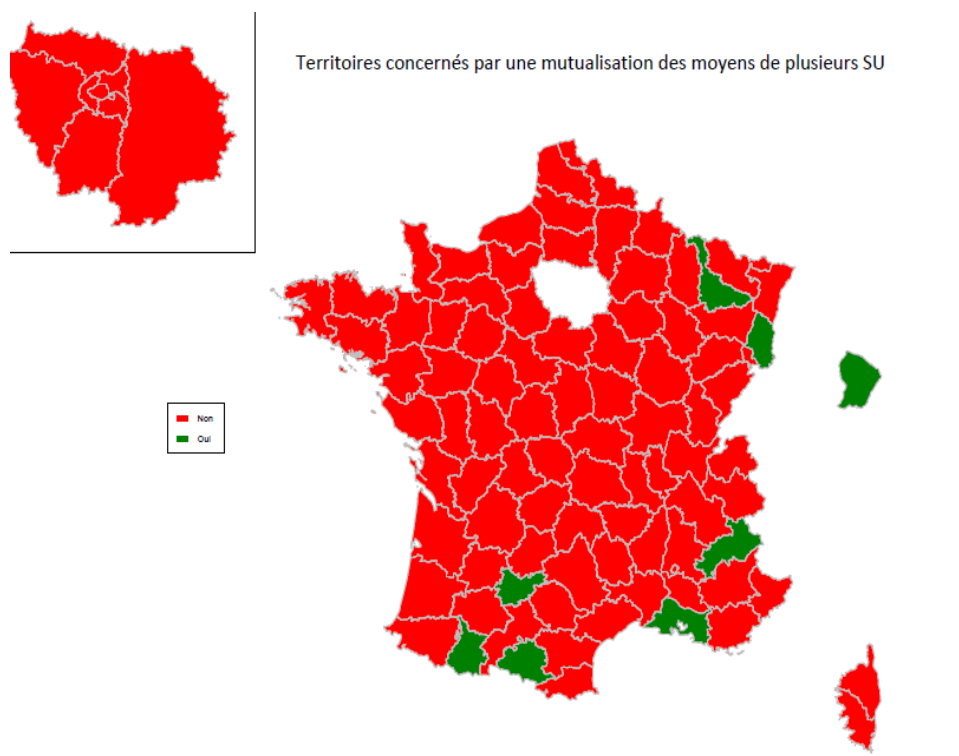
[80] L'instruction de juillet 2022 rappelle que cette mesure s'inscrit dans un objectif de solidarité territoriale. Elle permet d'optimiser la gestion des ressources humaines tout en garantissant la réponse aux besoins urgents par une organisation territoriale adaptée avec constitution d'équipes de territoire. Une valorisation financière est prévue par le biais de la prime de solidarité territoriale pour les médecins et par une majoration en heures supplémentaire pour les personnels paramédicaux et sages-femmes y participant.

[81] La dérogation permettant une fermeture partielle ne concerne que les SU.

2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

[82] Très peu de territoires ont mobilisé cette mesure dans un objectif de mutualisation RH.

Carte 1 : Territoires concernés par une mutualisation des moyens de plusieurs services d'urgence



Source : Questionnaire mission enquête ARS, exploitation mission

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

3.1 Avis des parties prenantes

[83] Toutes les conférences et représentants professionnels hospitaliers rappellent que cette possibilité de fermeture partielle de SU est au cœur du projet de DCE « antennes d'urgence » négocié avec toutes les parties prenantes et toujours en attente de publication. La réforme des autorisations des structures d'urgence est également très attendue et crée de l'incertitude sur les évolutions du secteur.

[84] Selon ce projet de décret, le fonctionnement en antenne d'urgence permet une adaptation de l'offre territoriale d'urgence tenant compte de l'activité réalisée en journée et nuit profonde. Ces services à faible activité maintenus en H24 sont peu attractifs pour des postes permanents. A contrario, selon la conférence des DG CHU, ils sont attractifs pour les intérimaires avec des conséquences financières pour les établissements. Et ils peuvent attirer également des hospitaliers qui quittent le SAU d'un gros CH pour réaliser des gardes sur des sites à faible activité.

[85] L'anticipation de ce mode d'organisation dans une logique territoriale est soutenue par les acteurs, tout en rappelant que l'objectif de mutualisation de moyens est illusoire au vu de la pénurie très fréquente de RH dans des services à faible activité.

[86] Pour la Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers (CNDCH) « *La dimension territoriale des mesures doit rester la pierre angulaire des réformes : modulation de l'activité de certains services d'urgences, organisation des mutualisations* ».

[87] La mutualisation RH dans le cadre d'une FMIH, qui permet une activité multi site et diversifiée entre les missions (régulation, SAU, SMUR) avec des degrés de pénibilité variables, est plébiscitée par les responsables professionnels.

[88] La conférence des Directeurs Généraux de CHU « défend une évolution du régime des autorisations avec le transfert vers les établissements supports de GHT avec un caractère « territorial » de la détention de l'autorisation pour favoriser les mutualisations (équipes territoriales, centralisation des SAMU, etc.) ».

[89] Le rôle pivot de l'établissement support de GHT est relevé par les institutionnels.

[90] Faute d'anticipation, les suspensions d'activité ponctuelles inopinées (qui représentent près de la moitié des cas de fermetures partielles) imposées par un défaut de couverture médicale de garde rendent l'offre illisible pour la population, font réagir les élus et génèrent des oppositions à toute réorganisation de l'activité d'urgence sur un territoire. « Il est regrettable que la suspension de certains services d'urgences ou leur réduction partielle d'activité aient été faites dans une logique territoriale maîtrisée dans seulement 55 % des cas » (CNDCH).

[91] La FHP juge nécessaire de « faciliter le développement des coopérations territoriales en permettant de passer outre certaines contraintes administratives (exemple : ne pas être obligé de créer un GCS pour fonctionner en équipe médicale territoriale entre deux établissements de santé de statuts juridiques différents) ». Elle rappelle que la PST visant à valoriser l'implication des médecins dans une équipe territoriale ne s'applique pas aux établissements privés.

3.2 Avis des ARS

[92] Sept ARS, parmi les 16 qui ont complété le questionnaire adressé par la mission, indiquent avoir engagé des fermetures partielles hors tout cadre réglementaire d'autorisation.

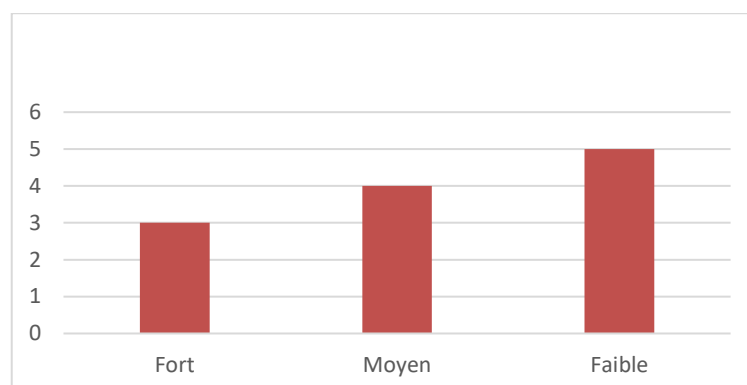
[93] Les fédérations médicales inter hospitalière d'urgence (FMIH) à l'échelle du GHT existent même en dehors de suspension partielle d'activité SU. Ainsi neuf régions signalent l'existence d'équipes médicales de territoire à l'échelle de GHT, d'autres sont en projet mais à date aucune perspective d'équipe territoriale public/privé. Le GHT du Lot et Garonne a structuré la première fédération départementale des urgences hospitalières. Pour la cheffe de ce pôle, cette fédération a permis de maintenir une couverture médicale des 2 sites d'urgence de Montauban et de Moissac Castelsarrasin jusqu' en décembre 2021 (fermeture la nuit des urgences du CHIC à partir de janvier 2022).

[94] Les verbatim des ARS sont concordants :

- « Les fermetures inopinées et non concertées entraînent des risques de perte de chance pour les patients se présentant spontanément » (ARS Occitanie)
- « Importance de la coordination territoriale autour de ces fermetures et de la communication auprès des usagers. /Importance que la réponse à l'urgence vitale soit bien effective (C15 informés et si besoin samu de zone)/Impact très variable en terme de structure fermée : peu ou pas d'impact si faible activité ./Difficulté à redéployer les RH restantes sur un autre ETS »(ARS ARA)
- « La suspension partielle d'activité implique une bonne coordination avec la ville pour trouver des solutions pour les soins non programmés ne pouvant pas attendre le lendemain. Elle suppose également que la prise en charge des urgences graves et vitales soit parfaitement cadrée. » (ARS Pays de la Loire)

[95] Pour les 12 ARS ayant répondu, cette mesure ne répond que très partiellement à un objectif de mutualisation RH des services d'urgence.

Graphique 3 : Impact de la mesure selon les ARS



Source : Questionnaire mission enquête ARS, exploitation mission

4 Organisation innovante

[96] En Ile de France, une doctrine régionale de délestage d'un SAU a été validée à partir d'un *scoring* de tension aux urgences qui permet, pour un établissement en tension au sein de son SAU, de ne plus recevoir l'activité régulée par le CRR15, de l'adresser ponctuellement vers d'autres SAU du territoire ou de renforcer l'équipe en tension.

5 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[97] La mutualisation de ressources médicales et soignantes par la fermeture partielle de services d'urgences doit s'organiser au niveau territorial.

[98] La mutualisation des équipes médicales et paramédicales d'urgence avec création de fédérations médicales inter hospitalière (ou autre forme de mutualisation) facilite la réponse aux variations d'activité, valorise la solidarité territoriale, permet une activité multi sites avec des niveaux de pénibilité différents, facilite le partage des connaissances et le maintien des compétences. Cette mutualisation avec anticipation des périodes de tension peut permettre de limiter les fermetures partielles d'activité en situation de crise ou au moins de les anticiper.

[99] Les fermetures partielles d'activité répondent aussi à une adaptation de l'offre en réponse aux besoins. Il s'agit de transformer en « antenne d'urgence » les services d'urgence à faible activité (en nuit profonde). Le projet de décret « antenne d'urgence », négocié avec les parties prenantes, intègre dans le droit commun les conditions de fermeture partielle de SAU avec faible activité, conditionne cette évolution au maintien d'un SMUR (sauf dérogation DG ARS) et à la constitution d'équipe de territoire. Le suivi de l'impact de ces fermetures partielles est à organiser, pour évaluer les effets report sur les autres sites du territoire et la survenue d'EIGS ou de retard aux soins.

[100] La participation des soignants à une équipe territoriale devrait être valorisée (prime d'exercice territorial) comme elle l'est pour les médecins. Le projet de décret « antennes d'urgence » pourra évoluer pour intégrer les mesures de la mission flash qui seront pérennisées (EPMU par ex).

[101] Les fermetures partielles génèrent de l'inquiétude chez les usagers et rendent l'organisation difficilement lisible. La communication sur l'organisation territoriale des services d'urgences en cas de fermeture partielle est nécessaire.

FICHE 3 : INFORMER LA POPULATION SUR LE BON USAGE DES SERVICES D'URGENCES

1 Rappel de la mesure

Intitulé de la mesure : Informer la population avec une campagne nationale sur le bon usage des services d'urgences.

[102] L'objectif de cette mesure est de créer un réflexe chez les Français « Avant d'aller aux urgences, appelez le 15 ! »

[103] Ses modalités d'application sont définies par l'instruction du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

[104] La campagne nationale de communication grand public a été lancée le 16 juillet.

[105] Cette communication nationale est un premier niveau de régulation des passages aux urgences.

2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

[106] La campagne nationale, d'un coût de 900 K€ s'est déployée du 16 juillet au 3 août sur plusieurs médias:

- en radio : un démarrage progressif du 16/08 au 03/08 en métropole et dans les outre-mer
- en presse : 4 parutions dans Le Parisien et la PQR réparties sur 2 semaines, du 25/07 au 03/08
- en affichage digital concentré sur les réseaux de proximité, du 27/07 au 13/08
- en digital avec une communication centrée sur les réseaux sociaux Facebook et Instagram pour toucher un public large et permettre un rayonnement en relai de ce message qui s'adresse à tous, du 25/07 au 14/08

[107] Pour l'évaluation de cette campagne, la DICOM a prévu un post-test, qui permet avec des questions standardisées de mesurer sa mémorisation, son agrément et son efficacité. Le bilan, prévu pour mi-septembre, n'a pas pu être communiqué à la mission.

[108] La plupart des ARS ont mené une campagne de communication régionale co construite avec les élus locaux.

Avec un financement sur le FIR, ces campagnes visent à expliquer la gradation territoriale de la réponse aux besoins de soins urgents. Certaines ARS avaient lancé des campagnes antérieures sur ce thème, notamment pendant la période de crise sanitaire (PACA).

[109] La communication régionale est adaptée à l'organisation mise en place et :

- maintient la distinction des numéros de téléphone quand elle existait préalablement (116/117 ou numéro de PDSA s'il a été élargi aux appels en journée pendant la crise sanitaire)
- tient compte, le cas échéant, de la mise en place d'une régulation en amont de certains SAU
- rappelle le rôle du médecin traitant qui répond aux demandes de soins non programmés pour sa patientèle,
- se décline avec des médias régionaux, et est relayée par les cabinets médicaux et les autres offreurs (pharmacie) ;
- fait souvent l'objet d'une articulation avec les collectivités territoriales et les élus locaux.

[110] Certaines ARS ont largement utilisé les réseaux sociaux.

[111] Dans les régions connaissant un fort afflux touristique saisonnier, une communication particulière a été mise en place, tournée vers les lieux de fréquentation.

[112] Plusieurs ARS (dont PACA, NA, Occitanie) établissent un lien entre la campagne de communication, déclinée régionalement et la baisse des passages aux urgences.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

[113] Il apparaît nécessaire à tous les interlocuteurs de faire de la pédagogie pour changer les comportements d'usage des services d'urgence.

[114] Pour contourner certains risques identifiés, il convient en particulier de :

- sortir du contexte de la crise des urgences pour justifier ces messages, afin d'éviter de culpabiliser la population (fermeture d'un service d'urgence faute de réponse à l'injonction d'appel au 15) ;
- détailler la différenciation des réponses selon la nature de l'urgence, afin d'expliquer le changement des messages sur l'appel du 15 (les précédentes campagnes de communication sur l'appel du 15 concernaient les urgences absolues (AVC/IDM) (point de vigilance signalé par la conférence des Directeurs Généraux de CHU) ;
- éviter la confusion avec les messages qui informent de la fermeture de services d'urgences.

[115] A la demande de la mission, les ARS ont réuni les CSDU de leur région pour une évaluation des mesures mises en place cet été :

- la majorité des commissions s'accordent sur la bonne compréhension du message, mais considèrent qu'il ne faut pas culpabiliser l'utilisateur (emploi du terme « bobologie »).
- si l'objectif est d'éduquer l'utilisateur pour son parcours de soins urgents (littératie en santé) le message doit être complété rappelant le recours au médecin traitant avant d'appeler le 15 et répété.
- les représentants des usagers souhaitent participer, en lien avec les ARS, à la déclinaison territoriale de ces messages.

- les représentants des usagers considèrent que « *Les hôpitaux ont globalement bien communiqué via les réseaux sociaux* ». Pour eux, la multiplicité des numéros d'appels peut être un frein à la bonne compréhension du message.
- ils insistent sur la nécessité d'adapter le message pour les publics fragiles parce qu'âgés, avec des troubles cognitifs ou en précarité sociale.

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[116] L'information de la population reste à consolider et à pérenniser car les changements culturels sont longs : « *l'enjeu est celui de la communication sur la durée pour inciter la population à revoir ses habitudes* ».

[117] Elle devrait reposer sur les principes suivants :

- expliciter de manière pédagogique l'objectif d'une meilleure orientation des patients en réponse à leur besoin évalué par un médecin au téléphone,
- justifier ainsi le message d'un meilleur recours aux services d'urgence par la qualité de la réponse au besoin,
- différencier clairement les messages de ceux liés à une communication de crise (réponse à un déficit d'urgentistes),
- éviter de multiplier des messages différents concernant les urgences : fermeture de sites et pédagogie sur appel au 15,
- accompagner une modification de comportement des usagers du système de santé par :
 - une communication nationale avec des messages réguliers et variés dans une démarche d'éducation à la santé
 - une communication régionale, en liens avec les élus locaux et les représentants d'usagers,
 - l'utilisation
 - d'émetteurs adaptés aux différentes cibles (centres communaux d'action sociale pour les publics précaires), rappelant le rôle du médecin traitant et expliquant les réponses apportées lors des appels au 15 (ou autre numéro pour les soins de ville)
 - et de médias variés susceptibles de toucher tous les publics, y compris les plus jeunes (réseaux sociaux..)

FICHE 4 : FACILITER LE RECRUTEMENT ET FINANCER LA MISE À NIVEAU DES ASSISTANTS DE RÉGULATION MÉDICALE

1 Rappel de la mesure

Intitulé de la mesure : faciliter le recrutement d'assistants de régulation médicale (ARM) pendant l'été.

[118] L'objectif de cette mesure est de permettre aux établissements de recruter, jusqu'au 30 septembre, des personnels de régulation qui, tout en ayant le profil requis ne possèdent pas le diplôme.

[119] Ses modalités d'application sont définies par l'instruction du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

[120] Deux arrêtés rendent possibles jusqu'au 30 septembre 2022 les mesures prévues par l'instruction :

- la possibilité de recruter des ARM non diplômés relève de l'arrêté du 11 juillet 2022 sur les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire. Il prévoit que le recrutement d'ARM est ouvert aux candidats à l'obtention du diplôme d'assistant de régulation médicale et non aux seuls détenteurs de ce diplôme ;
- la possibilité de recruter des étudiants en médecine de 3^{ème} année relève de l'arrêté du 27 juillet 2022 qui précise également les modalités de financement par vacation.

1.1 Une certification récente du métier d'ARM

[121] Le diplôme d'ARM a été créé par le décret du 19 juillet 2019. Les Centres de Formation des Assistants de Régulation Médicale (CFARM) sont agréés par le ministère de la santé pour une durée de 5 ans. Onze premières écoles ont été agréées en 2019. Le nombre de places est limité par rapport aux besoins (460 élèves /an) mais supérieur à la demande (taux de remplissage à 73 %). Le maillage territorial est insuffisant, mettant les écoles à trop de distance des personnes à former.

[122] Selon ce décret l'échéance pour la certification des ARM en poste est fixée au 31 décembre 2023.

[123] La DGOS envisage d'agréer 9 nouvelles écoles dont 2 possibles pour la rentrée 2022 (Bordeaux et Lyon) et les autres pour la rentrée 2023. Ces nouveaux centres ouvriront ainsi 71 places supplémentaires en 2022 et 237 places supplémentaires pour la rentrée 2023.

[124] Cette formation est financée par ONDAM ES avec une enveloppe de 5,8 M€. Le coût annuel des CFARM est aujourd'hui de 3,8 M€. Le coût de la formation par élève est de 8 000 €, financé pour les formations initiales.

1.2 Les différents parcours de formation

[125] Plusieurs parcours de formation sont possibles :

- formation initiale : 1470 heures réparties sur 5 mois de formation théorique et autant de stages pratiques ;
- formation continue : parcours de formation défini par le CFARM et adapté selon les blocs de compétence à compléter. Financement possible par la promotion professionnelle, ou une allocation pour les demandeurs d'emploi ;
- validation des acquis par l'expérience (VAE), très peu mobilisée : entre 2019 et 2021, 28 dossiers ont été reçus et seulement 2 diplômés (source DGOS) ;
- formation en alternance et la formation en apprentissage sont théoriquement possibles mais anecdotiques (aucune donnée disponible à la DGOS) selon les retours de terrain. Cette modalité est plébiscitée par les SAMU rencontrés par la mission.

1.3 Les besoins en effectifs d'ARM

[126] Selon la SAE 2021 : 2 427 ETP ARM exercent au sein des SAMU.

[127] La DGOS a évalué un besoin supplémentaire de 350 ARM pour répondre à l'augmentation des appels AMU, conséquence des régulations C15 mises en places. La DGOS a évalué un besoin supplémentaire de 50 ARM pour couvrir la généralisation des SAS avec une réponse en front office niveau 1 (les autres besoins en personnels pour la généralisation des SAS étant financé à ce stade par le FIR).

[128] L'effectif cible est de 3 000 ARM.

[129] Le financement des ARM de front office qui assurent le décroché relève de la MIG SAMU qui a été revalorisée en décembre 2020. Une nouvelle revalorisation de la MIG (+ 15 %) est prévue fin 2022 pour permettre le recrutement de nouveaux ARM. Les SAMU avec SAS ont obtenu des financements ARS complémentaires pour l'embauche de nouveaux ARM.

2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

[130] Le suivi de recrutement des ARM est national avec des remontées bi hebdomadaires. 229 nouveaux ARM ont été recrutés en juillet et août. Début août, 2277 ARM étaient recensés sur l'ensemble des départements.

[131] Le guide méthodologique « SAMU : améliorer la qualité et la sécurité des soins » publié par la HAS en octobre 2022 permet d'étayer les besoins en ARM et évaluer les conditions d'une réponse de qualité en régulation. Les indicateurs de suivi de chacune des étapes sont définis. La mission n'a pu obtenir que les indicateurs de suivi des SAMU qu'elle a rencontrés lors de ses déplacements et qui

montrent tous une dégradation des résultats : un taux de charge³⁰ des ARM avoisinant les 100 % (témoignant d'un positionnement exclusif des ARM en front office), très supérieur au seuil de 40 % préconisé par la HAS et une dégradation d'environ 10 points du taux de décrochés à 60s (cible HAS à 99 %).

[132] L'évaluation des mesures de la mission flash réalisée à fin aout par SAMU UdF indique pour les 73 SAMU (sur les 102 du territoire national) ayant répondu que l'activité cet été est restée stable pour 3 SAMU mais qu'elle a, pour les autres, augmentée en moyenne de 20 %.

[133] Pour les 36 % des SAMU ayant bénéficié de renforts RH cet été il s'agit :

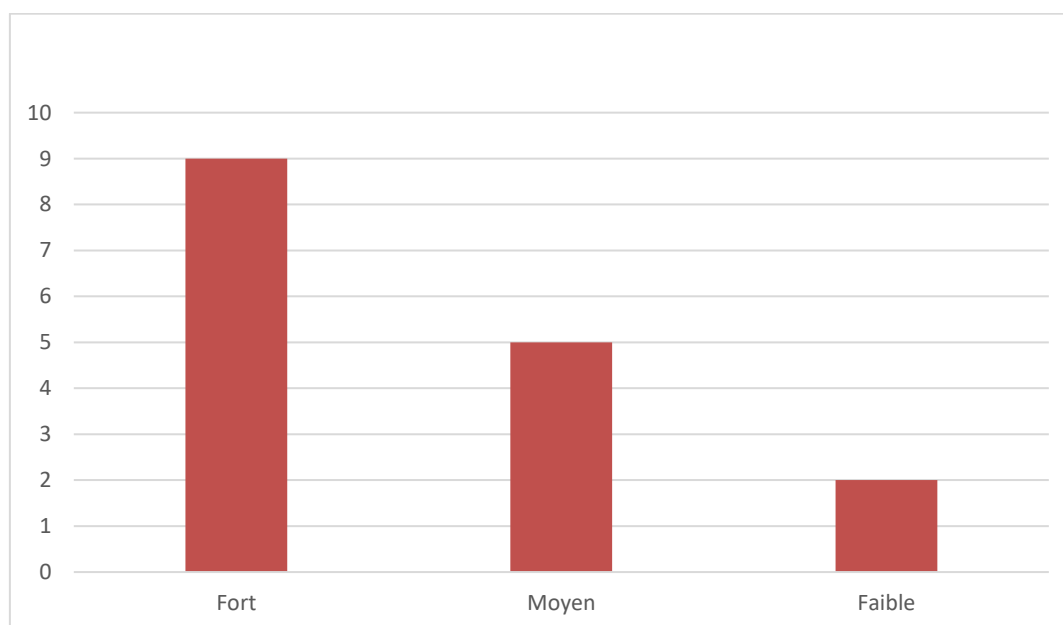
- 64 % des ARM (assistant régulation médicale) ;
- 24 % des AMA (assistant médico-administratif) ;
- 8 % des élèves IDE (infirmier diplômé d'état) ;
- 4 % des étudiants en médecine.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

3.1 Eléments d'appréciation qualitative recueillis auprès des ARS

[134] Une majorité d'ARS considère que cette mesure a un impact fort sur la prise en charge des soins urgents.

Graphique 1 : Impact des mesures de facilitation pour le recrutement des ARM



Source : Enquête conduite par la mission auprès des ARS – 16 répondants, septembre 2022

³⁰ Proportion du temps de travail passé en communication.

[135] Pour de nombreuses ARS, l'été n'a pas été propice aux recrutements. Le recours aux vacances d'étudiants en médecine de 3^{ième} année a été très utile, surtout dans les villes sièges de CHU. Plusieurs établissements sont allés au-delà (3^{ième} échelon) de la rémunération fixée (1^{er} échelon) par l'arrêté du 27 Juillet 2022.

[136] Pour les ARS outre-mer, les ARM doivent être recrutés localement afin de répondre aux diversités de langage de communication.

[137] Deux préconisations apparaissent de manière récurrente :

- Engager une réflexion sur l'attractivité du métier, et sa connaissance, y compris auprès de professionnels de santé souhaitant une reconversion ;
- Augmenter l'offre de formation en région, y compris dans les DOM.

3.2 Eléments d'appréciation qualitative recueillis auprès des parties prenantes

[138] Pour certains responsables de SAMU, le recrutement sans diplôme (candidat à l'obtention du diplôme) impacte les établissements qui doivent organiser la sélection au recrutement, la formation à l'emploi d'une durée variable (selon les SAMU) qui mobilise les professionnels en poste. Ils ont signalé à la mission le risque de mise en cause en cas d'EIGS : « cette mesure consiste à revenir aux conditions d'avant 2019 ».

[139] Dans plusieurs régions, la commission des usagers alerte sur le risque de cette mesure qui pourrait dégrader la qualité de la réponse en régulation.

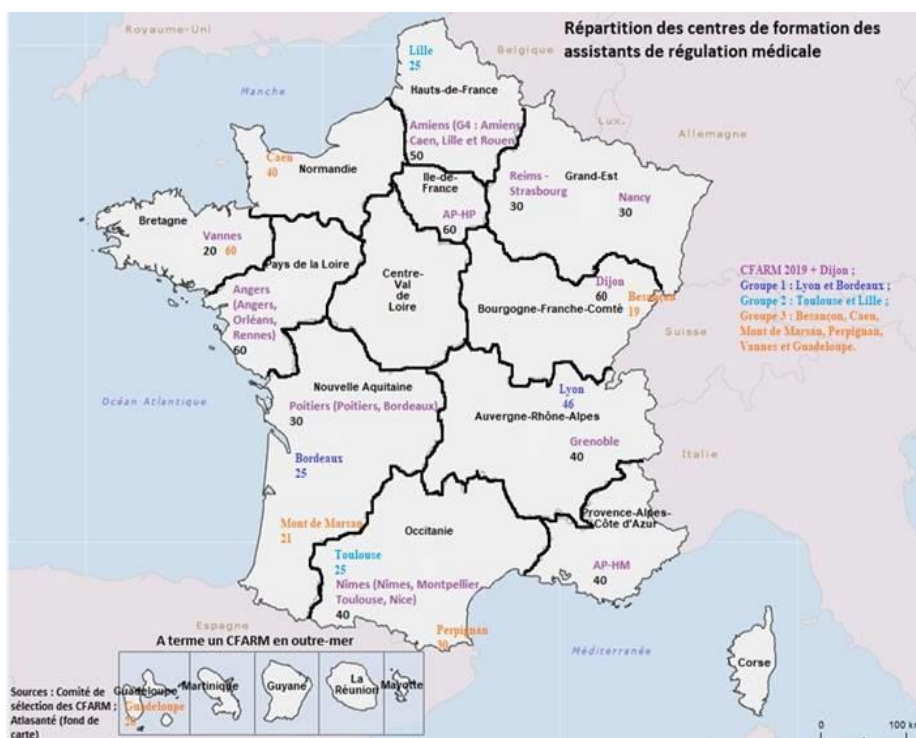
[140] La conférence des DG de CHU, et les organisations professionnelles d'urgences considèrent que la reconnaissance du métier comme profession de santé serait un facteur d'attractivité.

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

4.1 Plusieurs mesures sont d'ores et déjà envisagées

[141] Agrément de 9 nouvelles écoles (1 à 2 pour la rentrée 2022, les autres pour la rentrée 2023 sous réserve de compléments aux dossiers d'autorisation). Ces nouveaux agréments permettront un meilleur maillage territorial, avec présence d'au moins 1 CFARM par région (sauf en Centre val de Loire) et 1 en Guadeloupe.

Carte 1 : Répartition des CFARM



Source : DGOS répartition territoriale des 20 CFARM

[142] Donner la possibilité de 2 rentrées par an (janvier et septembre) ce qui nécessitera une modification du décret du 19 juillet 2019.

4.2 Préconisations de la mission

[143] Les mesures de l'été 2022 doivent être relayées par un plan d'action structurel visant à faire connaître le métier, le rendre plus attractif, augmenter les capacités de formation.

[144] Afin de sécuriser la régulation médicale qui a prévalu à la création du diplôme, la mission préconise de revenir à une situation de droit commun concernant le recrutement des candidats :

- les nouveaux recrutés sans diplôme ni expérience professionnelle soignante doivent être certifiés ;
- favoriser les formations en alternance et les contrats d'apprentissage ;
- adapter le parcours de formation tenant compte des compétences acquises pour des ARM recrutés dans le cadre d'un parcours professionnel de soignant.

[145] Afin de respecter l'échéance du 31 décembre 2023 pour la certification des ARM déjà en poste, la mission recommande de diversifier les modalités de formation continue :

- validation des acquis de l'expérience ;
- promotion professionnelle ;
- formation à distance (*e-learning*).

[146] Afin de limiter les contraintes liées aux conditions de la formation, il convient, pour la mission, d'octroyer aux élèves en formation les mesures d'accompagnement de formation des étudiants en santé : rémunération des stages, participation aux frais de déplacement, contrat d'allocation d'étude avec engagement à servir.

[147] Afin de faciliter le remplacement des ARM en formation, il faut maintenir la possibilité de vacation par des étudiants en médecine, et les étudiants infirmiers.

[148] Afin d'adapter la communication visant à augmenter le nombre d'élèves dans les centres de formations, il est indispensable d'engager une réflexion sur l'attractivité du métier. L'intégration, par mesure législative, du métier en tant que profession de santé est soutenue par les représentants professionnels et institutionnels.

FICHE 5 : FAVORISER LA MOBILISATION DE MÉDECINS RÉGULATEURS POUR LE SAS

1 Rappel de la mesure

Intitulé des mesures :

- Permettre aux médecins régulateurs libéraux en journée de bénéficier de la couverture assurantielle de l'établissement de santé pour réaliser une activité de régulation.
- Rémunérer les médecins régulateurs aux taux horaire de 100 € avec prise en charge des cotisations sociales
- Prolonger et faciliter, en lien avec les ordres professionnels, l'autorisation de cumul d'activité titulaire/remplaçant au-delà du 1^{er} juillet 2022
- Encourager l'activité des professionnels de santé retraités.

[149] L'objectif de ces mesures est de favoriser la mobilisation de médecins généralistes pour une régulation diurne en sus de la régulation en PDSA. La gradation des soins urgents, la généralisation des SAS, la prise en charge régulée des soins non programmés en ville nécessitent de mobiliser des médecins généralistes pour une régulation H24. Cette régulation MG relève de 2 dispositifs complémentaires qui doivent s'articuler : le SAS (en journée) et la PDSA.

[150] Les modalités d'application de ces mesures sont définies par l'instruction du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

[151] Pour une régulation des soins urgents et une réponse aux besoins de soins non programmés, la coordination entre médecin régulateur urgentiste (MRU) et généraliste (MRG) est essentielle, un défaut de régulation MG impacte l'activité de régulation de l'AMU.

[152] Le MRG qui traite les appels orientés par l'ARM décide des suites à donner : conseil, consultation médicale ou paramédicale non programmée ou passage aux urgences. Le rendez-vous pour une consultation non programmée est pris par l'opérateur de soins non programmés présent sur la plateforme, qui doit avoir connaissance des organisations territoriales (CSNP, CPTS, MSP, centre de santé, SOS médecins ...) et des effecteurs disponibles.

[153] La mission flash a identifié les freins à la mobilisation des MG pour assurer des permanences de régulateurs en journée. Plusieurs mesures pour favoriser la mobilisation des MRG visent à lever les verrous identifiés :

- couverture assurantielle de la régulation MG au SAS via l'établissement par une lettre de couverture Ministre aux établissements de santé sièges de SAMU et SAS ;
- rémunération de la régulation MG au SAS au taux horaire de 100 € avec défiscalisation et prise en charge partielle des cotisations sociales ;

- maintien des mesures d'assouplissement de cumul emploi retraite prises pendant la crise sanitaire permettant le cumul entre le revenu de l'activité de régulation et la pension de retraite³¹ ;
- maintien possible de l'activité en cabinet pendant la régulation du MG avec possibilité de cumul d'activité entre le titulaire et son remplaçant (adjuvat).

2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

[154] Les données CNAM de suivi de la montée en charge du forfait régulateurs SAS pour juillet sont les suivantes :

- 659 MG ont réalisé au moins 1 h de régulation ;
- pour un coût total de 1 194 861 € ;
- les MRG ont réalisé en moyenne 18h de régulation sur le mois ;
- le paiement du forfait régulation MG concerne 36 départements dont 29 avec un SAS pilote ou en projet.

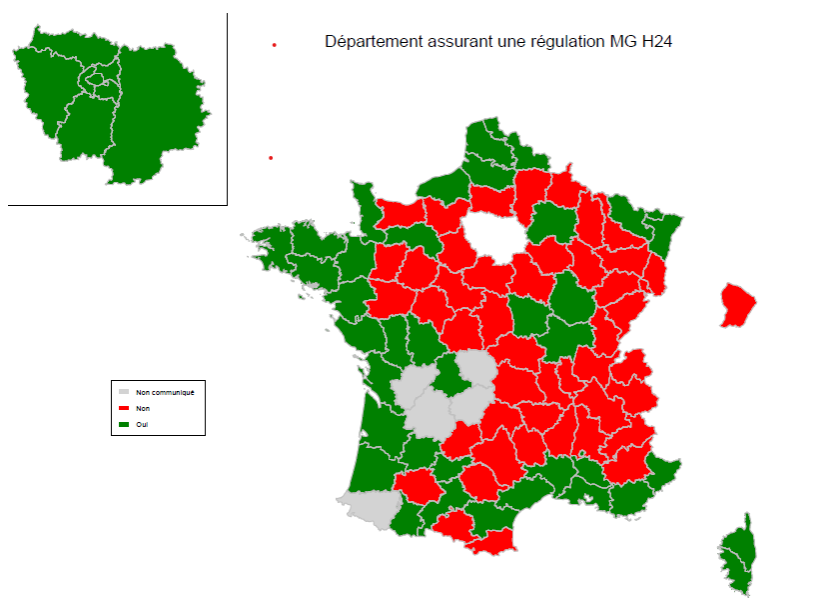
[155] S'agissant de l'assouplissement des règles de cumul emploi-retraite, la mission n'a pas eu connaissance de données relatives à l'emploi de retraités en tant que régulateurs. Des informations de la CARMF relatives à la dispense d'affiliation au régime complémentaire de retraite pour les médecins exerçant en CER montrent que leur nombre reste très limité, ou que les informations relatives aux avantages dont ils peuvent bénéficier restent peu connues.

[156] En août 2022, 52 département assurent une régulation MG H 24, c'est 8 de plus qu'en janvier (+2 en NA ; +4 en Occitanie ; et les 2 départements de Corse).

³¹ Ces mesures consistent en

- Un dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales aux médecins qui exercent une activité de régulation,
- Un assouplissement du cumul emploi-retraite plafonné,
- Une simplification des démarches d'affiliation.

Carte 1 : Départements assurant une régulation MG H24



Source : Questionnaire mission enquête ARS, exploitation mission

[157] Selon l'enquête SUDF, 52 % des SAMU ont pu bénéficier de renforts de MRG, renforts jugés toutefois encore insuffisants pour 40 % d'entre eux.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

[158] Plusieurs ARS ont continué de soutenir une régulation libérale associée au C15 (en dehors du SAS) initiée dans le cadre de la crise COVID, afin de décharger les régulations hospitalières.

[159] Dans certaines régions, la différence de tarif entre le forfait national régulation SAS et le forfait régional PDSA a été à l'origine de revendications des associations départementales de permanence des soins pour obtenir un alignement des tarifs. Certaines ARS ont dû compléter avec le FIR le financement assurance maladie pour aligner la rémunération MRG sur le forfait régulation PDSA.

[160] Plusieurs ARS confirment l'efficacité des mesures sur le recrutement de nouveaux MRG. Les avis sont cependant différents en fonction de mesures :

- cumul emploi retraite : l'exigence de compétences pour la régulation limite ou retarde le recrutement de retraités. L'ARS Bretagne note que « ceux qui auraient été concernés par la mesure sont trop loin d'une activité de régulation » « les retraités se positionnent plutôt sur des missions vaccination (Monkeypox), rédaction certificats de décès » ;
- activité conjointe remplacé / remplaçant : cette mesure est « sortie trop tardivement » « mesure qui peut être intéressante mais qui n'a pas pu prendre toute sa mesure pendant l'été ».

[161] Plusieurs représentants des associations départementales de médecins rencontrés par la mission souhaitent le développement d'une régulation médicales SAS à distance (comme c'est le cas pour la PDSA). La HAS a formulé en 2011 des recommandations pour le fonctionnement des antennes de régulation : formation des MRG, suivi des recommandations de bonnes pratiques, interconnexion des SI, enregistrement des communications. Pour la mission, la phase de mise en place des SAS avec un partenariat renforcé ville-hôpital pour la gradation des soins urgents justifient à ce stade une

proximité géographique. Une évolution vers des antennes de régulation à distance pourra se justifier après cette phase d'appropriation de nouvelles modalités de travail en partenariat, notamment en cas de contraintes géographiques (distance à la plateforme)³².

[162] Pour les professionnels, les modalités de facturation par bordereau complétés par les SAMU sont jugées trop lourdes, retardent les paiements et le suivi de l'évolution du nombre de médecins régulateurs (retour des bordereaux à m+1).

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[163] Les mesures flash de cet été ont levé les freins identifiés à une mobilisation des MRG pour une régulation en journée dans l'objectif d'une généralisation des SAS et d'une régulation H24.

[164] Ces mesures dérogatoires sont reconnues comme globalement efficaces par les ARS et par les associations départementales de MG rencontrées par la mission, même si les résultats sont variables selon les mesures.

[165] La mission considère que la stabilisation des organisations SAS nécessite une régulation qui fonctionne, des effecteurs disponibles et une organisation territoriale de proximité qui permet une réponse aux soins non programmés.

[166] La pérennisation de ces mesures juridique, financière et déontologique se justifie en attendant d'être intégrée dans le droit commun qu'il soit législatif (couverture assurantielle), conventionnel (rémunération horaire de la régulation), ou ordinal (règles de l'adjuvat des médecins et des infirmiers).

[167] S'agissant du cumul emploi retraite, il a été d'ores et déjà décidé de pérenniser par une disposition législative (PLFSS) le dispositif de cotisation simplifiée qui leur a été ouvert. Quant à la simplification des démarches d'affiliation, la dérogation ne vaut que jusqu'au 30 septembre. Elle pourrait être pérennisée, car les démarches administratives sont dissuasives à une reprise d'activité. Par contre, il pourrait être mis fin à l'assouplissement au plafonnement du CER. Celle-ci, peut en effet conduire à des effets d'aubaine pour l'activité de régulation exercée par des médecins qui n'ont plus de charges de cabinet, sans que ses effets soient avérés sur le nombre de régulateurs.

[168] L'alignement des conditions juridique et financière entre la régulation diurne et en horaire de PDSA, ne permet pas de reconnaître la sujétion de travail de nuit et de week-end et pourrait inciter certains médecins régulateurs à privilégier la régulation diurne. Cet effet induit est à suivre. La mission préconise que les négociations tarifaires de la régulation diurne et de la PDSA soient nationales.

³² Le rapport IGAS de 2019 « pour un pacte de refondation des urgences » de Thomas Mesnier et du Pr Carli a préconisé de favoriser le développement de la régulation « déportée » assortie d'une démarche qualité et d'une charte d'utilisation et de bon usage validées et certifiées.

FICHE 6 : ACCOMPAGNER LE DEVELOPPEMENT DE LA PLATEFORME NUMERIQUE DU SAS

1 Rappel de la mesure

Intitulé de la mesure : accompagner le déploiement d'ici l'automne 2022 de l'utilisation de la plateforme numérique SAS sur tout le territoire national.

[169] L'objectif de la mesure est d'accompagner un déploiement en 2 temps de la plateforme afin de ne pas perturber les organisations déjà en place. Accompagner pendant l'été les SAS volontaires pour opérer leur transition vers l'usage de la plateforme numérique. A partir d'octobre 2022 l'utilisation de la plateforme numérique sera rendue obligatoire pour tous les territoires.

[170] Ses modalités d'application sont définies par l'instruction du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

[171] La plateforme numérique nationale du SAS intègre trois volets :

- organisationnel, en permettant au MRG et à l'ONSP d'avoir une vue exhaustive et fluide des plages disponibles de SNP chez les différents offreurs de soins non programmés du territoire (à partir des bases de données nationales RPPS, FINESS, ROR) : généralistes, centres de soins non programmés, SOS médecins, centres de santé ou à partir des organisations territoriales d'exercice coordonné (CPTS, MSP). La plateforme permet également la prise de RDV en lien avec sept éditeurs validés à ce jour ;
- conventionnel, pour l'application de l'avenant 9 (du 30 juillet 2021) à la convention médicale signée en Aout 2016. Les médecins perçoivent une rémunération forfaitaire annuelle pour leur participation au SAS via la plateforme numérique (indicateur 8) et un financement pour des SNP régulés et réalisés en sus de plages disponibles signalées (indicateur 9 qui précise les montants trimestriels payés en fonction du nombre d'actes réalisés) ;
- pilotage, en permettant un suivi d'indicateurs SAS, de connexions, d'orientations et d'effections.

[172] Le décalage de mise à disposition de cette plateforme nationale (prise de RDV disponible depuis le 6 juillet) a conduit certains SAS pilotes à utiliser des plateformes « artisanales » de terrain développées en lien avec le SAMU.

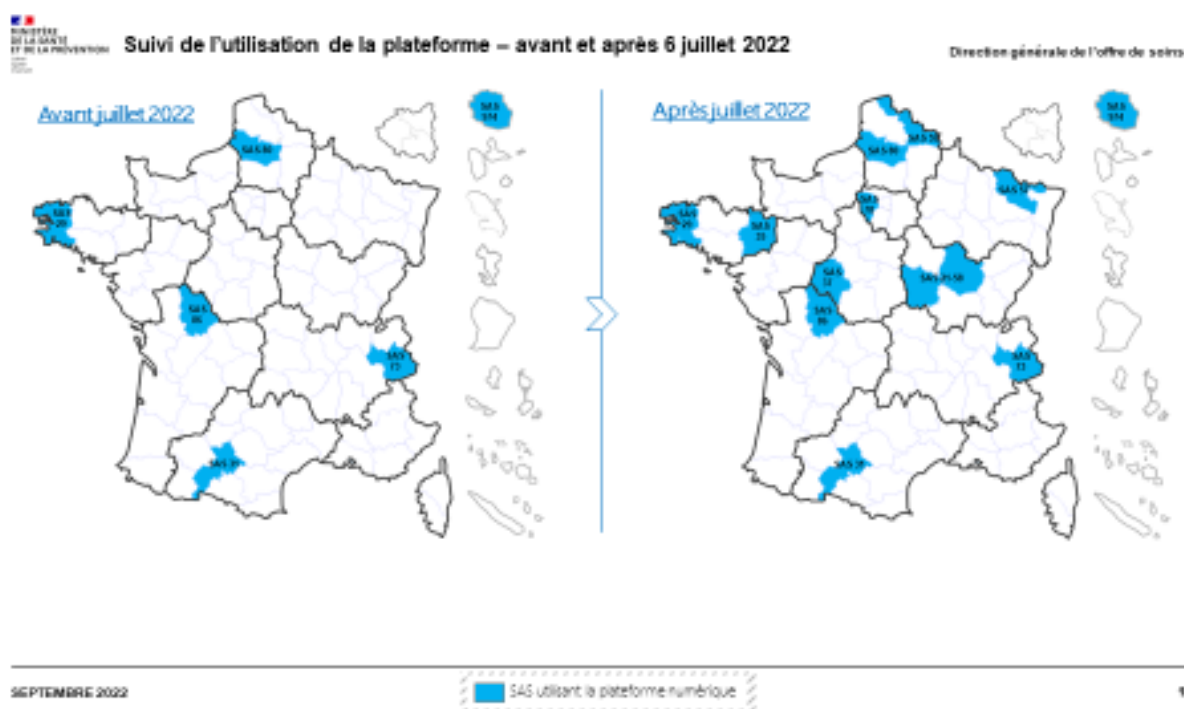
[173] La mesure de la mission flash décale la date de généralisation du déploiement de cette plateforme et propose un accompagnement à la transition pour les SAS équipés d'un module différent. A compter d'octobre 2022, selon l'instruction DGOS de juillet, « l'utilisation de la plateforme sera rendue obligatoire pour tous les territoires »

2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

[174] De mars 2021 à juillet 2022, 6 SAS utilisaient la plateforme numérique avec les fonctionnalités qui étaient proposées : uniquement la possibilité de rentrer des créneaux manuellement. 600 recherches de créneaux pour des SNP étaient réalisées en moyenne par semaine.

[175] A partir du 6 juillet, date d'ouverture de la plateforme avec de nouvelles fonctionnalités, 6 SAS supplémentaires utilisent la plateforme numérique. 1309 effecteurs ont réalisé 946 orientations vers des SNP (source DGOS). Une quinzaine de territoires sont en train de basculer vers la plateforme numérique.

Carte 1 : Suivi de l'utilisation de la plateforme avant et après le 6 juillet 2022



Source : DGOS

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

[176] Les ARS confirment que l'appropriation à la plateforme est progressive et qu'un accompagnement au changement est indispensable pour les SAS qui doivent changer de modèle.

[177] Les freins identifiés par les ARS sont nombreux :

- crainte des libéraux de perdre la main sur l'organisation de leur agenda ;
- temps nécessaire pour un accompagnement au changement ;
- difficultés pour la prise de RDV avec certains éditeurs ;
- les agendas partagés développés par les éditeurs de logiciels des CPTS et MSP ne sont pas encore interfacés avec la plateforme. Alors que plusieurs SAS envisagent de renvoyer vers les CPTS pour la réponse au SNP ;

- les requêtes automatisés à partir des données de la plateforme sont réalisés par l'ANS et pas d'extraction possible à l'initiative des SAMU/SAS ;
- le référencement de l'offre disponible est encore incomplet s'agissant d'effecteurs non identifiés dans les répertoires nationaux : sites secondaires MSP, antennes de centres de santé ;
- « le déploiement initial insuffisamment mûre n'a pas été une bonne promotion » ;
- plusieurs effecteurs potentiels suspendent leur intégration à la plateforme en attendant la confirmation de la prolongation de la majoration SNP et de connaître les nouvelles règles conventionnelles.

[178] Les libéraux considèrent que les modalités conventionnelles de l'avenant 9 que reprend la plateforme sont inadaptées à leur pratique. Les conditions d'octroi de la majoration SNP retenues par l'assurance maladie dans le cadre de cet avenant sont différentes de l'interprétation qu'en font les représentants URPS médecins rencontrés par la mission. Pour l'assurance maladie, seuls les actes régulés réalisés en sus de plages d'agenda disponibles sont majorés, pour les effecteurs, tous les actes régulés doivent être majorés.

[179] La plateforme nationale est considérée par de nombreux médecins généralistes essentiellement comme un support conventionnel. Or la mesure flash sur la rémunération des SNP déroge aux conditions conventionnelles tarifaires qui devaient s'appuyer sur les données enregistrées sur la plateforme nationale (indicateur 9). Les effecteurs demandent une prolongation de la mesure flash (majoration 15 € pour SNP) en attendant l'ouverture d'une nouvelle négociation conventionnelle en octobre. La transition vers la plateforme nationale devient, pour certains représentants des MG, un enjeu de négociation pour la prochaine discussion conventionnelle, considérant qu'ils ont déjà un outil organisationnel adapté qui leur permet de répondre à la demande de soins non programmés.

4 Exemples illustratifs d'expériences territoriales innovantes

[180] Les retours qualitatifs des ARS montrent une forte variabilité d'appropriation entre les régions. Ce qui laisse penser que le niveau de maturation des organisations et le portage régional de la plateforme avec l'appui des groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) sont déterminants. « Il manque une mission de promotion centralisée de la plateforme -au niveau national- pour accompagner les médecins effecteurs (au-delà du kit de communication) ».

[181] Ainsi, le GRADeS de NA, sous l'impulsion de l'ARS, propose un accompagnement au changement pour l'utilisation de la plateforme numérique par le GRADeS qui associe :

- un plan de communication adapté aux cibles : SAMU, URPS, fédérations, institutionnels ;
- des réunions opérationnelles de lancement sur site avec participation URPS ;
- des formations de formateurs à l'utilisation de la plateforme pour avoir des « points relais » au sein des structures ;
- un numéro dédié.

L'ARS NA pilote également un COPIL SAS régional pour accompagner et cadrer le déploiement des nouveaux SAS et proposer un accompagnement par les pairs de l'appropriation de la plateforme numérique.

5 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[182] La décision nationale d'aller vers un modèle unique de plateforme numérique SAS suscite de nombreuses réserves des utilisateurs relayées par les ARS. De nombreux freins sont identifiés qui nécessiteront encore des adaptations structurelles (interfaçages et extractions). L'objectif de pilotage de l'activité SAS à partir de la plateforme nationale n'est pas à la main des utilisateurs.

[183] Pour la mission, il est possible de rendre obligatoire l'utilisation de la plateforme numérique nationale pour les organisations territoriales SAS qui se mettent en place. Pour les autres, il est indispensable d'accompagner le changement, avec un soutien régional par les GRADeS.

[184] L'échéance d'octobre fixée par le ministère pour une utilisation obligatoire de la plateforme paraît trop contrainte. En effet les freins techniques identifiés doivent être pris en compte (amélioration de la plateforme), les critères conventionnels de rémunération doivent être connus, les indicateurs de pilotage doivent être disponibles.

[185] La phase de négociation conventionnelle qui va s'ouvrir génère de l'incertitude, des résistances au changement et suscite une réserve des acteurs qui craignent de perdre la main avec un modèle national. Le concept de « boîte à outils » avec une territorialisation des mesures est vécu en contradiction avec l'injonction de généralisation.

[186] Le kit de communication nationale qui précise les modalités opérationnelles de la plateforme devra insister, quand les objectifs seront stabilisés, sur l'intérêt à agir pour les acteurs.

FICHE 7 : ORGANISER DES FILIERES SPECIALISEES AU SEIN DU SAS

1 Rappel de la mesure

Intitulé de la mesure : ouvrir le SAS à l'ensemble des professionnels de santé afin de favoriser le développement de filières directes de prise en charge sans passer par les urgences.

[187] L'objectif de cette mesure est d'identifier au sein du SAS des filières spécialisées de prise en charge non programmée et d'intégrer dans les SAS des professionnels aux compétences ciblées qui assurent une mission d'appui au diagnostic et d'orientation. Cette dynamique doit permettre de mieux accompagner les personnes avec des troubles psychiques et les personnes âgées.

[188] Ses modalités d'application sont définies par l'instruction du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

[189] Le pacte de refondation des urgences en 2019 a initié le projet de Service d'Accès aux Soins (SAS) formalisé par une première instruction DGOS en date du 24 juillet 2020. Le MRG présent sur la plateforme SAS peut décider, en fonction de son évaluation médicale, de la nécessité d'une consultation non programmée en réponse au besoin identifié. Son effecton s'adapte à l'organisation territoriale disponible : organisations libérales coordonnées, effecteurs identifiés et filières spécialisées.

[190] Plusieurs filières spécialisées se sont développées pendant la crise sanitaire (filière spécialisée en gériatrie, psychiatrie), d'autres dans le cadre de projets nationaux (projet Vigilans de prévention du suicide), ou par les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des cas complexes.

[191] La présence au sein du SAS de professionnels aux compétences ciblées vise à filiariser une réponse aux besoins urgents pour des typologies populationnelles identifiées afin de faciliter leur prise en charge sans un passage aux urgences et en tenant compte de l'offre territoriale disponible.

[192] Ainsi des expertises sanitaires complémentaires peuvent intégrer le SAS dans le cadre d'une réponse transversale et coordonnée : régulation médicalisée psychiatrique, hot line gériatrique, avis toxicologique, DAC, SNP dentaire etc.).

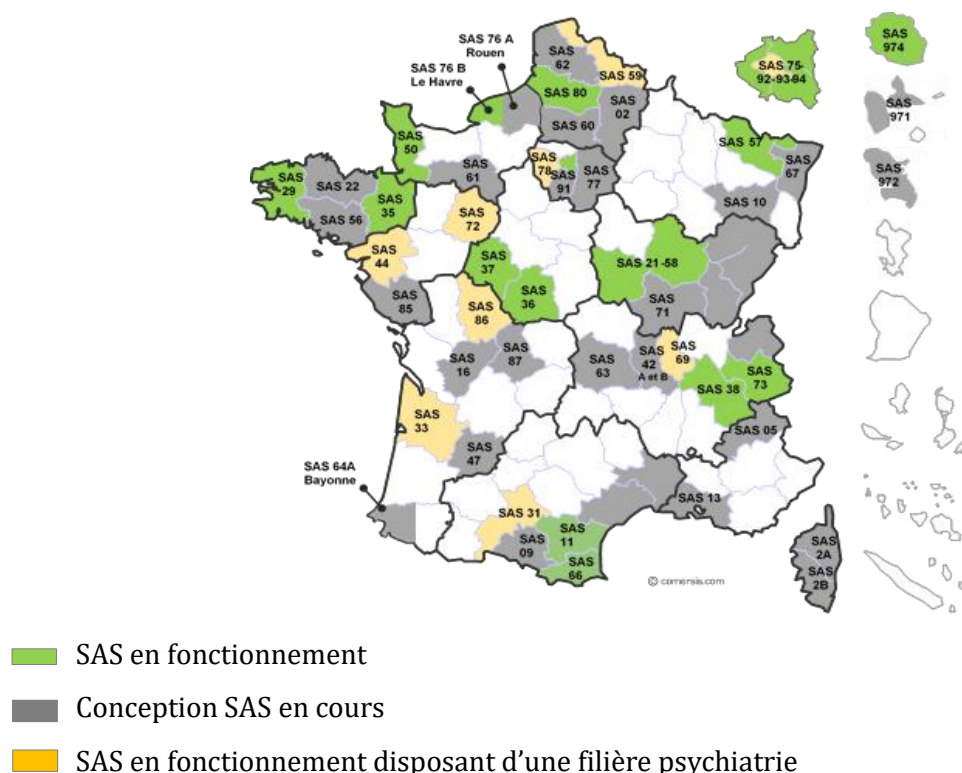
[193] Ces filières spécialisées peuvent être financièrement soutenues par les ARS via des aides à la contractualisation du FIR (postes d'IDE en gériatrie, psychiatrie, IPA), ou des financements nationaux (appel à projet pour SAS psychiatrie).

2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

[194] La filière psychiatrie des SAS est en cours de structuration, portée par la dynamique des mesures proposées par les assises de la santé mentale et de la psychiatrie qui se sont tenues en 2021 :

8 territoires pilotes sélectionnés avec un financement ONDAM sur 2 ans. Ces projets ne sont pas encore lancés.

Carte 1 : Etat des lieux des SAS disposant d'une filière psychiatrie



Source : DGOS

[195] Initiée par le Pacte de refondation des urgences de 2019, la notion de « filière spécialisée de gériatrie » s'est structurée au décours de la crise sanitaire avec des hotlines gériatriques mutualisées. Le développement de filières gériatriques au SAS porté par la DGOS vise à conforter ces hotlines hospitalières, joignables par les médecins de ville, pour avis médical en vue de déclencher la programmation d'une hospitalisation programmée si nécessaire.

[196] Sept ARS de métropole indiquent l'existence de filières spécialisées au sein de SAS et confirment qu'elles sont parties de l'existant modélisé au moment de la crise sanitaire. La filière spécialisée psy est la plus développée.

[197] La filiarisation pour des soins non programmés dentaires est présente dans 2 régions et la filière spécialisée personnes âgées dans une.

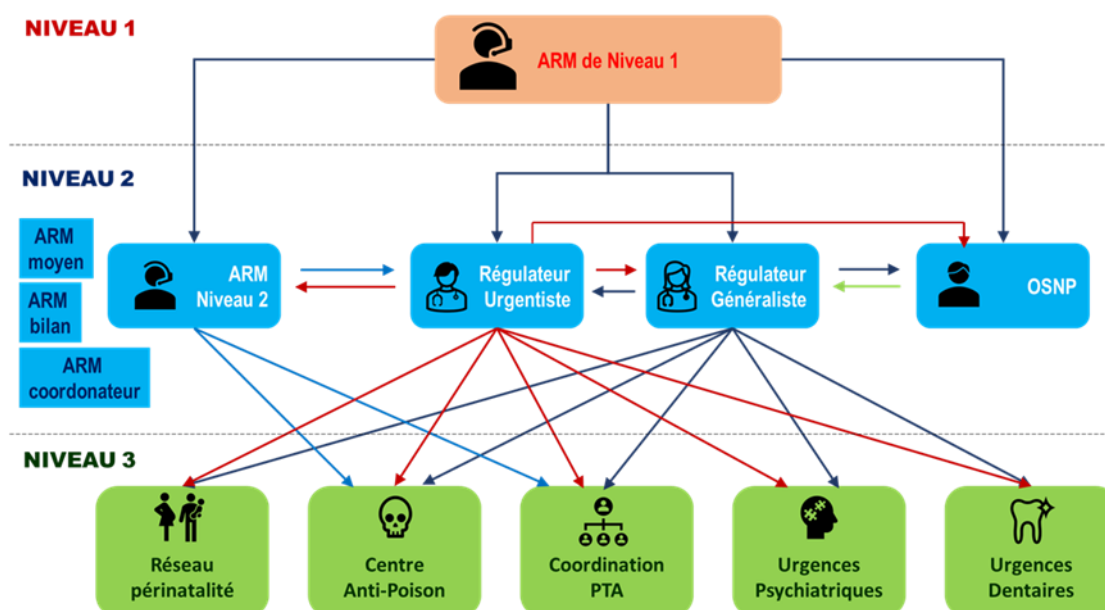
[198] S'agissant du recours à des SNP en ville pour des filières spécialisées, certaines ARS signalent que la prise en main de l'outil numérique de la plateforme par les spécialistes libéraux (2^{ème} recours) et le partage de leur agenda sont des freins. Les CPTS pourraient être un relai de l'opérateur spécialisé du SAS afin d'organiser ces SNP de leur territoire.

3 Exemples illustratifs d'expériences territoriales innovantes

[199] Des filières spécialisées préexistantes au SAS ont pu être intégrées au sein de la plateforme.

- SAS 86 : Articulation avec le DAC : un coordinateur du DAC (IDE ou assistant de service social par exemple) présent sur le plateau de régulation du SAS vient en soutien des médecins régulateurs pour l'organisation des parcours de soins complexes. Il peut rappeler un patient ayant sollicité le SAS afin d'identifier avec lui des solutions de prise en charge adaptées à sa situation.

Schéma 1 : Organisation des filières spécialisées au SAM / SAS de la Vienne



Source : ARS

- SAS 59 : projet Vigilans : inclusion des professionnels répondant au numéro national de prévention du suicide sur le plateau de la régulation du SAS. Cela permet de faire le lien avec l'AMU si la nécessité d'une intervention urgente est identifiée lors d'un appel.

[200] Des filières spécialisées ont été mise en place en complément du SAS socle généraliste :

- Un SAS psychiatrie au SAMU 71 a été mis en place le 16/08/22, hors projets pilotes nationaux, avec un financement FIR. Un IDE de psychiatrie est présent sur la plateforme SAMU/SAS de la Sarthe tous les jours de 12h30 à 20h. Il peut orienter les patients en tenant compte d'une réorganisation territoriale de l'offre en psychiatrie avec mise en place :
 - d'une cellule régionale d'ordonnancement psychiatrique pilotée par le CHU de Nantes pour les patients de l'EPSM de la Sarthe
 - ouverture d'une unité psychiatrique de court séjour au CH du Mans
 - consultations non programmées d'IDE/ psychologue sur un CMP du Mans
 - téléconsultations médicales avec des psychiatres du CHU d'Angers
 - IDE (H24) avec compétences psychiatriques aux urgences du CH du Mans

- Un SAS psy est financé au SAMU 31 par l'ARS Occitanie (FIR=180 000 € pour 1 semestre), en attendant la dotation nationale visant à soutenir un volet psychiatrique du SAS.

4 Avis de la mission sur généralisation – pérennisation

[201] Des équipes SAS spécialisées pour une filiarisation de parcours de soins urgents en réponse à des besoins de populations spécifiques ne peuvent démontrer leur intérêt que si les missions « socles » généralistes sont solides et si les organisations territoriales permettent une réponse organisée en soins non programmées pour ces populations.

[202] Les filières sont variables et doivent s'appuyer sur les besoins (diagnostic territorial connu), et sur les réponses territoriales possibles aux soins non programmés. Les territoires se sont appuyés sur les innovations organisationnelles mises en place au moment de la crise sanitaire, principalement pour les filières gériatriques avec la téléconsultation en EHPAD par exemple. L'équilibre entre la filière « socle » avec opérateurs de soins non programmés « généralistes » et les filières spécialisées est à trouver et doit être adapté à l'organisation de la plateforme C15/SAS et à la réponse territoriale disponible. D'autant que des filières spécialisées pouvaient préexister à la mise en place du SAS en étant régulées par l'ARM en front office niveau 1 et un niveau 2 par un soignant Vigilans, du DAC ou du centre anti poison par exemple.

[203] La régulation de filières spécialisées dans le cadre du SAS peut se réaliser à distance de la plateforme avec possibilité de rappel pour un traitement de la demande en décalé.

[204] La mise en place de filières spécialisées populationnelles nécessite de revoir les protocoles de gestion des appels.

[205] La création de filières spécialisées et leur évaluation (en sus du taux d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 75 ans) relèvent du moyen terme.

FICHE 8 : LA REGULATION A L'ACCES DES URGENCES AU DANEMARK³³

1 Un système public de santé fortement réorganisé au cours des 15 dernières années

1.1 Un système public de santé

[206] Le système de santé danois est principalement un système de santé public, avec un accès gratuit pour tous et financé par l'impôt. L'autorité et la responsabilité du système relèvent des cinq régions réunies au sein d'un conseil commun (« Régions danoises ») dont trois des comités permanents traitent du système de santé. Les régions sont les principales responsables des services de santé à la population. Elles gèrent les hôpitaux publics et sont responsables du fonctionnement de la médecine de ville. La plupart des médecins exercent dans un cabinet de groupe ou en individuel gérés par le secteur public.

1.2 Une vaste réforme du système de santé menée depuis 2007

[207] **En 2007, le système de santé danois a été réformé, et avec lui la régulation à l'admission des services d'urgence hospitalière.** Le nombre d'hôpitaux ayant un service d'urgence s'étant considérablement réduit, il était indispensable de réguler l'admission aux services d'urgence par une plateforme téléphonique.

[208] Plus globalement, en janvier 2007, le gouvernement a procédé à un nouveau découpage territorial du pays. Avant cette date, le Danemark métropolitain était en effet divisé en treize *amter* (« départements » en français) et 271 communes. Depuis 2007, le Danemark est divisé en cinq régions qui se sont donc substituées aux *amter*, ainsi que de 98 communes. Ce redécoupage territorial avait notamment pour but d'organiser plus efficacement le système de santé danois, les régions étant responsables des soins de premier recours et des urgences.

[209] **Le nombre d'hôpitaux ayant un service d'urgence dans l'ensemble du pays est ainsi passé de 40 établissements de proximité en 2007 à 21 structures plus importantes et spécialisées.**

[210] Plus généralement, le nombre d'hôpitaux a baissé lui aussi. En 1981, le Danemark disposait de 128 hôpitaux publics. Il en disposait de 61 en 2018, et ne devrait en compter que 53 en 2025. En outre, **pour répondre à l'objectif de 2025, le gouvernement investit depuis 2012 pour construire et moderniser 16 « super-hôpitaux » comportant de nombreux services spécialisés.** En 2019, déjà 4 CHU de cette sorte avaient déjà été construits.

³³ La présente annexe est composée à partir de contributions du conseiller pour les affaires sociales de l'Ambassade de France au Danemark (M. Pérard, Mme Rio, SERVICE RÉGIONAL AFFAIRES SOCIALES, SANTÉ & EMPLOI pour la SUEDE, le DANEMARK, la FINLANDE & la NORVÈGE), et d'entretiens avec Mme Anne Smetana, attachée santé à l'ambassade du Danemark à Paris et M. Freddy Lippert, expert, ancien directeur des urgences de la région de Copenhague

[211] Plusieurs éléments ont motivé cette réorganisation du système de santé danois :

- **Certains hôpitaux manquaient de spécialistes.** En effet, avoir plus d'hôpitaux implique d'avoir un nombre de spécialistes global plus important. C'est l'Autorité de santé danoise (*Sundhedsstyrelsen*) qui avait émis plusieurs recommandations au gouvernement pour réduire le nombre global d'hôpitaux et services d'urgence au Danemark, dans le but d'avoir à terme des services d'urgence plus efficaces et spécialisés notamment. Par exemple, les habitants de la région du Danemark du Sud (l'une des 5 régions composant le Danemark), disposaient de 14 hôpitaux ayant des services d'urgence plus ou moins développés avant la réforme de 2007. Ils disposent aujourd'hui de 4 hôpitaux d'urgence.
- **Un objectif de réduction générale des coûts.**

2 Un dispositif strict de régulation de l'accès aux services d'urgence

[212] La législation n'empêche pas les patients de se rendre spontanément aux services d'urgence. Néanmoins, **l'hôpital peut refuser de prendre en charge un patient qui n'a pas été orienté au préalable par un professionnel de santé**. L'avis du professionnel de santé peut être obtenu de différentes manières :

- Visite à une structure de soins de type maison de santé pluridisciplinaire ou centre de santé duquel dépend le patient
- Consultation du médecin généraliste de référence. Les médecins dans les cabinets de ville ont des horaires de type 8h00 – 16h00 du lundi au vendredi, et exercent en majorité sur rendez-vous. Ils ont généralement une plage horaire réservée le matin pour les patients sans rendez-vous.
- Appel à la plateforme des médecins de garde de la région. Dans toutes les régions du Danemark sauf dans la capitale, les médecins généralistes se sont coordonnés, suite à un accord avec les autorités locales, pour assurer la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets. En 2018, 30 % des appelants du 1813 ont été orientés vers les urgences.
- Appeler directement la plateforme téléphonique d'urgence : le 112

[213] Chaque résident danois dispose en fait d'une carte jaune de sécurité sociale, sur laquelle est indiqué un numéro d'appel à la plateforme d'urgence ou à celle des médecins de garde, de même que la référence du cabinet médical dont il dépend. L'appel à un médecin de garde ou au 112 permet ainsi au patient de savoir s'il doit se déplacer jusqu'à un hôpital – par lui-même ou avec une unité mobile (ambulance). Cet appel permet donc de **maintenir certains patients hors des services d'urgence** – soit en leur demandant d'attendre l'ouverture du cabinet médical dont ils dépendent, soit en les dirigeant vers un spécialiste, soit en leur envoyant un médecin à domicile. Cela **permet aux hôpitaux de gérer les flux en amont de l'arrivée des patients**, et d'orienter les patients vers le lieu adapté et disponible à leur prise en charge. L'idée générale est donc de fluidifier la venue des patients aux urgences.

3 Un dispositif de régulation bien accepté par la population

[214] Aucune campagne de communication, mesure d'incitation/pénalité financière ou d'éducation des patients n'a été mise en place en ce qui concerne la régulation à l'admission des services d'urgences hospitalières. **Le dispositif d'orientation des patients est en effet bien connu de la population.** De manière générale, il existe une acceptation de cette dernière d'avoir une heure voire trois heures de route à faire pour se rendre aux urgences, en contrepartie d'unités mobiles permettant d'apporter l'hôpital chez le patient. En effet, dans 9 cas sur 10 l'ambulance ou l'hélicoptère arrive en moins de 15 minutes là où se trouve le patient. La réduction globale du nombre d'hôpitaux ne fait de même pas vraiment débat au Danemark.

[215] Seulement 5 % des patients se rendent aux urgences sans avoir échangé avec un professionnel de santé au préalable.

4 Une meilleure fluidité du fonctionnement des SAU qui n'évite pas des tensions dans les centres d'appels et dans certains services

4.1 Des tensions sur le système de réponse aux appels téléphoniques

[216] Une étude du quotidien danois Berlingske publiée en septembre 2021 a révélé que de très nombreux appels au 112 ont été traités avec retard dans la capitale au cours de l'été 2021, en raison d'un manque de personnel dans le centre d'appel de la région de Copenhague. Par exemple, au cours de la seule première semaine de septembre 2021, il y a eu au moins 600 appels traités en retard à Copenhague, selon les informations de Berlingske.

[217] En fait, quand quelqu'un appelle le 112, une première personne répond au téléphone, mais elle ne peut pas envoyer elle-même une ambulance. En effet, cette personne n'est pas nécessairement formée aux soins de santé, et elle ne peut pas demander de détails sur l'état du patient. La première personne qui répond ne demande ainsi que l'emplacement du problème, et évalue si la police, les pompiers ou l'ambulance sont nécessaires. Si une ambulance semble effectivement nécessaire, l'appel est transféré en deuxième étape au centre d'appels 112 de la région à Ballerup (banlieue de Copenhague), où des infirmières ou assistants médicaux peuvent évaluer l'état de la personne nécessitant de l'aide, ainsi qu'« appuyer sur le bouton » permettant d'envoyer une ambulance. Les appels traités avec retard sont donc les appels qui n'arrivent pas directement à la deuxième étape, en raison des files d'attente sur la ligne téléphonique au centre d'appels 112 de la région. Les services d'urgence de la capitale à Copenhague qui répondent en premier tentent en fait d'établir un contact à deux reprises avec le centre d'urgence de la région à Ballerup.

[218] L'absence de contact dans les 22 secondes compte l'appel comme perdu et le membre du personnel doit raccrocher et laisser le patient seul. En cas d'absence de contact entre le premier service et le deuxième, un message numérique est envoyé au centre d'appels 112 de la région avec les informations d'adresse et une brève description de l'incident - puis le centre d'appels 112 de la région rappelle lorsque le prochain employé est disponible. De même, une ambulance doit être envoyée si un appel est perdu. Mais pour les jours avec de nombreux appels manqués, le centre d'appels est généralement extrêmement occupé et il n'y a pas assez d'ambulances pour tous ces appels perdus. Le plus grave est surtout que les conseils pour les premiers secours donnés au téléphone sont également retardés. Ces derniers peuvent pourtant être cruciaux, comme c'est le cas pour la réanimation cardiorespiratoire.

[219] En juillet 2022, Berlingske indique que les appels traités avec retard par le 112 sont aujourd'hui moins nombreux dans la capitale, mais que toutes les régions ne connaissent pas une amélioration.

4.2 Des SAU recentrés sur les urgences vraies, mais qui connaissent encore certaines difficultés

[220] Le filtrage téléphonique de l'accès permet de connaître à l'avance le taux d'activité des urgences, et de préparer l'ensemble des ressources nécessaires à la prise en charge du patient. **Cette coordination s'appuie sur un DMP accessible par l'hôpital, les professionnels de santé, les pharmacies et les unités mobiles.**

[221] En pratique, les files d'attente semblent avoir disparu, les temps de passage ont fortement diminué et les professionnels paraissent satisfaits du contexte de travail.

[222] Certains hôpitaux recourent à des « **gestionnaires de flux** », par exemple le CHU d'Odense. Le « flowmaster » et le « kommandocenter » composé de professionnels de santé s'appuient sur un modèle de simulation permettant d'avoir un aperçu global des urgences en temps réel et mobilisent des salles de soins polyvalentes permettant d'accueillir une dizaine de professionnels en même temps, et de procéder à des soins très variés sans avoir besoin de se déplacer dans les services.

[223] Depuis le début de l'expérimentation, on recense une augmentation du nombre de patients renvoyés à la maison directement après leur prise en charge aux urgences.

[224] Néanmoins, le manque de personnel affecte à la fois le système 112 et le service de santé danois dans son ensemble. Le Danemark connaît ainsi une pénurie de main d'œuvre dans les hôpitaux qui concerne surtout les infirmières, celles-ci étant de plus en plus nombreuses à quitter leur poste. Cette tendance s'est accentuée progressivement au fil de la pandémie de covid, alors que les hôpitaux peinaient déjà à recruter de nouvelles infirmières. Elles s'étaient d'ailleurs mises en grève lors de l'été 2021, réclamant de meilleures conditions de travail et une augmentation de salaires. Les hôpitaux danois sont donc quelque peu sous pression, avec notamment de nombreux patients qui sont aujourd'hui sur liste d'attente pour un traitement ou une opération, et cela se ressent sur les services d'urgence.

5 Des prises en charge en soins non programmés qui paraissent répondre à la demande, malgré certains manques en premier recours

5.1 Des médecins de référence qui répondent à la demande de SNP

[225] L'ensemble de la population danoise dispose d'un médecin de référence devant répondre aux besoins médicaux non programmés mais non vitaux. Il est courant que des médecins généralistes réservent une plage d'horaires pour un accès des patients sans rendez-vous. Si la demande de soins ne peut être prise en charge par ce médecin, ce dernier oriente au minimum vers la plateforme téléphonique des médecins de garde, voire celle d'urgence, où le patient peut avoir des conseils et informations.

[226] Pour améliorer la couverture médicale, le gouvernement souhaite que davantage de médecins généralistes puissent être formés, et que leur répartition dans le pays soit moins inégale.

[227] Le système de garde (« PDSA ») : la permanence des soins est organisée par une plateforme téléphonique qui oriente les patients en fonction de leurs besoins, leur donne des conseils et évalue le degré d'urgence.

[228] Dans les 4 régions autres que celle de la capitale (Nordjylland, Midtjylland, Sjaelland, Syddanmark), il existe deux numéros d'accès : 112 (urgences) et le numéro des médecins de garde (dont le bureau est généralement dans l'hôpital du secteur), qui donnent des consultations téléphoniques, des conseils, orientent le patient vers le bon professionnel. Pour les urgences dentaires, c'est une autre plateforme téléphonique qui s'en charge – propre à chaque région.

[229] Dans la région de Copenhague, le numéro d'information 1813 et celui des urgences 112 sont gérés par le même centre d'appel. Une équipe de médecins, infirmières, paramédicaux assure téléphoniquement la continuité des soins entre 16 heures et 8 heures du matin, les weekends et jours fériés – lorsque les médecins de ville ne sont pas disponibles.

[230] Lorsqu'un patient appelle la plateforme téléphonique, le professionnel (médecin ou infirmière généralement) exerce un premier filtre à partir des symptômes évoqués. Ensuite, en fonction de son dossier (CPR / numéro de sécurité sociale) et des professionnels disponibles, le patient est orienté vers une prise en charge adéquate.

[231] Cette plateforme repose sur un système de santé public coordonné et planifié au niveau régional, permettant d'avoir un aperçu général du système à tout moment.

5.2 La projection de moyens au domicile

[232] Pour éviter l'engorgement des services d'urgence, la prise en charge des soins non programmés repose sur une **coordination en temps réel avec les unités mobiles**, qui sont considérées comme la première salle d'urgence, et qui peuvent être très spécialisées (unités de soins critiques, d'urgences psychiatriques, « sociolances » composées de professionnels paramédicaux et de travailleurs sociaux pour les personnes sans-abri et marginalisées, « babyances » pour les soins néonataux, unités pour les accidents de masse). De même, une dizaine d'hélicoptères sont à disposition pour l'ensemble des 5 régions.

[233] Le gouvernement souhaite renforcer la réponse aux situations d'urgence en augmentant le nombre d'ambulances afin que tous les citoyens, quel que soit leur lieu de résidence, puissent être sûrs que l'aide viendra rapidement. De même, le gouvernement souhaite que chaque citoyen puisse appeler le 112 avec la certitude d'obtenir rapidement l'aide appropriée. Par conséquent, un groupe de travail a été mis en place pour garantir que les citoyens puissent se rendre rapidement aux centres d'urgence des régions - même pendant les périodes de pointe - et qu'une ambulance soit envoyée rapidement en cas de besoin.

5.3 Les hôpitaux de proximité : un renforcement engagé

[234] La diminution du nombre global d'hôpitaux depuis 2007 a mené à un manque de centres de santé de proximité dans le pays. Le nombre d'hospitalisations évitables s'est accru ces dernières années, faute de structure de proximité. Le gouvernement a présenté en octobre 2021 une réforme dite « Plus proche » (*Tættere på II*), concernant la santé, l'éducation et le développement local. En ce qui concerne la santé, le programme entend notamment **ajouter des hôpitaux dits « locaux » dans toutes les régions**.

[235] L'ambition du gouvernement est de créer 20 nouveaux hôpitaux de proximité, c'est-à-dire des structures accueillant différentes fonctions hospitalières, telles que la médecine générale, la radiographie ou les tests sanguins. Les patients âgés pourront aussi dans certains cas bénéficier d'une évaluation et d'un traitement ambulatoire pour une maladie non compliquée ainsi que d'un suivi après une hospitalisation. Le gouvernement souhaite de même que les municipalités en coopération avec les services de santé locaux puissent mieux prendre en charge une maladie qui nécessite une observation, une évaluation et un traitement. Cela permettra de s'assurer que les citoyens soient suivis au sein même ou près de leur propre domicile. Le gouvernement souhaite que les 21 hôpitaux du pays ayant un service d'urgence soient également disponibles pour donner des conseils aux municipalités.

[236] L'ensemble de ces propositions figure dans le plan de mars 2022 du gouvernement, intitulé « Rendre le Danemark en meilleure santé » (Gør Danmark sundere).

**BLOC 2 : OPTIMISER LE TEMPS MEDICAL,
AUGMENTER LES CAPACITES DE REPONSE A
LA DEMANDE DE SNP EN VILLE, S'APPUYER
SUR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE
SANTÉ LIBERAUX D'UN TERRITOIRE**

FICHE 9 : ATTRIBUER UN SUPPLÉMENT DE 15 EUROS POUR TOUT ACTE EFFECTUÉ PAR UN MÉDECIN LIBÉRAL À LA DEMANDE DE LA RÉGULATION SAMU / SAS, HORS PATIENTELE

1 Rappel de la mesure

Intitulé de la mesure : attribuer, à titre dérogatoire et temporaire, un supplément de 15 euros pour tout acte effectué par un médecin libéral à la demande de la régulation du SAMU/SAS pour un patient hors patientèle médecin traitant, dans la limite d'un plafond hebdomadaire.

[237] L'objectif de cette mesure est de mobiliser les médecins libéraux et les centres de santé afin de répondre à la demande de soins non programmés et soulager l'afflux d'activité aux urgences.

[238] Ses modalités d'application sont définies par l'instruction du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

[239] Sa durée d'application, dérogatoire et temporaire, est prévue du 1er juillet au 30 septembre 2022.

[240] Cette mesure consiste, pour l'Assurance maladie, à verser, sur l'enveloppe de ville, aux médecins généralistes ou salariés des centres de santé pour des consultations de soins non programmés, hors horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA), une majoration de 15 euros pour toute prise en charge effectuée, dans les 48 heures, à la demande de la régulation du SAMU/SAS pour un patient hors patientèle médecin traitant et dans la limite d'un plafond hebdomadaire de 20 majorations par médecin.

[241] S'agissant des spécialistes, ceux-ci pourront coter une majoration (MCU) selon les règles définies par la convention médicale.

[242] Pendant cette période dérogatoire, la rémunération de l'effectuation des soins non programmés prévue en application de l'avenant 9 à la convention médicale (indicateur 9 du forfait structure prévu par les dispositions de l'article 20.2 de la convention nationale) et l'avenant 4 à l'accord national des centres de santé (article 8.3.6) ne s'applique pas.

[243] La rémunération de l'engagement auprès du SAS prévue en application de l'avenant 9 à la convention médicale (indicateur 8) et l'avenant 4 à l'accord national des centres de santé (article 8.3.5), est en revanche maintenue pour valoriser les professionnels de santé et structures s'étant engagés dans la démarche SAS.

[244] Chaque SAMU / SAS doit organiser, avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de son territoire, les modalités de traçabilité de l'orientation des patients vers des effecteurs libéraux.

[245] A cet effet, les régulations, lorsqu'elles ne s'organisent pas avec le support de la plateforme numérique des SAS, doivent tenir un tableau pour assurer le suivi et permettre une bonne orientation des patients. Ce tableau doit contenir les informations permettant d'identifier le médecin ou le centre de santé vers lequel le patient est orienté. Il doit être transmis tous les mois à l'ARS et à la CPAM. Il sert également pour la vérification *a posteriori* des facturations des médecins.

[246] Les médecins généralistes libéraux et les centres de santé peuvent facturer le code « SNP » dont le tarif est valorisé à hauteur de 15 euros (tarif identique métropole et DROM). Ce supplément est pris en charge dans les mêmes conditions que la consultation, visite ou téléconsultation associée. A noter que la consultation étant réalisée hors parcours de soins, le médecin doit positionner l'indicateur de parcours de soins à « U » pour urgence. Le médecin qui reçoit un patient de sa patientèle après régulation par le SAS bénéficie de la majoration régulation médecin traitant (MRT).

[247] Le coût de la mesure est estimé à 750 000 € pour trois mois et 11 M€ pour un an.

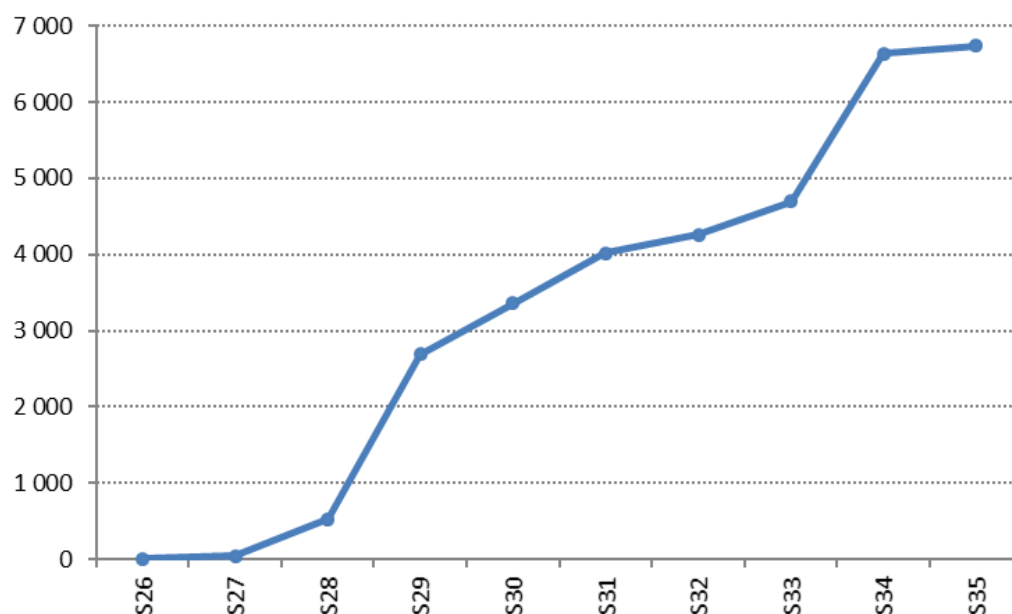
2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

[248] Entre le 1^{er} juillet et le 25 août 2022, 22 612 actes de soins non programmés exécutés par des professionnels libéraux ou des établissements de santé ont été liquidés par les CPAM (pour un montant de 259 462€).

[249] Les premiers constats, illustrés par les graphiques suivants, permettent ainsi de montrer :

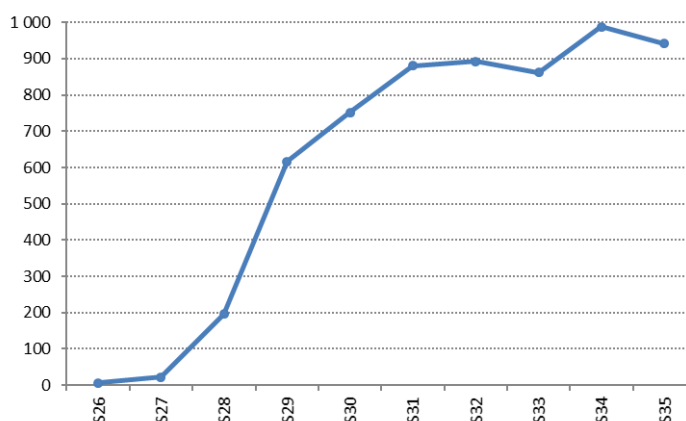
- une augmentation régulière du nombre d'actes bénéficiant de cette majoration, avec une appropriation progressive par les parties prenantes (médecins libéraux , SAMU / SAS) et un nombre de professionnels bénéficiaires de cette majoration qui augmente également (en dépit d'une très légère baisse sur la dernière semaine observée) ;

Graphique 1 : Nombre d'actes totaux ayant bénéficié de la majoration entre la semaine 26 et la semaine 35



Source : CNAM

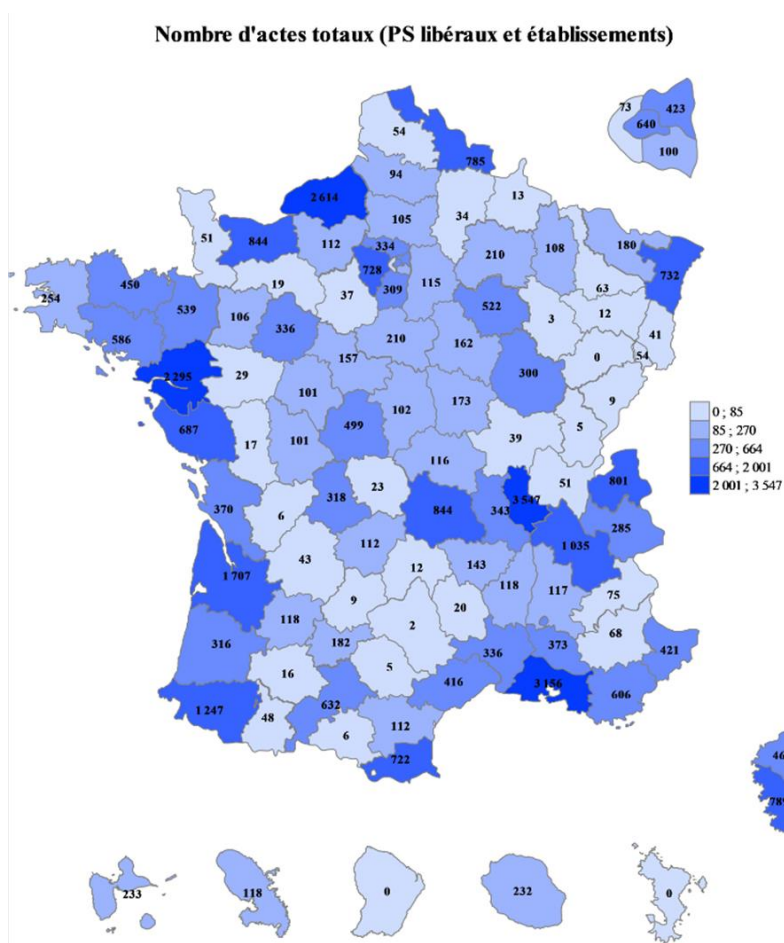
Graphique 2 : Nombre de professionnels de santé libéraux ayant réalisé un acte de majoration entre la semaine 26 et la semaine 35



Source : CNAM

- une grande hétérogénéité sur le territoire, cependant moins marquée en septembre qu'au cours des semaines précédentes.

Graphique 3 : Nombre d'actes totaux ayant bénéficié de la majoration entre la semaine 26 et la semaine 35 par département



Source : CNAM

[250] Selon les données de MG France, la prise en charge des soins non programmés représente 25 % en moyenne de l'activité des médecins généralistes, patientèle ou hors patientèle, consultations réguliées ou non. Seule la part réguliée et hors patientèle fait l'objet de la majoration spécifique mise en place pour l'été 2022.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

[251] Cette mesure fait l'unanimité parmi les médecins généralistes libéraux rencontrés par la mission, au niveau national ou sur le terrain.

[252] Les interrogations et critiques portent en particulier sur les points suivants, sans que ces constats ne soient automatiquement partagés par toutes les parties prenantes interrogées :

- certains regrettent la nécessité de passer systématiquement par la régulation SAMU / SAS pour bénéficier de la cotation. Ils réclament un assouplissement de la procédure afin de permettre aux médecins généralistes de bénéficier de la majoration pour des soins non programmés effectués dans le cadre des CPTS sans régulation préalable par le SAMU / SAS. En effet, ils considèrent que cette obligation introduit une rigidité et que les praticiens qui acceptent les soins non programmés de manière habituelle se sentent défavorisés par rapport à ceux bénéficiant de la majoration. Inversement, d'autres acteurs insistent sur la nécessité d'avoir des garde-fous pour limiter les risques de dérives et tiennent à ce passage préalable par le SAMU / SAS pour pouvoir utiliser cette cotation ;
- la question de l'application de cette majoration aux médecins spécialistes, dans les mêmes conditions, se pose également aux yeux de certaines personnes rencontrées ;
- un point d'alerte important est par ailleurs très fréquemment soulevé concernant le risque de désorganisation du système de soins que pourrait entraîner un développement excessif des centres de soins immédiats (qui fonctionnent souvent avec des urgentistes) , proposant une médecine *one shot* plus simple et plus lucrative. Or, il importe de préserver la construction des parcours de soins, en particulier le travail de prévention et le suivi au long cours de la population âgée présentant des pathologies chroniques. Il est également essentiel, du côté des SAMU / SAS, de veiller à la bonne répartition entre les demandes de prise en charge vis-à-vis des centres dédiés et celles formulées à l'égard des médecins libéraux ;
- le plafond de 20 cotations hebdomadaires par médecin visant à éviter toute dérive individuelle est perçu comme un garde-fou indispensable, notamment pour éviter des effets de niches avec une priorisation des prises en charge de soins non programmés plus simples, plus rapides, mieux rémunérées, au détriment des soins primaires, qui découlerait directement de l'alerte évoquée *supra*.

[253] Enfin, cette majoration dérogatoire à l'acte est jugée par les médecins généralistes plus simple et adaptée à la pratique de réponse aux soins non programmés que la modalité actuellement prévue par l'avenant 9 qui prévoit le cumul d'une rémunération forfaitaire pour participation au soins non programmés via le SAS (indicateur 8) et une rémunération forfaitaire de la majoration pour soins non programmés réguliés par le SAS (et pour autant qu'ils soient réalisés en surnuméraire) versée annuellement selon le barème suivant (indicateur 9) :

- 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.

[254] Pour rappel, la mesure dérogatoire actuelle supprime les modalités de financement de l'indicateur 9.

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[255] La prochaine négociation conventionnelle qui s'ouvrira fin octobre sera l'occasion de négocier les évolutions des conditions actuelles de l'avenant 9 pour envisager les modalités pérennes de financement des soins non programmés régulés. Dans la période transitoire entre le 30 septembre et l'entrée en vigueur de la future convention, la mission considère qu'il sera politiquement très compliqué de revenir sur les conditions actuelles de rémunération prévues par l'instruction du 10 juillet 2022.

[256] Cette négociation devra être l'occasion de déterminer quels sont les actes qui peuvent être majorés pour des soins non programmés : tous les actes régulés par le SAMU/SAS ou les seuls actes régulés réalisés en surnuméraire. Elle devra également trancher sur la possibilité de cumuler une rémunération forfaitaire (indicateur 8) et une rémunération à l'acte.

[257] Quelle que soit l'issue de la négociation, la mission considère qu'il est indispensable de prévoir deux garde-fous :

- l'obligation préalable de passer par la régulation du SAS ou du SAMU pour bénéficier d'une majoration pour des soins non programmés ;
- la fixation d'un seuil hebdomadaire d'actes en soins non programmés régulés par médecin ;

[258] Ces garanties sont importantes car il faut veiller impérativement à préserver un équilibre entre prise en charge des soins non programmés et prise en charge des soins primaires, les premiers ne devant pas devenir prioritaires sur les seconds, au détriment de la construction de parcours de soins de qualité.

[259] En termes de santé publique, mettre l'accent sur les soins non programmés ne peut pas se faire au détriment de la prise en charge des pathologies chroniques et de la prévention, avec un rôle essentiel du médecin traitant à préserver, voire à renforcer.

FICHE 10 : FAVORISER L'ACTIVITÉ DES MAISONS MÉDICALES DE GARDE LE SAMEDI MATIN

1 Rappel de la mesure

Intitulé de la mesure : favoriser l'activité des maisons médicales de garde (MMG) le samedi matin.

[260] L'objectif de cette mesure est d'augmenter la capacité de réponse aux demandes de soins non programmés le samedi matin.

[261] Ses modalités d'application sont définies par l'instruction du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

[262] Cette mesure consiste à permettre l'ouverture des MMG le samedi matin, de 8h à 12h pendant l'été (jusqu'au 30 septembre 2022). Les médecins exerçant en MMG pourront, pendant cette plage horaire, facturer le supplément de 15 € dans les conditions décrites pour cette mesure de majoration (cf. fiche dédiée).

[263] Il s'agit donc, pour l'Assurance maladie, de rémunérer sur l'enveloppe de ville :

- pour l'effectif : le supplément de 15 euros pour tout acte ou consultation effectué à la demande de la régulation du SAMU/SAS pour les médecins qui interviendront en MMG le samedi matin ;
- pour les médecins généralistes régulateurs : le tarif horaire de régulation SAS, soit 100 €/heure de régulation (cf. fiche dédiée).

[264] Dans ce cadre, les agences régionales de santé (ARS) :

- définissent une organisation pour la réponse aux soins non programmés le samedi matin reposant sur l'ouverture des MMG ;
- permettent et incitent cette ouverture hors horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA) afin que des médecins généralistes puissent venir proposer des consultations de soins non programmés dans ces lieux ;
- transmettent à la régulation les coordonnées des médecins généralistes disposés à recevoir des consultations de soins non programmés le samedi matin dans le cadre de cette organisation.

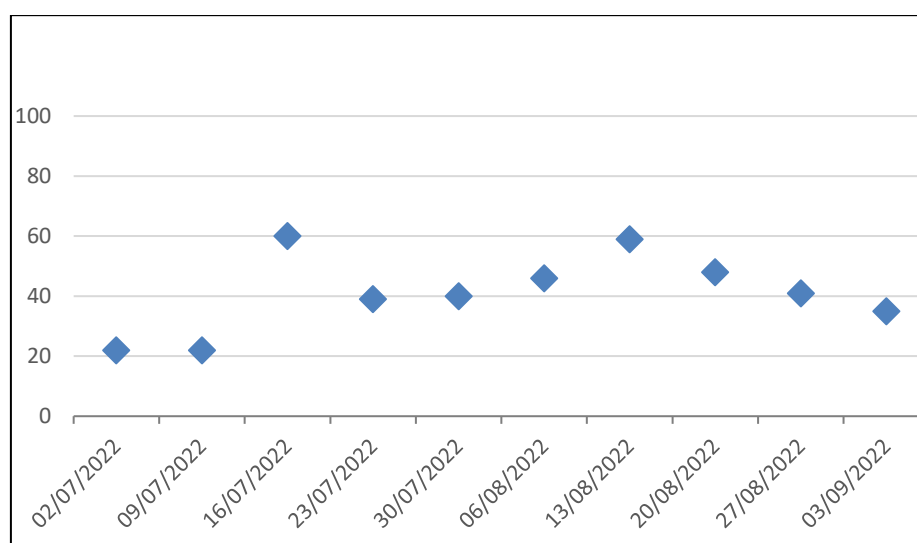
[265] Le coût de la mesure est estimé à 1,5 M€ pour trois mois et 9,8 M€ pour un an.

2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

[266] Une réduction du nombre de MMG ouvertes le samedi matin entre le 13 août (60 MMG ouvertes) et le 3 septembre (moins de 40 MMG ouvertes) est constatée après une nette augmentation entre le 9 juillet (une vingtaine de MMG ouvertes) et le 16 juillet (60 MMG ouvertes).

[267] Les deux pics estivaux d'ouverture de MMG le samedi matin sont donc ciblés sur les deux week-ends prolongés des 14 juillet et 15 août.

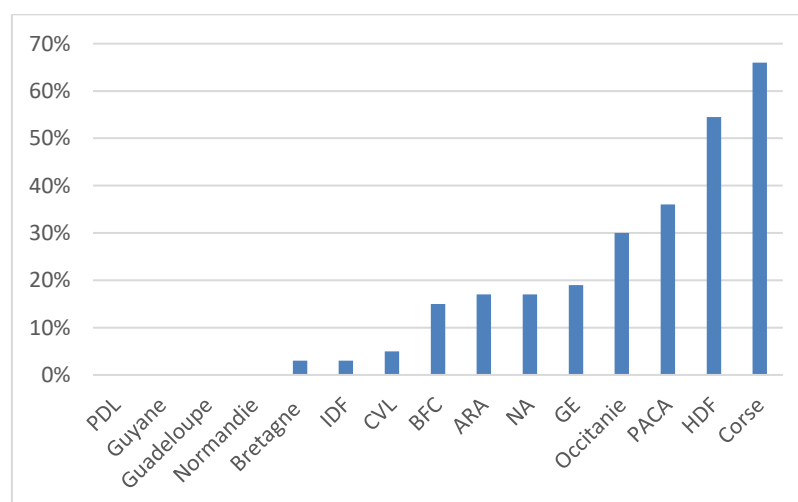
Graphique 1 : Nombre de maisons médicales de garde ouvertes le samedi matin entre le 2 juillet et le 3 septembre 2022



Source : Support de présentation du comité de pilotage, septembre 2022

[268] Au niveau territorial, une forte hétérogénéité peut être observée, comme le montre le graphique ci-dessous, qui rend compte du taux de MMG ouvertes par région en août 2022.

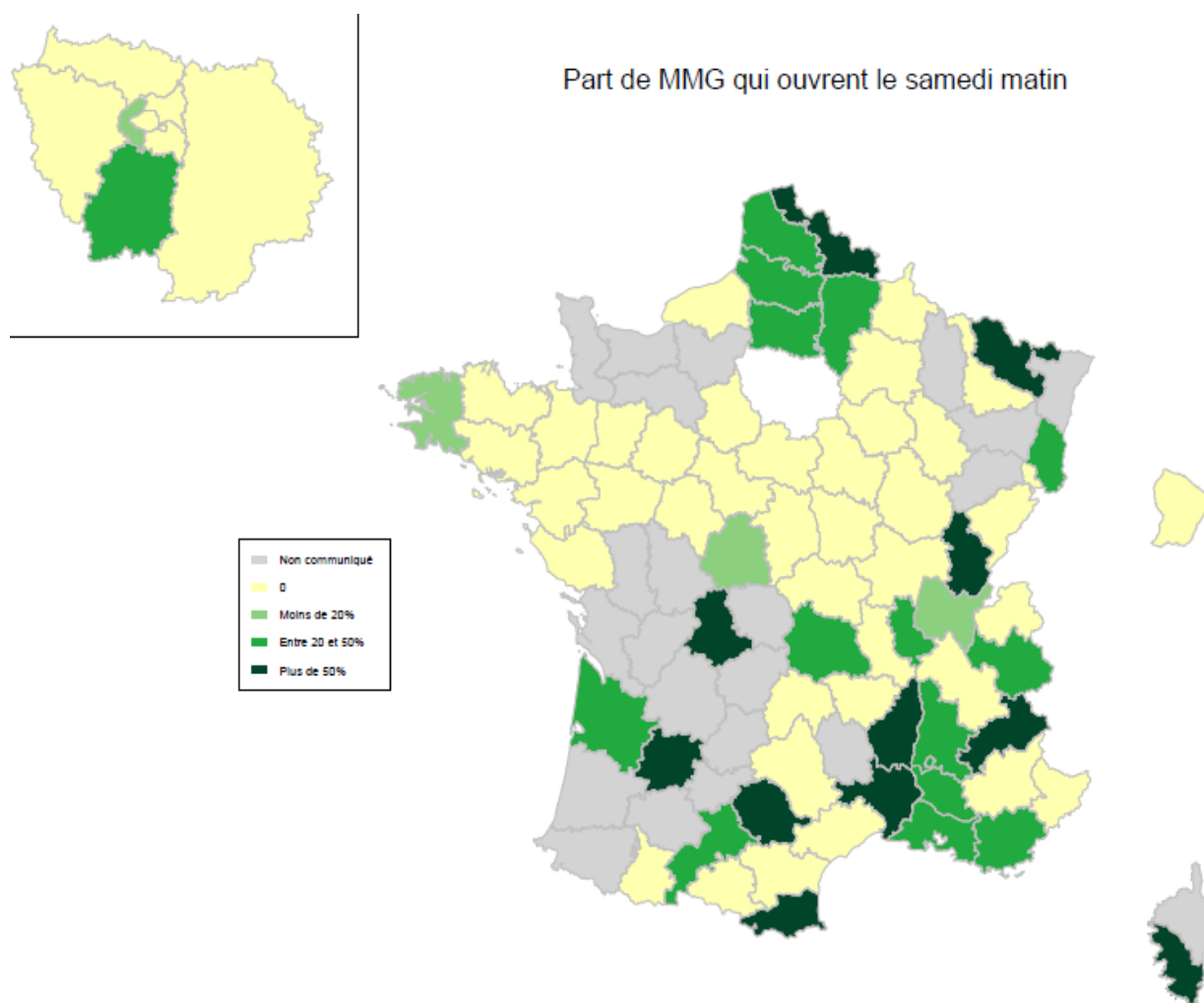
Graphique 2 : Taux de maisons médicales de garde ouvertes le samedi matin en août 2022, répartition régionale



Source : Enquête conduite par la mission auprès des ARS, septembre 2022

[269] La carte ci-dessous précise la répartition de ce taux au niveau départemental, sur la base des données disponibles dans le temps contraint de réalisation de la mission.

Carte 1 : Part de maisons médicales de garde ouvertes le samedi matin en août 2022



Source : Enquête conduite par la mission auprès des ARS, septembre 2022

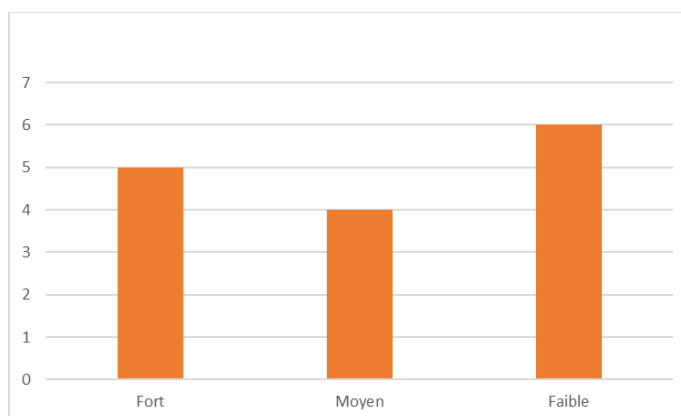
[270] S'agissant des données de l'Assurance maladie, il n'est pas possible d'isoler les actes pour les MMG, pour les soins non programmés ou pour le samedi matin, ce qui ne permet pas de mesurer précisément l'activité sur ce créneau ou celle de ce type de structure.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

3.1 Éléments d'appréciation qualitative recueillis auprès des ARS

[271] L'impact de la mesure est apprécié de manière très variable d'une région à une autre.

Graphique 3 : Impact de la mesure « ouverture des MMG le samedi matin » selon les ARS



Source : Enquête conduite par la mission auprès des ARS – 15 répondants, septembre 2022

[272] Globalement, cette mesure génère des inquiétudes quant à son effet dissuasif sur l'ouverture des cabinets de ville le samedi matin, d'autant que le besoin d'ouvrir les MMG sur ce créneau ne s'est pas fait ressentir de manière forte sur l'ensemble du territoire.

[273] D'ailleurs, selon les ARS, une gradation peut facilement être établie entre les différentes structures : l'orientation des patients peut d'abord se faire vers les cabinets libéraux ouverts ou vers les structures (centres de soins non programmés, centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaire) ayant fait part de leur accord pour recevoir des patients du territoire le samedi matin. S'il n'y a pas ou plus de disponibilités sur ce créneau, les patients peuvent ensuite être orientés vers la MMG qui ouvre à 12h. Il y a des solutions possibles en utilisant toutes la palette de l'offre d'ores et déjà disponible, sans forcément impliquer une ouverture des MMG le samedi matin.

3.2 Éléments d'appréciation qualitative recueillis auprès des parties prenantes

[274] Les médecins généralistes libéraux exerçant dans les MMG peuvent, entre 8h et 12h le samedi, facturer la majoration soins non programmés si et seulement si le patient est orienté par le centre 15 ou la régulation SAS. Dans les autres cas, les médecins des MMG facturent leurs consultations et actes dans les conditions de droit commun. Il s'agit là d'un garde-fou important selon les acteurs rencontrés.

[275] Le sujet de la disponibilité des locaux le samedi matin pour accueillir la MMG est parfois identifié comme un frein, d'autant que ces structures doivent dans l'idéal se situer à proximité des établissements de santé. La question de la disponibilité des médecins a pu être également posée.

[276] Cette mesure pourrait par ailleurs dissuader les médecins libéraux d'ouvrir leurs cabinets le samedi matin. En effet, elle est très étroitement liée à la revendication de certains d'élargir les horaires de la PDSA au samedi matin, dont les implications sont nombreuses. Cette revendication est partagée par de nombreux professionnels rencontrés, hospitaliers et libéraux, argumentant notamment l'évolution sociétale.

4 Exemples illustratifs d'expériences territoriales innovantes

[277] Des mesures alternatives à l'ouverture des MMG le samedi matin ont pu se développer dans certains territoires, dans les régions Grand Est et dans les Hauts-de-France.

[278] En Hauts-de-France, l'ARS accompagne les initiatives portées par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettant de renforcer l'offre en soins non programmés et a ainsi lancé cet été une expérimentation visant à développer des centres de soins non programmés sur le territoire.

[279] A l'instar des MMG, ces structures ambitionnent d'offrir à la population une offre fixe et structurée de prise en charge en soins non programmés (en cas d'absence du médecin traitant ou d'indisponibilité de ce dernier). A la différence des MMG, ces structures sont ouvertes en journée (donc en dehors des horaires de PDSA), sur des créneaux de semaine où la demande de soins est d'ailleurs probablement plus forte que le samedi matin. Elles constituent des relais des services d'urgence et des SAS, offrant ainsi pour ces acteurs des solutions pratiques de réorientation. Deux exemples peuvent être cités : une structure ouverte sur Valenciennes et l'autre sur Compiègne.

[280] En région Grand Est, à Mulhouse, un centre de soins non programmés est adossé aux urgences depuis le printemps 2021.

[281] Ce centre est ouvert en dehors des horaires de PDSA, donc en semaine et le samedi matin. Ce centre est à la fois accessible directement par les patients ou après régulation par le SAMU ou le SAU, via l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA). La majoration pour soins non programmés n'est appliquée que lorsque la régulation est faite par le SAMU. Ce centre bénéficie aussi d'un accès facilité aux plateaux techniques de l'hôpital. Sans SAS, il est très difficile d'orienter les patients vers les cabinets libéraux car le SAMU n'a pas de visibilité sur les créneaux des médecins. Les patients sont donc plutôt fléchés vers les centres de soins non programmés du territoire, qui sont tous adossés aux établissements de santé.

5 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[282] La mission considère qu'il n'est pas opportun de pérenniser cette mesure, pour plusieurs raisons :

- elle n'a pas prouvé son utilité. En effet, il n'est pas prouvé à ce jour que la demande de soins non programmés le samedi matin soit si forte que cela. Pour confirmer ce constat, il importe d'évaluer de manière précise le besoin, dans les mois à venir, à travers l'activité de régulation et d'effectuation le samedi matin, en étayant notamment un éventuel phénomène d'afflux massif de patients orientés le matin par la régulation puis arrivant au sein des MMG à leur ouverture à midi ;
- cette mesure dissuaderait les médecins des cabinets de ville à ouvrir le samedi matin ;
- elle alimente par ailleurs la revendication consistant à mettre en œuvre la PDSA dès le samedi matin (et donc, de fait, dès le vendredi soir), avec des conséquences financières importantes, d'autant qu'une telle extension serait assortie d'un élargissement similaire de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES). A ce jour, les conditions d'une telle extension ne sont pas réunies. Il faudrait *a minima*, au préalable, s'assurer que le besoin de prise en charge des soins non programmés le samedi matin est bien réel, à travers une évaluation précise, comme indiqué *supra*. Cette évaluation permettra de déterminer si la situation actuelle permet une bonne adéquation entre offre et demande de soins, si, au contraire, il y a des déséquilibres qui nécessitent des évolutions organisationnelles ou des ajustements plus accessoires. La réflexion sur l'élargissement de la PDSA (depuis le vendredi soir ou, par exemple, à partir de 11h au lieu de 12h le samedi) ne peut être lancée que sur la base d'une telle évaluation ;

- enfin, les MSP et les centres de soins non programmés étant ouverts le samedi matin, il paraît adapté de conserver cette organisation car ces structures offrent déjà des créneaux pour la prise en charge des soins non programmés, et, pour certaines d'entre elles, à proximité immédiate des établissements de santé.

FICHE 11 : DEPLOYER DES UNITES MOBILES DE TELEMEDECINE INTERVENANT SUR DEMANDE DU SAMU/SAS

1 Rappel de la mesure

Intitulé de la mesure : favoriser et financer le déploiement des unités mobiles de télémedecine intervenant sur demande du SAMU/SAS

[283] L'objectif de cette mesure est d'augmenter la réponse aux besoins de soins non programmés par la mise en place d'une ligne diurne de télémedecine embarquée intervenant sur demande du SAMU/SAS.

[284] Ses modalités d'application sont définies par l'instruction du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

[285] Le fonctionnement des unités mobiles repose sur une organisation composée :

- d'un professionnel médical qui réalise la téléconsultation : il faut dès lors organiser l'intervention médicale. Celle-ci peut reposer soit sur un médecin du SAMU, soit sur un groupement de professionnels en exercice libéral ou en établissement de santé, éventuellement regroupés au sein d'une structure d'exercice coordonnée soit, de façon subsidiaire, sur un médecin exerçant au sein d'une entreprise de télémedecine (constituée en centre de santé) ;
- d'une équipe dédiée, véhiculée et équipée de dispositifs médicaux connectés afin de se rendre auprès du patient pour l'assister lors de la téléconsultation. Cette équipe est constituée d'un professionnel formé (IDE majoritairement) avec éventuellement un chauffeur associé.

[286] Ces téléconsultations pourront être mises en œuvre dans le cadre d'une réponse régulée.

[287] Le parcours du patient à la suite de la téléconsultation en soin non programmé doit être défini et protocolisé.

[288] En sus de l'acte médical, le projet doit couvrir l'utilisation du véhicule (acquisition et maintenance) ainsi que les dispositifs médicaux connectés. Le financement s'imputera sur le fond d'intervention régional (FIR) avant d'être éventuellement pris en compte dans un second temps au sein de la MIG SAMU.

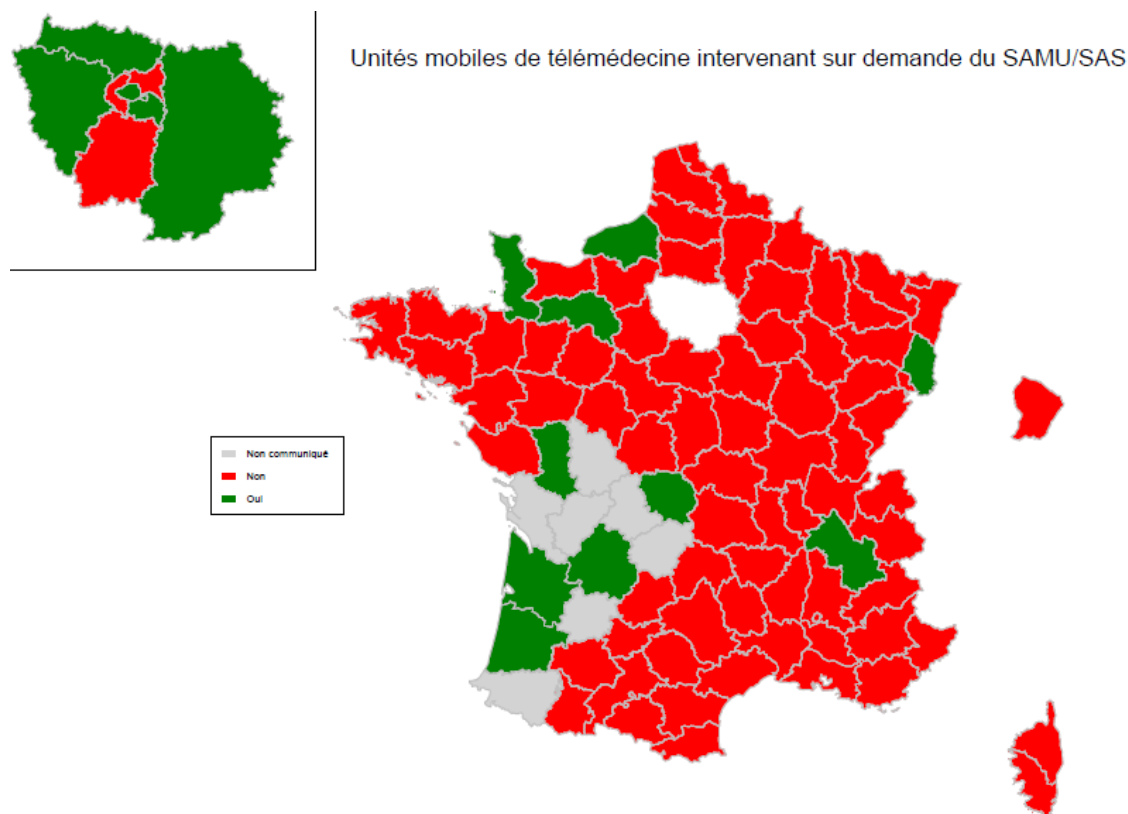
[289] Cette mesure peut être déployée à droit constant dans le cadre de l'article R. 6316-1 CSP relatif à la télémedecine.

[290] Son coût est estimé à 1,4 M€ pour trois mois et 5,9 M€ pour un an.

2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

[291] Les données provenant des agences régionales de santé (ARS) montrent que la mesure n'a majoritairement pas été déployée au sein des territoires.

Carte 1 : Unités mobiles de télémédecine intervenant sur demande du SAMU/SAS au cours de l'été 2022



Source : Enquête conduite par la mission auprès des ARS, septembre 2022

[292] A titre d'exemples :

- en Ile-de-France, quatre unités mobiles intervenaient dans certains départements de la région en juin et juillet 2022. Ce chiffre est passé à six en août. Au total, sur juillet-août, 1 117 téléconsultations ont été réalisées dans le cadre d'une de ces unités mobiles de télémédecine³⁴ dont 19,7 % ont abouti à une hospitalisation ou à un passage aux urgences. En moyenne, quatre déplacements par jour et par véhicule sont dénombrés et 3,2 passages aux urgences sont ainsi évités par jour et par département (hors Seine-et-Marne, qui dispose de deux unités et au sein duquel six passages aux urgences sont donc évités). La moyenne d'âge des patients pris en charge est de 67 ans. 45 % ont plus de 75 ans ;

³⁴ Hors unité mobile déployée récemment dans les Yvelines, pour laquelle les données de *reporting* ne sont pas encore disponibles.

- en Auvergne-Rhône-Alpes, une unité mobile intervient depuis juin et est à l'origine de 40 téléconsultations sur la période juillet-août ;
- dans le Grand Est, une unité mobile intervient depuis août et est à l'origine de 26 téléconsultations dont 23 % ont abouti à une hospitalisation ou à un passage aux urgences. L'âge moyen était de 54,4 ans, dont 38 % de plus de 75 ans. Le temps d'intervention moyen (1h59) est assez long ;
- en Nouvelle Aquitaine, une unité mobile intervenait en juillet au niveau départemental, puis cinq en août 2022, dans plusieurs départements. Au total, sur juillet-août, 285 téléconsultations ont été réalisées dans le cadre d'une de ces unités mobiles de télémédecine dont 23 % ont abouti à une hospitalisation ou à un passage aux urgences ;
- en Normandie, deux unités mobiles intervenaient dans plusieurs départements de la région en juin³⁵, puis trois véhicules en juillet et cinq en août 2022. Au total, sur juillet-août, 662 téléconsultations ont été réalisées dans le cadre d'une de ces unités mobiles de télémédecine dont 20,6 % ont abouti à une hospitalisation ou à un passage aux urgences. Chaque unité réalise entre trois et sept interventions par jour, pour des patients âgés en moyenne de 63 à 75 ans.

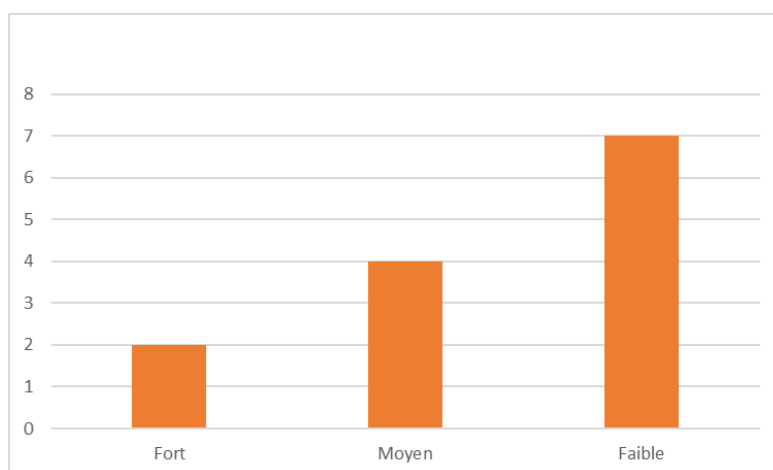
[293] Il est à noter que la proportion de téléconsultations réalisées dans le cadre d'une unité mobile aboutissant à une hospitalisation ou à un passage aux urgences est sensiblement la même quel que soit le territoire, de l'ordre de 20-25 %.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

3.1 Éléments d'appréciation qualitative recueillis auprès des ARS

[294] Au niveau global, l'impact de la mesure est jugé assez faible par les ARS, mais cette appréciation est généralement liée à son absence de mise en place dans le territoire concerné.

Graphique 1 : Impact de la mesure « unités mobiles de télémédecine » selon les ARS



Source : Enquête conduite par la mission auprès des ARS – 13 répondants, septembre 2022

³⁵ Le département de la Manche a mis en place ce dispositif depuis 2020.

[295] L'unité mobile de téléconsultation constitue un nouveau vecteur dont il convient de caractériser l'organisation, le modèle économique et le rôle dans l'offre de soins. Certaines ARS imaginent le déploiement de cette mesure ciblé sur les zones rurales et les personnes âgées.

3.2 Éléments d'appréciation qualitative recueillis auprès des parties prenantes

[296] De nombreux acteurs auditionnés par la mission considèrent que cette mesure est pertinente mais nécessite des ajustements en cas de pérennisation.

[297] Cette mesure peut ainsi être particulièrement utile dans les zones très rurales, pour éviter le « tout urgence ». La télé médecine est un vrai levier.

[298] En revanche, les parties prenantes déplorent généralement que l'IDE soit « sous-utilisée » au sein de ces unités mobiles puisqu'il ne peut pas réaliser d'actes techniques. Elles reconnaissent cependant qu'il est difficile de prévoir un autre professionnel dans les véhicules, hormis peut-être un secouriste très expérimenté et spécialement formé.

[299] La mesure est en pratique déployée par un acteur unique, l'entreprise Sauv Life, ce qui suscite quelques interrogations parmi les personnes interrogées.

4 Exemples illustratifs d'expériences territoriales innovantes

[300] Plusieurs territoires ont été cités comme terrains d'expérimentation concernant cette mesure.

[301] Tout d'abord, la Normandie expérimente ces unités de télé médecine depuis 2020, d'abord dans la Manche et en Seine-Maritime plus récemment (depuis juillet 2022). L'existence de ce nouveau type d'intervention est perçue positivement dans la mesure où elle évite des venues non indispensables aux urgences tout en sécurisant les patients les moins mobiles. Les résultats sont jugés satisfaisants.

[302] La Nouvelle Aquitaine déploie aussi cette mesure, plus particulièrement dans les Landes, depuis juillet 2022, les Deux-Sèvres, la Gironde et la Creuse depuis août 2022. Le déploiement de ces unités lorsque le besoin est avéré sur le territoire se réalise dans des délais rapides et sur la base de protocoles établis et d'outils interconnectés ce qui contribue à la traçabilité et à la sécurisation des décisions. Le bilan dressé par l'ARS est en revanche plutôt contrasté :

- il est positif pour les Deux-Sèvres et les Landes, avec un bon niveau de recours et une montée en charge progressive ;
- en revanche, en Gironde, le manque de recul est plus important, même si l'adhésion des médecins libéraux est plutôt bonne ;
- en Creuse, l'activité est très limitée, notamment en raison de la faible population et l'activité modérée du SAMU.

[303] Dans le Grand Est (Haut-Rhin), l'expérimentation a débuté le 22 août et comporte un certain nombre de critères assez précis : l'état du patient ne doit pas nécessiter des soins urgents, une téléconsultation de médecine générale apparaît comme le vecteur le plus adapté à la situation, le déplacement du patient est impossible. Les enfants de moins de deux ans sont exclus du dispositif, tout comme les problématiques psychiatriques (pour des raisons de sécurité). La réponse doit donc être rapide mais pas urgente, non différable et le patient ne peut pas se déplacer (de fait, il s'agit souvent de personnes âgées et/ou isolées).

[304] En Isère (à Voiron, sur un territoire infra-départemental), le déploiement de la mesure ne repose pas sur l'entreprise Sauv Life, ce qui constitue une spécificité³⁶ :

- en lien avec l'URPS IDE, la mobilisation des acteurs passe par des infirmiers libéraux d'astreinte qui utilisent leurs véhicules personnels équipés en télé médecine, après régulation. Côté médecins, ce sont des volontaires qui font les téléconsultations et donnent des plages horaires en amont. SOS médecins est un effecteur important ;
- l'IDE peut réaliser des actes en plus d'être le support de la téléconsultation. Pour ce faire, il dispose de deux sacs : le sac « diagnostic », à partir duquel il procède au premier interrogatoire et à la prise des signes vitaux puis le sac « intervention » s'il est nécessaire, à l'issue de la téléconsultation, de faire des soins ;
- le dispositif est ouvert à des patients dont le médecin régulateur a estimé nécessaire qu'il soit vu par un médecin ; qui ne peut se déplacer par ses propres moyens ; qu'aucun médecin du secteur ne peut visiter à domicile et ne présentant pas d'urgence vitale ;
- cependant, seuls cinq déplacements par semaine sont comptabilisés alors que le besoin est estimé de l'ordre de trois consultations les jours de semaine et cinq le week-end.

[305] Enfin, autre spécificité, le Centre Val-de-Loire a entamé une réflexion visant à développer un dispositif d'unités mobiles de téléconsultation pédiatrique.

5 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[306] Cette mesure, qui présente des atouts, suscite cependant un certain nombre d'interrogations qu'il conviendra de traiter avant d'envisager une poursuite du dispositif. A ce titre, la mission recommande une pérennisation prudente, sous réserve d'aménagements indispensables et d'un cadrage plus précis.

[307] Il importe tout d'abord de mettre en adéquation le rôle de l'infirmier embarqué à bord du véhicule de l'unité mobile avec le champ de compétences de la profession. En effet, aujourd'hui, au sein de ces unités mobiles, le rôle de l'IDE est généralement limité à la prise des constantes, à la réalisation d'un éventuel électrocardiogramme et à l'assistance du médecin qui réalise la téléconsultation. Si cette intervention est indispensable, il n'en demeure pas moins qu'elle limite fortement les compétences de l'infirmier au regard de son champ habituel d'intervention et qu'elle est consommatrice de temps infirmier. Un premier aménagement utile de la mesure réside donc dans le fait d'autoriser l'IDE de l'unité mobile à réaliser les actes nécessaires prescrits par le médecin (ex. pansement), impliquant d'embarquer une pharmacie dans le véhicule (comme déjà constaté dans l'expérience iséroise décrite *supra*).

[308] Une diversification de la structure porteuse devrait par ailleurs être encouragée, permettant ainsi de développer encore davantage la mesure.

[309] La mise en place d'un cahier des charges clair de la mesure est également indispensable, au plan national ou localement, notamment pour identifier les critères de déclenchement de l'unité mobile et recenser les données d'activité utiles à l'évaluation. En effet, cette mesure implique une

³⁶ En Ile-de-France, un autre dispositif d'unités mobiles de téléconsultation a été initié récemment sans l'entreprises Sauv Life, dans les Yvelines (projet conduit par la plateforme territoriale d'appui du 78 et les ambulances Jussieu).

organisation logistique précise et une planification de l'activité. Les règles de sélection du médecin téléconsultant pourrait également être mieux définies.

[310] De plus, aujourd'hui, les données évaluatives disponibles ne permettent pas de conclure de manière fiable concernant le modèle économique à promouvoir et l'impact de cette mesure sur l'offre de soins. Le rapport coût/efficacité de ce dispositif demande donc clairement à être évalué (à titre illustratif, la mesure coûte 20 000 € par mois et par véhicule en Ile-de-France). Une poursuite de l'évaluation au cours des prochains mois sur ces aspects est donc indispensable. A ce titre, il pourrait être utile de rendre le *reporting* obligatoire, compte tenu des sommes engagées, afin d'obtenir des précisions sur le nombre d'interventions, les téléconsultations réalisées, les profils des patients, les motifs de déclenchement et les suites données.

[311] Il importe enfin de bien articuler cette mesure avec les celles impliquant la profession infirmière, afin d'assurer une certaine gradation de la mobilisation des IDE : astreintes IDEL (PDSA et hors PDSA), équipes paramédicales de médecine d'urgence – EPMU (pour les urgences vitales) et unités mobiles de téléconsultation (réalisation d'une consultation de médecine générale sans soins associés).

[312] La mission en cours de l'IGAS sur la profession infirmière permettra de caractériser les champs de compétences réels des infirmiers et leurs particularités en vue de procéder à une réingénierie de ce métier.

FICHE 12 : MAINTENIR LA PRISE EN CHARGE À 100 % DES TÉLÉCONSULTATIONS

1 Rappel de la mesure

Intitulé de la mesure : maintenir la prise en charge à 100 % des téléconsultations.

[313] L'instruction du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 prévoit une prolongation de la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie des téléconsultations, mesure mise en œuvre pendant la crise sanitaire liée au COVID-19.

[314] En effet, avant la pandémie, la téléconsultation faisait l'objet, comme les autres consultations, d'une prise en charge à hauteur de 70 % par l'Assurance maladie, en dehors des cas d'exonération de participation applicables à certains patients ou à certains soins.

[315] La prolongation de la mesure, souhaitée car la télémédecine constitue un vecteur de facilitation de l'accès aux soins, est prévue jusqu'au 30 septembre 2022 alors même qu'elle devait s'achever le 31 juillet.

[316] Son coût est estimé à 18M€ pour trois mois et 72M€ pour un an.

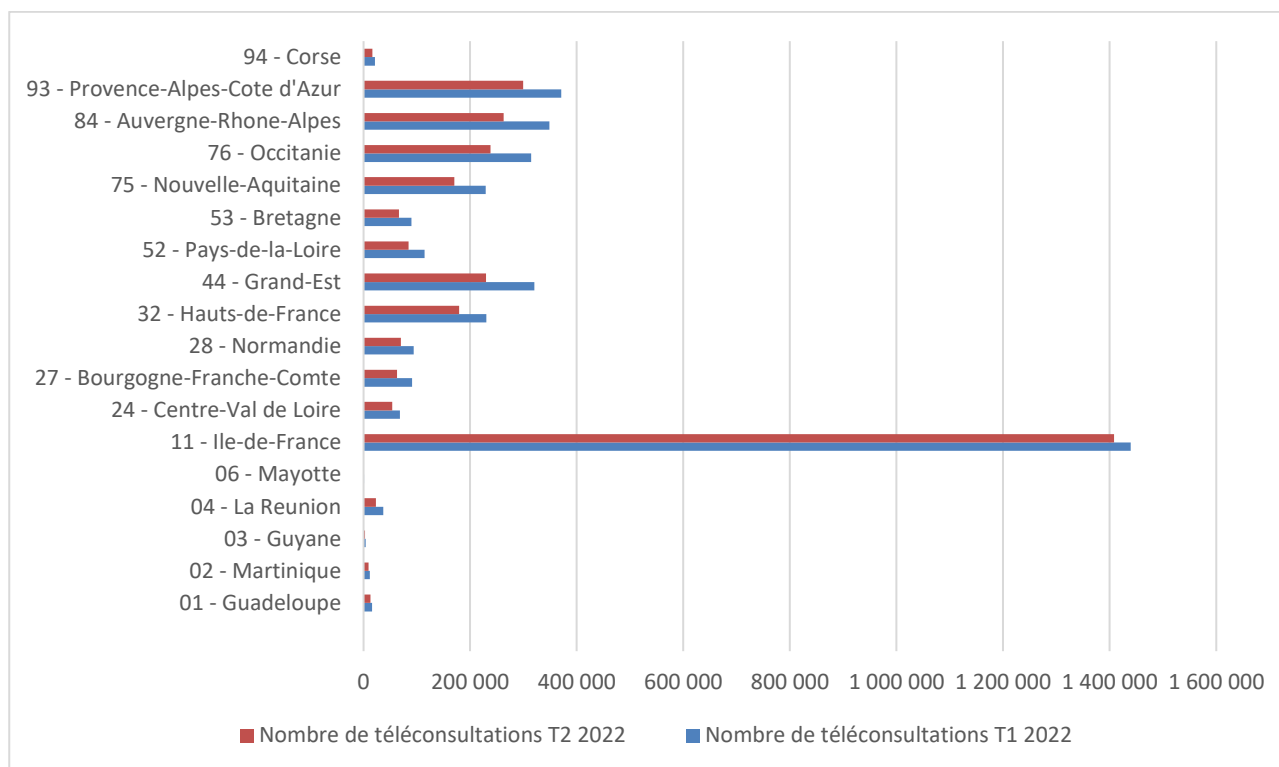
2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

[317] Les données transmises par la CNAM montrent une baisse globale du nombre de téléconsultations dans toutes les régions entre le premier et le deuxième trimestre de l'année 2022.

[318] Au niveau national, le nombre de téléconsultations est ainsi passé de 3 801 112 au premier trimestre 2022 (représentant 4,4 % de l'ensemble des consultations) à 3 190 457 au deuxième trimestre (représentant 3,8 % de l'ensemble des consultations). La baisse globale entre le premier et le deuxième trimestre est de 16 %.

[319] Les disparités régionales constatées dans le recours à la téléconsultation reflètent les situations démographiques, socio-économiques, géographiques ainsi que les densités médicales très variables d'un territoire à l'autre. Elles masquent d'ailleurs une hétérogénéité infrarégionale sans doute également très forte.

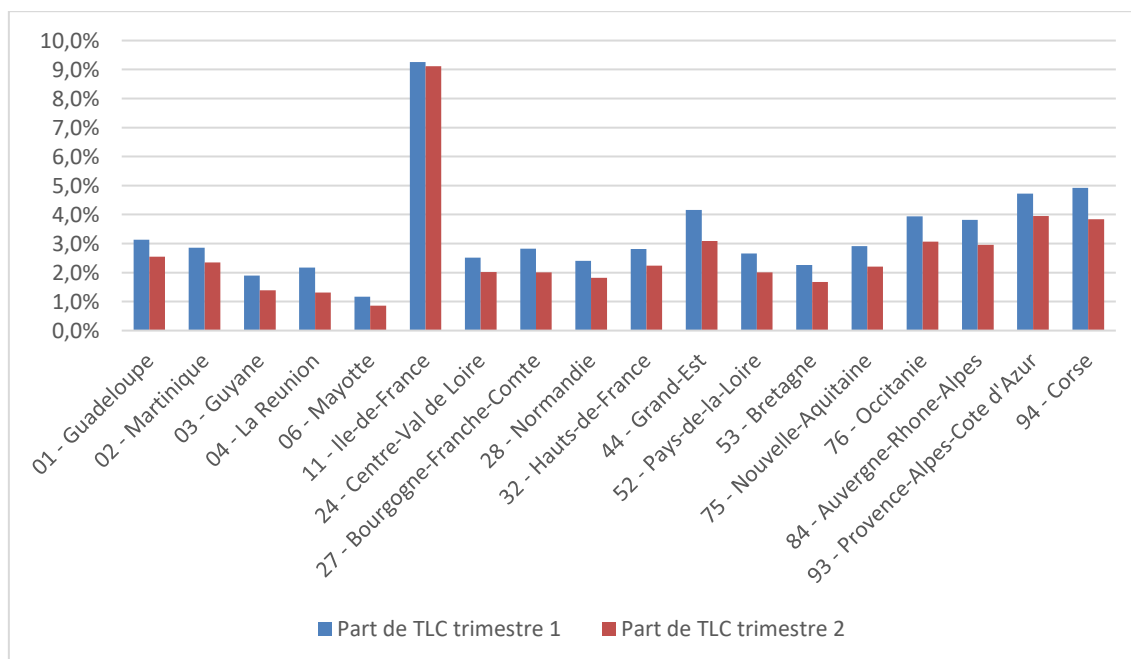
Graphique 1 : Nombre de téléconsultations par région réalisées au premier et au deuxième trimestre 2022



Source : CNAM

[320] S'agissant de la part des téléconsultations, cette proportion varie sensiblement d'une région à une autre, allant de plus de 9 % en Ile-de-France aux alentours de 1 % à Mayotte.

Graphique 2 : Part de téléconsultations par région au premier et au deuxième trimestre 2022

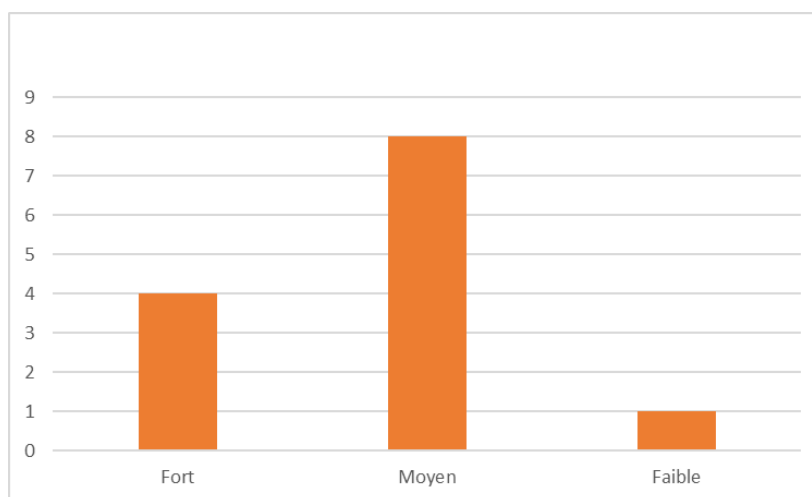


Source : CNAM

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

[321] L'impact de la mesure est qualifié de moyen par les agences régionales de santé (ARS), comme le montre le graphique ci-dessous. De nombreuses réponses explicitent la difficulté d'apprécier l'effet réel de cette prise en charge à hauteur de 100 %.

Graphique 3 : Impact de la mesure « prise en charge des téléconsultations à hauteur de 100 % » selon les ARS



Source : Enquête conduite par la mission auprès des ARS – 13 répondants, septembre 2022

[322] Plusieurs répondants expliquent que cette mesure est de nature à faciliter l'accès aux soins tout en le simplifiant, notamment pour les personnes âgées et les publics précaires qui se seraient naturellement plutôt orientés vers les urgences, quoique cette hypothèse n'est pas partagée par l'ensemble des acteurs interrogés.

[323] D'autres répondants considèrent en effet qu'il n'est pas certain que le seul motif de remboursement à 100 % de la téléconsultation décide le patient à renoncer à un passage aux urgences, d'autant que les personnes âgées ne sont pas toujours outillées voire même à l'aise avec la télémédecine, tout comme les personnes en situation de précarité. La fracture numérique reste encore bien réelle dans les territoires. En outre, le diagnostic peut être difficile, en téléconsultation, sur une pathologie aiguë et sans connaître le patient.

[324] Le référencement des créneaux de soins non programmés avec modalité de téléconsultation sur la plateforme SAS semble être à leurs yeux une condition beaucoup plus essentielle pour développer une alternative au passage aux urgences grâce à la télémédecine.

[325] En revanche, il s'agit pour d'autres d'un vrai appui pour faciliter l'organisation de la télémédecine et l'intervention des médecins dans le cadre des soins non programmés, surtout pour des personnes hors patientèle, tout en réduisant les contraintes, d'autant que certaines solutions ne permettent pas le paiement en ligne d'un reste à charge ou d'un acte. En outre, certains patients n'ont pas de moyens de paiement électronique ou ne font pas confiance à la sécurité d'un paiement sur Internet.

[326] Pour aller plus loin, certains acteurs questionnent totalement le modèle de prise en charge actuel et considèrent que ce sont l'ensemble des soins primaires, quel que soit le vecteur utilisé, consultation classique ou téléconsultation, qui doit être intégralement pris en charge. Ils

s'interrogent sur les raisons de privilégier la téléconsultation hors pandémie et pourquoi pas l'ensemble de l'accès aux soins primaires.

[327] Des risques de dérives de la télé médecine, notamment au plan médico-légal, sont parfois pointés du doigt. En effet, cette prise en charge totale et exclusive pour les téléconsultations peut alimenter une inégalité entre les patients selon qu'ils optent pour le présentiel ou le distanciel, voire une discrimination compte tenu de l'illectronisme d'une partie de la population, tout en favorisant le nomadisme médical et ce d'autant que la télé médecine profite en pratique davantage aux patients jeunes qu'aux personnes âgées. Les positions prudentes en matière de télé médecine craignent également que celle-ci ne devienne une sorte de pis-aller dans les territoires en cours de désertification médicale.

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[328] En dépit des atouts d'une prise en charge des téléconsultations à hauteur de 100 %, il n'apparaît pas opportun de pérenniser cette mesure après l'été 2022 : la mission considère qu'il n'est pas justifié de prendre en charge les téléconsultations à hauteur de 100 % en dehors d'un contexte de pandémie tel que connu au cours des deux dernières années lors de la crise sanitaire liée au COVID-19.

[329] Il s'agit donc désormais de recadrer la pratique et d'encourager son développement dans le cadre du droit commun.

[330] Il apparaît que le recours à la télé médecine ne se développe pas davantage hors situation de pandémie. A titre d'exemple, et comme indiqué *supra* au niveau global, en Bretagne, les actes de téléconsultation ont connu une croissance inédite durant la crise sanitaire (300 000 en 2021 contre seulement 10 000 en 2019) avant de connaître une diminution d'environ 15 % entre juillet 2021 et juillet 2022 (17 097 téléconsultations en juillet 2021 réalisées par 1 381 médecins contre 14 579 téléconsultations en juillet 2022 réalisées par 1 221 médecins). Ce constat est le même en Nouvelle Aquitaine, qui ne remarque pas de forte croissance des téléconsultations au cours de l'été 2022 comparativement aux mois précédents.

[331] A l'avenir, il importe davantage de permettre un accès facilité à la télé médecine, dans un cadre de prise en charge relevant du droit commun, notamment à destination des personnes âgées (équipement des EHPAD) ou de celles victimes de la fracture numérique. A titre d'exemple, l'ARS Normandie contribue au financement de six points d'accès de téléconsultation assistée, dont trois installés spécialement pour l'été. L'activité de téléconsultation réalisée sur ces points est cependant restée limitée (en moyenne 260 téléconsultations réalisées sur ces six points durant les deux mois d'été) mais il est prématuré d'en tirer des conclusions.

[332] A minima, la mission considère que le maintien d'une prise en charge à 100 % des téléconsultations régulées (par le SAMU ou par le SAS) pourrait être envisageable.

[333] Enfin, la règle consistant à limiter à 20 % le volume global annuel d'activité consacré à la télé médecine est opportune et doit être conservée, même si ce point n'est pas consensuel et que certains professionnels réclament au contraire un déblocage de ce plafond, notamment dans les territoires soumis à de gros flux touristiques en période estivale.

FICHE 13 : AUTORISER DES TRANSPORTS SANITAIRES VERS LES CABINETS MEDICAUX ET LES MAISONS MEDICALES DE GARDE

1 Rappel de la mesure

Intitulé de la mesure : autorisation, sur prescription de la régulation médicale, des transports sanitaires vers les cabinets médicaux et les maisons médicales de garde (MMG).

[334] L'objectif de cette mesure est d'autoriser le SAMU / SAS à organiser un transport sanitaire en ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi conventionné vers tout cabinet médical, MMG, maison de santé pluridisciplinaire ou centre de santé afin de diminuer les arrivées aux urgences et mener chaque patient qui le requiert, après régulation, vers l'offre de soins non programmée disponible la plus pertinente, à l'aide du vecteur le plus adapté.

[335] Ses modalités d'application sont définies par l'instruction du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

[336] Cette mesure s'articule avec la réforme des transports sanitaires urgents en cours de déploiement (instruction interministérielle du 13 mai 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des transports sanitaires urgents et de la participation des entreprises de transports sanitaires au service de garde) et dont les principaux objectifs sont les suivants :

- renforcement de l'efficacité du dispositif de garde ambulancière : redéfinition des secteurs de garde par les ARS pour en adapter le périmètre aux délais d'intervention demandés par le SAMU ;
- élargissement des horaires et repositionnement des moyens de garde en fonction du niveau d'activité ;
- consécration du rôle de l'association de transports sanitaires d'urgence (ATSU) la plus représentative au plan départemental ;
- renforcement de la capacité de mobilisation des moyens dédiés et non dédiés grâce notamment à la présence d'un coordonnateur ambulancier ;
- redéfinition des interventions des ambulanciers et développement de pratiques pour limiter la durée de mobilisation : intégration dans l'organisation des missions de la possibilité de transport vers la ville.

[337] Cette instruction interministérielle comporte par ailleurs en annexe une fiche de bonne pratique sur les transports vers des structures de ville.

[338] La décision d'orientation vers les cabinets médicaux ou les MMG est une décision médicale prise par le SAMU ou le SAS, dans l'intérêt du patient, conditionnée à l'absence de perte de chance

pour ce dernier. Les principes d'orientation doivent notamment respecter les textes généraux qui encadrent la médecine d'urgence et les règles de déontologie médicale.

[339] Les patients concernés par cette mesure sont des personnes majeures dont le pronostic vital n'est pas engagé au vu des informations dont dispose la régulation médicale. Par ailleurs, seuls ceux dont l'état de santé justifie un transport sanitaire en ambulance peuvent faire l'objet de ce dispositif, qui ne vise en aucun cas l'ensemble des patients orientés par le SAMU / SAS vers une prise en charge en ville. Le transport sanitaire reste soumis à prescription médicale et ne doit pas remplacer le transport personnel ou collectif.

[340] C'est le médecin régulateur qui définit le lieu exact de la structure de ville qui accueillera le patient, en vérifiant au préalable la capacité de celle-ci à accueillir effectivement le patient.

[341] La prescription du trajet aller est réalisée par le médecin régulateur. Celle du trajet retour doit être réalisée par le médecin ayant pris en charge le patient.

[342] Selon la DGOS, le volume accru pourrait générer un surcoût estimé à 4,7 M€ sur trois mois (dans l'hypothèse d'une prescription systématique d'un trajet retour).

[343] La tarification de droit commun s'applique pour chacun des moyens de transports (véhicule sanitaire léger, taxi conventionné, ambulance), sans supplément.

[344] Un tableau récapitulatif des entreprises de transports sanitaires et taxis conventionnés volontaires qui ont pris en charge des patients à la demande du 15 ou du SAS devra être envoyé par la régulation à la CPAM mensuellement. Les caisses doivent ensuite procéder à un suivi et des contrôles *a posteriori*.

2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

[345] Il existe peu d'éléments de bilan quantitatif de cette mesure du fait du recul très limité quant à son déploiement. Les données issues de l'enquête conduite par la mission auprès des agences régionales de santé (ARS) confirment la diversité des situations, comme le montrent les quelques exemples détaillés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Nombre de prescriptions (allers simples) de transports sanitaires vers l'offre libérale par les SAMU / SAS en juillet et en août 2022

Régions	Juillet	Août
HDF	0	1
PACA	0	2
CVL	0	4
Bretagne	2	8
PDL	31	0
NA	95	89

Source : Enquête conduite par la mission auprès des ARS, septembre 2022

[346] En complément, la mission note que dans la région Grand Est, quatre transports ont été dénombrés dans le département de la Marne sur juillet et août. Dans le Bas-Rhin, où une information

a été envoyée aux entreprises de transports et de taxis, seules 17 entreprises de taxis se sont portées volontaires, sur un total de 400.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

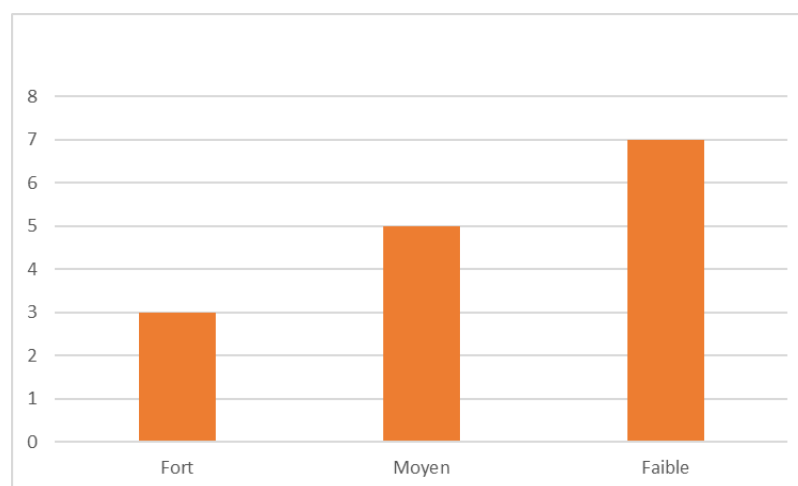
[347] Les avantages de cette mesure font consensus parmi les acteurs interrogés :

- réduire la charge pesant sur les structures d'urgences par une prise en charge en ville en proposant un transport adapté à l'état du patient ;
- améliorer l'accès aux soins en transportant des personnes ayant des problèmes de mobilité et dont l'état de santé nécessite une consultation rapide (sans pour autant générer un passage aux urgences) ;
- faciliter la coopération ville / hôpital.

[348] L'obligation de passer par la régulation du SAMU / SAS pour prescrire le transport fait également consensus.

[349] Alors que cette mesure est le plus souvent jugée de bon sens par les acteurs auditionnés, l'impact mesuré par les ARS, plutôt faible, rend surtout compte d'une mise en œuvre tardive et difficile. Il s'agit donc moins d'une remise en cause de sa pertinence que d'une appréciation reflétant directement les complexités de déploiement de cette mesure.

Graphique 1 : Impact de la mesure « autorisation de recourir aux transports sanitaires urgents vers les cabinets médicaux et les MMG » selon les ARS



Source : Enquête conduite par la mission auprès des ARS – 15 répondants, septembre 2022

[350] Cette mesure nécessite un certain temps de préparation, de cadrage et d'organisation entre le SAMU / SAS, les médecins et les transporteurs.

[351] Au-delà du déclenchement du transport, il apparaît que la prescription du transport post consultation, pour le retour à domicile, pose de nombreuses difficultés. Celles-ci sont évidemment très variables sur le territoire et particulièrement prégnantes dans les zones rurales dépendant exclusivement de la garde ambulancière. Ainsi, la prescription du transport retour est chronophage pour le médecin généraliste et, en parallèle, il est difficile de valoriser le temps passé par les transporteurs dans les cabinets médicaux s'ils attendent la fin de la consultation afin de ramener

ensuite le patient à son domicile. Le recours à la télémédecine est souvent perçu comme un levier plus simple pour répondre aux besoins de personnes ayant des difficultés de mobilité.

[352] Les acteurs rencontrés par la mission, malgré ces difficultés, restent très favorables à sa pérennisation notamment parce qu'elle pourrait permettre une amélioration réelle de l'accès aux soins des personnes dépendantes ou précaires. Cette mesure est donc clairement attendue. Même si elle peut concerner peu de situations, elle revêt un réel intérêt afin d'éviter des passages aux urgences de personnes âgées par exemple.

4 Exemples illustratifs d'expériences territoriales innovantes

[353] Dans la région Centre-Val de Loire, les SAS de l'Indre et de l'Indre-et-Loire ont expérimenté la prescription, via le régulateur, des transports sanitaires en cabinet de ville. Le premier bilan est plutôt positif, avec une organisation pérenne en cours de structuration. Les principales difficultés concernent :

- le manque d'effecteurs de transport ;
- la relation nouvelle des SAMU / SAS avec les taxis, à mettre en place ;
- le retour à domicile à l'issue de la consultation.

[354] Cette mesure a également fait l'objet d'une expérimentation intéressante en Bretagne, reposant sur la régulation du dispositif par le SAMU, un adressage de la régulation vers la maison de santé pluridisciplinaire (MSP) après accord du médecin généraliste et du patient. Les MSP ciblées sont éloignées d'un SAU, avec transfert du patient vers le SAU si nécessaire. Les objectifs sont les suivants : apporter une réponse en proximité à la population, valoriser la capacité des MSP à apporter une réponse aux soins non programmés, limiter le transfert des patients vers les SAU et prévenir la saturation de ceux-ci. Cette expérimentation, qui s'est déroulée avant la crise sanitaire, était fortement portée par les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), avec association des transporteurs privés.

5 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[355] La pérennisation de cette mesure s'insère dans le schéma plus global de la réforme des transports sanitaires urgents.

[356] La mission considère cependant que les modalités pratiques de cette prescription doivent être précisées à très court terme afin de permettre à la mesure de réellement se déployer. Il s'agit notamment :

- d'identifier les structures d'accueil. Si l'identification des structures volontaires est indispensable par la plateforme numérique du SAS pour faciliter le travail de régulation, il n'est pas forcément opportun que l'ARS fixe la liste des structures par arrêté ;
- utiliser le coordonnateur ambulancier déployé dans les SAMU pour identifier les transporteurs en journée susceptibles d'assurer le transport, voire, comme le font les ARS de Normandie et des Hauts-de-France, lancer une enquête ou un appel à volontariat pour identifier les transporteurs sanitaires et taxis conventionnés acceptant d'être mobilisés et ainsi identifier leurs disponibilités ainsi que le nombre de vecteurs utilisables ;

- traiter les difficultés pour le médecin qui reçoit le patient en consultation à mobiliser ensuite un transport pour assurer le retour à domicile lorsque celui-ci est nécessaire. Il apparaît en effet, à la lecture de l'instruction interministérielle du 13 mai 2022 précitée, que le patient pris en charge au sein de la structure doit rejoindre ensuite son domicile par ses propres moyens. C'est seulement si l'état du patient rend ce transport sanitaire indispensable que le médecin qui assure la consultation fait une prescription pour assurer la prise en charge du retour au domicile ;
- mieux communiquer sur ce dispositif auprès des médecins régulateurs et en préalable co-construire un cahier des charges partagé (ATSU-SAMU-SAS-ARS- structures ambulatoires) afin de définir les engagements réciproques nécessaires à une bonne mise en œuvre (ex : temps d'immobilisation du transport devant la structure ambulatoire) ;
- identifier des cas d'usage, par exemple une personne âgée en EHPAD ayant une plaie qui a besoin d'être suturée ;
- mettre en place une évaluation financière du coût réel des dépenses engagées sur ces transports relevant d'une prise en charge exceptionnelle pour éventuellement en élargir les lignes dans un second temps.

FICHE 14 : AUGMENTER LES PLAFONDS D'HEURES DE GARDE DEDIEES AUX TRANSPORTS SANITAIRES URGENTS

1 Rappel de la mesure

Intitulé de la mesure : augmentation des plafonds d'heures de garde dédiées aux transports sanitaires urgents.

[357] L'objectif de cette mesure est d'augmenter la capacité des transports sanitaires à répondre aux besoins de la régulation médicale en rehaussant dès l'été le plafond d'heures de garde dédiées aux transports sanitaires urgents.

[358] Ses modalités d'application sont définies par l'instruction du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

[359] Cette mesure s'articule avec la réforme des transports sanitaires urgents en cours de déploiement (instruction interministérielle du 13 mai 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des transports sanitaires urgents et de la participation des entreprises de transports sanitaires au service de garde). Les moyens de garde, qui peuvent désormais être positionnés en journée en dehors des week-ends et jours fériés, sont encadrés par des plafonds fixés par arrêté interministériel.

[360] Les principaux objectifs de la réforme sont les suivants :

- renforcement de l'efficacité du dispositif de garde ambulancière : redéfinition des secteurs de garde par les agences régionales de santé (ARS) pour en adapter le périmètre aux délais d'intervention demandés par le SAMU ;
- élargissement des horaires et repositionnement des moyens de garde en fonction du niveau d'activité ;
- consécration du rôle de l'association de transports sanitaires d'urgence (ATSU) la plus représentative au plan départemental ;
- renforcement de la capacité de mobilisation des moyens dédiés et non dédiés grâce notamment à la présence d'un coordonnateur ambulancier ;
- redéfinition des interventions des ambulanciers et développement de pratiques pour limiter la durée de mobilisation : intégration dans l'organisation des missions de la possibilité de transport vers la ville (cf. fiche dédiée).

[361] La révision à la hausse des plafonds d'heures de garde vise concrètement à améliorer la réponse des entreprises de transports sanitaires et intégrer notamment les sorties blanches et les difficultés particulières topographiques et géographiques de certaines régions. Elle implique une

modification de l'arrêté interministériel du 26 avril 2022 relatif aux plafonds d'heures de garde pour l'organisation de la garde prévue à l'article R. 6312-19 du code de la santé publique.

[362] Le coût de l'augmentation du plafond d'heures de gardes de 7 159 944 à 7 661 140 heures est estimé à 7 M€ pour trois mois et à 27 M€ pour un an. Ce montant est calculé sur les bases d'un simulateur national et avec la double hypothèse d'une augmentation globale des réponses aux demandes du SAMU et d'une baisse des carences ambulancières.

2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

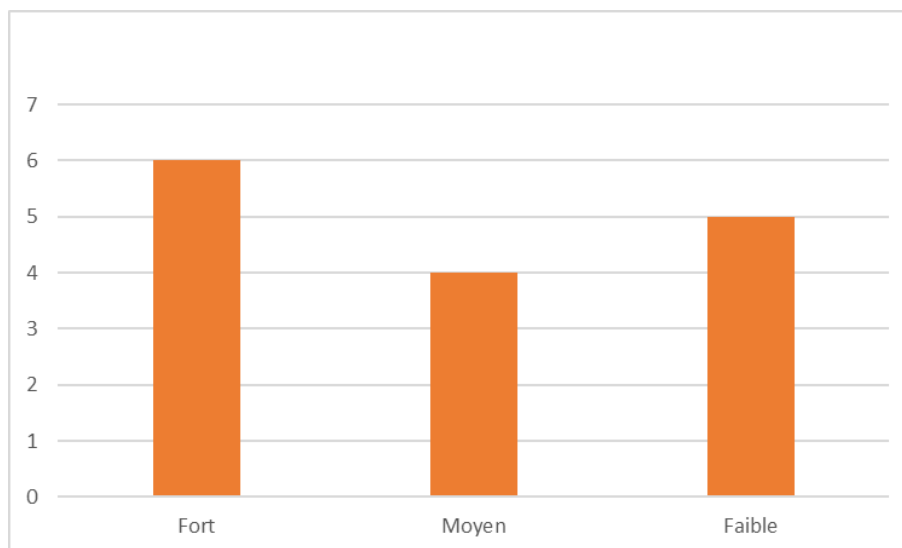
[363] Il n'est pas encore possible de bénéficier d'un bilan précis permettant d'évaluer cette mesure au plan quantitatif.

[364] Plus globalement, en septembre 2022, 42 départements se sont engagés dans la réforme des transports sanitaires urgents.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

[365] Dans le contexte de la montée en charge très progressive de la réforme des transports sanitaires urgents, les ARS ont un avis plutôt partagé sur l'impact de cette mesure, comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 1 : Impact de la mesure « relèvement des plafonds d'heures de gardes dédiées au transport sanitaire urgent » selon les ARS



Source : Enquête conduite par la mission auprès des ARS – 15 répondants, septembre 2022

[366] Certaines ARS ont pu souligner que la concomitance des mesures sur les transports (réforme et mesure issue de la mission flash) complexifiait la compréhension et la mise en œuvre opérationnelle. D'autres considèrent à l'inverse que l'augmentation du nombre d'heures de gardes facilite la mise en œuvre de la réforme.

[367] Ainsi, en Nouvelle Aquitaine, depuis le 1er juillet, la nouvelle organisation de la garde sur quatre départements a pu être mise en œuvre, le déploiement au 1er septembre sur deux autres territoires et, enfin, sur les derniers au 1er octobre.

[368] En Centre Val-de-Loire, la réforme a été lancée courant juin, avec des nouvelles organisations dans quatre départements sur six. Celles-ci permettent de répondre aux besoins de transports sanitaires urgents en journée. En ce sens, l'augmentation du plafond d'heures de garde n'a pas eu de conséquences directes, les négociations étant en cours et l'enveloppe précédente étant à ce stade suffisante pour répondre aux organisations souhaitées par les acteurs. Les enjeux sont principalement RH, avec une attractivité limitée du secteur du transport sanitaire.

[369] Certains retours témoignent d'une position favorable quant à cette augmentation du plafond d'heures de gardes mais avec une mise en œuvre différée au troisième trimestre. L'évaluation par les ARS est donc rendue très difficile. La hausse du plafond d'heures de garde ambulancières répond bien au besoin exprimé par les différents acteurs de la réforme des transports sanitaires urgents dans les régions mais l'approbation très récente des cahiers des charges et les tensions RH au sein des entreprises de transport sanitaire contribuent à différer l'application de la mesure. Cette nouvelle répartition nécessite une concertation de l'ensemble des territoires, pour une répartition équitable, dans la limite de l'enveloppe d'heures supplémentaires accordée, et pour répondre aux besoins identifiés lors de la première phase de mise en place de la réforme.

[370] Les problématiques RH ont été remontées par de très nombreuses ARS (difficultés de recrutement des ambulanciers, difficultés d'accès à la formation d'ambulancier et d'auxiliaire ambulancier, *turn over* élevé).

[371] Enfin, certaines régions ont déploré une hausse insuffisante du plafond d'heures de garde, ne permettant pas de répondre de manière optimale à tous les besoins de garde sur le territoire.

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[372] La pérennisation de cette mesure s'insère dans le schéma plus global de la réforme des transports sanitaires urgents.

[373] Dans cette perspective, la mission considère que les principaux enjeux sont les suivants :

- vérifier que cette mesure entraîne bien une réduction des carences ambulancières (qui augmentent de 20 % par an selon la DGOS). Une évaluation à court terme sera d'ailleurs indispensable, lorsque les données seront disponibles ;
- rendre rapidement effective la fonction de coordonnateur ambulancier, acteur important de la réforme ;
- rendre les métiers du transport sanitaire urgent plus attractifs.

FICHE 15 : MOBILISER LES INFIRMIERS LIBERAUX VOLONTAIRES POUR ASSURER UNE REPONSE AUX SOINS NON PROGRAMMES

1 Rappel de la mesure

Intitulé de la mesure : mobilisation des infirmiers libéraux volontaires pour assurer une réponse aux soins non programmés à la demande de la régulation SAMU / SAS

[374] L'objectif de cette mesure est de mobiliser davantage les infirmiers diplômés d'Etat libéraux (IDEL) dans la prise en charge des soins non programmés par la mise en place d'un mécanisme d'astreinte volontaire, en dehors ou pendant la permanence des soins ambulatoires (PDSA), à la demande de la régulation SAMU / SAS. L'infirmier ainsi mobilisé se déplace au domicile du patient, y compris en EHPAD.

[375] Ses modalités d'application sont définies par l'instruction du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

[376] Les infirmiers se déclarent volontaires auprès du SAMU ou du SAS. L'astreinte consiste ensuite à se rendre disponible sur des créneaux de six heures, de jour et / ou de nuit, en cas de sollicitation de la régulation, impliquant donc de réduire son planning habituel.

[377] Ils peuvent bénéficier des mesures de valorisation suivantes :

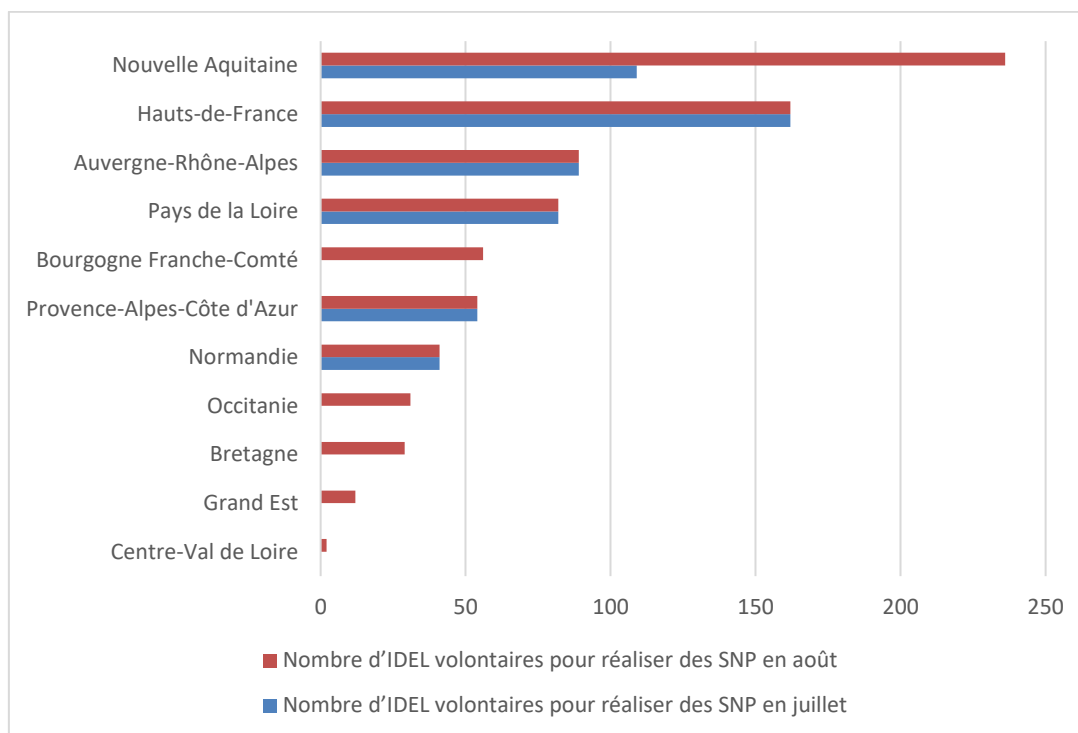
- valorisation des astreintes réalisées par les infirmiers :
 - 78 € par période de six heures pour les astreintes aux horaires de PDSA ;
 - 60 € par période de six heures pour les astreintes en dehors des horaires de PDSA ;
- valorisation de l'intervention de l'IDEL au domicile, avec trois cas de figure pouvant se présenter en fonction de l'analyse de la situation sur place :
 - le déclenchement d'une téléconsultation assistée par l'infirmier auprès du médecin régulateur ;
 - la réalisation d'un acte infirmier ;
 - un conseil aux patients sans réalisation d'acte ou de téléconsultation assistée.

[378] Afin d'obtenir le paiement de ces astreintes, l'infirmier devra adresser un bordereau à sa caisse de rattachement obligatoirement visé (cachet ou signature) par le centre de régulation. Le centre 15 ou la régulation SAS établit un tableau récapitulatif par secteur. Il doit être transmis mensuellement aux caisses d'assurance maladie. Les caisses procèdent ensuite à un suivi et des contrôles *a posteriori*.

2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

[379] Le graphique suivant recense le nombre d'IDEL volontaires pour réaliser des soins non programmés en juillet et en août 2022.

Graphique 1 : Nombre d'IDEL volontaires pour réaliser des soins non programmés en juillet et en août 2022 (dans les régions ayant déployé la mesure)³⁷



Source : Enquête conduite par la mission auprès des ARS, septembre 2022

[380] Ce tableau rend compte, au-delà de l'hétérogénéité territoriale, de la montée en charge du dispositif, encore largement en cours, et permet de visualiser la dynamique engagée.

[381] Les données remontées à ce stade à la CNAM sont très parcellaires. En effet, seules cinq caisses ont remonté des informations, quasiment toutes en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, et 65 IDEL ont été comptabilisés comme ayant réalisé une astreinte. Très peu d'actes ont été cotés, environ 400 depuis le début du déploiement de la mesure. En règle générale, les temps de transmission des bordereaux et de liquidation est assez important.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

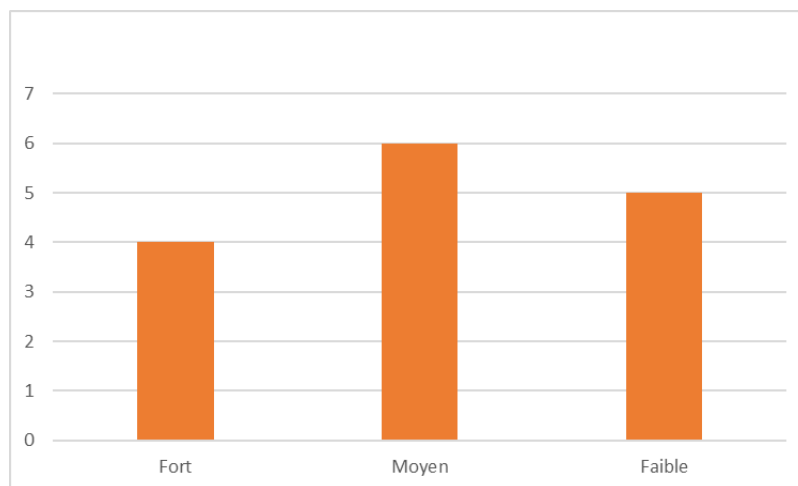
3.1 Éléments d'appréciation qualitative recueillis auprès des ARS

[382] La position des ARS quant à l'impact de cette mesure est variable et fortement dépendante de son degré de déploiement au sein du territoire concerné. Cet impact est donc en réalité très difficile

³⁷ Les CPTS des 11^{ème}, 13^{ème}, 14^{ème} et 15^{ème} arrondissements de Paris ont également mis en place un dispositif d'astreinte infirmière mais le nombre d'IDEL mobilisés n'était pas connu de l'ARS à la date de l'enquête de la mission.

à apprécier au regard du graphique ci-dessous et ne présume en rien de l'inefficacité du dispositif à plus long terme.

Graphique 2 : Impact de la mesure « mobilisation des IDEL pour répondre aux demandes de soins non programmés formulées par la régulation SAMU / SAS » selon les ARS



Source : Enquête conduite par la mission auprès des ARS – 15 répondants, septembre 2022

[383] La quasi-totalité des répondants a signalé que cette mesure nécessitait un travail préparatoire important dans les territoires, rendant difficile une évaluation dès septembre. En effet, un temps de cadrage et d'échanges entre partenaires est indispensable. La période estivale n'était par ailleurs pas propice à la mise en place de cette mesure qui implique une réelle évolution des pratiques. Les déploiements futurs, nécessitant notamment de recenser les volontaires et d'identifier les besoins ainsi que les motifs de recours, ont cependant souvent été préparés cet été en vue d'une mise en œuvre ultérieure, au troisième trimestre 2022.

[384] A titre d'exemple, en Nouvelle Aquitaine, alors que 237 IDE volontaires étaient recensés début septembre, aucun acte n'a encore été réalisé en raison de secteurs trop restreints sur le mois d'août et d'un délai indispensable d'appropriation par la régulation. Il importe donc d'inscrire cette mesure dans la durée.

[385] Des enjeux SI ont également été signalés comme un frein au bon déploiement de la mesure, d'autant que les SAMU utilisent aujourd'hui un tableau qui semble peu lisible, servant aussi de base de bordereau transmis à la CPAM pour permettre la rémunération des infirmiers. Certaines régions déplorent ainsi, dans les territoires ayant commencé à mettre en place la mesure, qu'un très grand nombre d>IDEL volontaires soient parfois recensés sans ensuite être mobilisés par les régulateurs pour des raisons purement techniques.

[386] Certains travaux conduits dans les régions permettent d'identifier deux critères d'intervention pertinents des IDEL :

- le premier porte sur un patient dont l'état clinique (après élimination d'une urgence grave motivant un bilan hospitalier) reste difficilement évaluable à distance par le médecin régulateur mais qui pourrait bénéficier de l'expertise d'un professionnel de santé infirmier à domicile. Ce type d'intervention se distingue des besoins ultérieurs (c'est-à-dire besoin de médicaments, de soins infirmiers DE, de soins de kinésithérapie, etc.) ;

- le second renvoie à une situation pour laquelle le médecin régulateur identifie d'ores et déjà la nécessité de faire réaliser un soin infirmier (pose d'une sonde urinaire, pansement complexe, etc.). Cette indication est cependant plus complexe à déployer que la première car elle nécessite d'organiser l'approvisionnement en dispositifs médicaux et / ou médicament de l'IDE et ce en fonction de chaque soin (sonde urinaire, perfusion, médicament, etc.) et de chaque patient (diamètre de sonde urinaire par exemple). Dans l'attente d'une organisation spécifique (qui pourrait voir le jour à l'échelle d'une communauté professionnelle territoriale de santé – CPTS, par exemple), cette seconde indication pourrait être utilisée dans les situations suivantes : EHPAD, patients déjà suivis et possédant l'ensemble des matériels et/ou médicaments nécessaires au soin pré identifié, soin pouvant être réalisé par l'IDE d'astreinte avec le matériel en sa possession après vérification au cas par cas par un échange médecin régulateur – IDE d'astreinte.

[387] Cette mesure est donc jugée prometteuse par de nombreuses ARS car elle vient multiplier les possibilités d'effectuation à domicile et répondre à des besoins spécifiques sur les territoires. Son déploiement est très attendu en vue d'améliorer l'offre de soins, notamment lorsque la densité médicale est faible, optimiser le temps médical et valoriser la profession infirmière.

3.2 Eléments d'appréciation qualitative recueillis auprès des parties prenantes

[388] L'ensemble des personnes auditionnées s'entend pour reconnaître que le déploiement de cette mesure prend beaucoup de temps et qu'il implique notamment un travail de sectorisation assez fin sur les territoires. Certains plaident d'ailleurs en faveur d'une sectorisation calquée sur celle des CPTS.

[389] Quelques acteurs déplorent que l'IDEL d'astreinte soit mobilisé sans vérification préalable de la disponibilité du médecin traitant ou de l'infirmier de référence du patient par la régulation. Le médecin traitant devrait ainsi *a minima* être informé en cas d'intervention. La mise en place d'un nombre maximum d'astreintes est demandée (60 par an), associée à une obligation d'installation sur le territoire, afin de cadrer la mesure.

[390] D'autres personnes rencontrées par la mission regrettent que les médecins régulateurs ne connaissent pas cette possibilité de recourir à un IDEL pour intervenir auprès du patient. Certains SAMU ont été qualifiés de véritables sources de blocage, ne percevant pas vraiment les missions pouvant être confiées aux IDEL dans ce cadre, alors même que le maillage territorial de cette profession, leur connaissance du terrain et leur venue au domicile du patient peuvent vraiment faire des infirmiers un levier intéressant pour une meilleure prise en charge des soins non programmés.

[391] Cette mesure ne fait donc pas l'unanimité, surtout côté médecins, qu'il s'agisse de son utilité, d'interrogations sur l'articulation des compétences entre médecins et infirmiers dans ce cadre ou de craintes sur la capacité à déployer rapidement la mesure sur le territoire. La réticence qu'ils peuvent parfois exprimer à l'encontre de ce nouveau levier de prise en charge des soins non programmés implique un temps long d'adaptation et de préparation du terrain.

[392] Quant aux usagers, les remontées d'informations montrent que ceux-ci sont très attachés et soutiennent les initiatives visant à renforcer le rôle des acteurs du soin, en complément des professions médicales.

4 Exemples illustratifs d'expériences territoriales innovantes

[393] A Paris, les CPTS des arrondissements 11, 13, 14 et 15 se sont fortement mobilisées et ont fourni un numéro unique par territoire, joignable par la régulation en dehors des horaires de la PDSA. Cette mesure a été plébiscitée par les médecins libéraux régulateurs qui habituellement envoyaient ces patients aux urgences. Dans le cadre de ce dispositif, ils délivrent une prescription à l'IDEL qui est ensuite dans l'obligation de faire un retour au médecin. Il ne s'agit pas réellement d'une plateforme mais plutôt d'une mise en relation directe entre le médecin régulateur du quartier et l'infirmier du même territoire, sur la base d'un tableau d'astreinte élaboré de manière hebdomadaire. La montée en charge du dispositif sur septembre semble indiquer qu'un besoin existe réellement. Il apparaît que les sollicitations étaient justifiées et pertinentes et ont porté principalement sur des personnes en situation de fragilité (notamment en grande précarité sociale).

[394] Le Centre Val-de-Loire est également une région ayant déployé cette mesure efficacement dans certains territoires. A titre d'exemple, l'Eure-et-Loir a développé une organisation de soins non programmés par les IDE structurée en plusieurs étapes :

- établir par secteur d'intervention un planning des IDEL volontaires ;
- le SAMU décide d'engager l'IDE sur ce secteur ;
- transmission systématique d'un bilan par l'IDEL au SAMU ;
- le médecin régulateur peut prescrire à l'IDEL des actes type pansement ou adaptation de traitement ;
- un transport sanitaire peut être décidé par le médecin régulateur ;
- en cas de besoin, une visio peut être organisée par le médecin régulateur.

[395] Afin de généraliser cette organisation, un retour d'expérience SAMU-IDEL est mis en place afin de recenser les bonnes pratiques et mettre en évidence les éventuels freins à ce dispositif.

[396] En Normandie, une plateforme URPS IDEL est utilisée pour identifier un infirmier disponible afin de réaliser une visite à domicile sur prescription du SAMU / SAS. L'URPS déploie (avec un financement du fond d'intervention régional – FIR) en journée en semaine et le samedi en journée un numéro téléphonique unique à disposition des territoires qui ne sont pas couverts par une astreinte IDEL. Il apparaît que le dispositif semble plus facile à déployer sur le temps de la PDSA qu'en journée.

[397] La mesure est également mise en œuvre dans les Alpes-de-Haute-Provence sur plusieurs territoires isolés marqués par une faible densité médicale et l'impossibilité pour les médecins encore installés de répondre à l'ensemble des sollicitations en soins non programmés. Dans ce contexte, la mesure permet à des infirmiers volontaires et formés d'intervenir aux horaires de la PDSA, en l'absence de médecin disponible sur le tableau des astreintes (carence de la PDSA médicale). Cette intervention s'articule avec le diagnostic et les prescriptions du médecin régulateur. Les IDEL sont formés et équipés d'un matériel de télé-médecine (qui les rapprochent de la mesure portant sur les unités mobiles de télé-médecine, cf. fiche dédiée).

[398] En Sarthe, la mesure est déployée depuis le mois d'août, dans l'objectif principal d'éviter le déplacement de patients âgés, pour des urgences qui ne sont pas vitales. La prise en charge des patients ayant une pathologie psychiatrique et vivant à domicile est exclue du dispositif. Un travail de communication, condition de réussite de cette mesure, a été engagé vis-à-vis des professionnels. Un guide méthodologique à destination des infirmiers a été élaboré, avec une implication du SAMU.

Un planning récapitulant les astreintes de nuit et de week-end est réalisé par l'URPS et transmis au SAMU (période PDSA). Dès qu'il reçoit un appel pouvant être orienté vers une prise en charge infirmière, le SAMU consulte ce planning et contacte directement l'IDEL d'astreinte. Le délai d'intervention est alors de quatre heures maximum. Un tableau d'IDEL volontaires pour la prise en charge des soins non programmés est également élaboré.

[399] Dans le Haut-Rhin, la mesure a été déployée à titre expérimental avec le concours de l'URPS IDEL et via l'application InzeeCare, mise à disposition par l'ARS, mettant en lien SAMU et infirmiers libéraux. Les actes pouvant être réalisés sont les levées de doutes, les remplacements de sondes urinaires, les plaies, brûlures, escarres, etc. Le financement d'un « kit de démarrage » de matériel d'urgence pour les IDEL impliqués dans l'expérimentation a été nécessaire pour élargir le champ d'application au-delà des seules levées de doute.

[400] Enfin, le département du Morbihan utilise également l'application InzeeCare, portée par l'URPS IDEL. Les infirmiers se déclarent donc d'astreinte et tracent leurs interventions dans cet outil. Le SAMU peut aussi utiliser l'application pour les mobiliser. Sur le même principe, l'ARS a soutenu le projet de l'URPS des masseurs-kinésithérapeutes, qui a proposé de venir en soutien. L'objectif est de permettre au régulateur de solliciter un masseur-kinésithérapeute pour un accès direct sur des pathologies définies (entorse de cheville et lombalgie datant de moins de quatre mois). Après régulation et prescription du soin, déposée sur InzeeCare, le patient est orienté vers un masseur-kinésithérapeute qui s'est déclaré volontaire sur la plateforme. Les disponibilités sont saisies par les masseurs kinésithérapeutes sur l'application, à laquelle le centre 15 a accès. Cependant, début septembre, alors que les SAU sont informés depuis mi-juillet et ont reçu le mode d'emploi, seuls deux masseurs-kinésithérapeutes ont été mobilisés (sur un vivier d'environ 40 volontaires).

5 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[401] En dépit d'une mise en place encore très progressive ne permettant pas à ce jour de réaliser une évaluation solide, la mission considère que cette mesure doit être préservée car elle permet de positionner l'infirmier comme un acteur de la prise en charge des soins non programmés, en complément de l'intervention médicale. Cette complémentarité ville-hôpital et médecins-IDE contribuera d'ailleurs au renforcement de la technicité des pratiques infirmières. Sur ce point, il importe d'inscrire cette mesure dans le temps pour qu'elle puisse progressivement s'installer et dépasser les réticences médicales pouvant parfois s'exprimer à ce sujet.

[402] De plus, compte tenu des travaux préparatoires au déploiement de la mesure d'ores et déjà conduits dans les régions, il serait très négatif de ne pas pérenniser la mesure car cela briserait le dynamisme engagé.

[403] Il importe par ailleurs de bien articuler cette mesure avec les autres dispositifs de la « boîte à outils » impliquant la profession infirmière, afin d'assurer une certaine gradation de la mobilisation des IDE : astreintes IDEL (PDSA et hors PDSA), équipes paramédicales de médecine d'urgence - EPMU (pour les urgences vitales) et unités mobiles de téléconsultation (réalisation d'une consultation de médecine générale sans soins associés).

[404] Les conditions de réussite et de pérennisation de cette mobilisation des IDEL reposent sur :

- une démarche projet territoriale impliquant tous les acteurs dans le cadre des SAS/SAMU ;
- une protocolisation (en lien avec les SAMU / SAS) permettant de déterminer clairement les critères du déclenchement et de l'effectation infirmière par le régulateur ainsi que la liaison entre l'IDEL et le SAMU / SAS au cours de l'effectation ;
- un équipement adapté des infirmiers d'astreinte, qui conditionne le champ des indications d'intervention ;
- une traçabilité pour garantir la continuité avec le médecin traitant ;
- des modalités de financement adaptées pour assurer l'adhésion des acteurs et la continuité du dispositif ;
- une communication, indispensable s'agissant d'un changement radical dans les pratiques des médecins régulateurs qui jusqu'ici renvoyaient vers des médecins ;
- un système d'information permettant aux médecins régulateurs de renvoyer automatiquement vers les IDEL d'astreinte ;
- la mise en place d'un agenda partagé intégrant les secteurs et les horaires d'astreinte.

[405] Enfin, la mission en cours de l'IGAS sur la profession infirmière permettra de caractériser les champs de compétences réels des infirmiers et leurs particularités en vue de procéder à une réingénierie de ce métier.

FICHE 16 : SIMPLIFIER L'APPLICATION DES PROTOCOLES DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONS DE SANTÉ, SOUS COORDINATION MÉDICALE

1 Rappel de la mesure

Intitulé de la mesure : simplifier l'application des protocoles de coopération entre professions de santé, sous coordination médicale.

[406] L'objectif de cette mesure est de faciliter la prise en charge de motifs de recours aux médecins fréquents et peu graves. Elle se situe dans la continuité de la mise en place, en 2020, de six protocoles de soins non programmés en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) et centres de santé. Il s'agit en effet d'autoriser, pour la période estivale, la mise en place de ces protocoles au sein du périmètre plus large des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ayant conclu un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) avec l'Assurance maladie ou dont le projet de santé a été validé par l'agence régionale de santé (ARS).

[407] Cette mesure a été précisée dans une note d'information de la DGOS et de la DSS du 22 août 2022 relative aux modalités d'appui au déploiement des protocoles locaux de coopération mis en œuvre par les structures d'exercice coordonné.

[408] Le tableau suivant liste les six protocoles concernés par la mesure.

Tableau 1 : Liste des protocoles concernés par la mesure

Prise en charge de l'odynophagie par l'IDE ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'IDE et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à quatre semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'IDE et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'IDE ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle

Source : Légifrance

[409] Les principes définis jusqu'à présent pour les MSP et les CDS sont applicables aux CPTS volontaires :

- la mise en œuvre de ces activités dérogatoires est effectuée par des professionnels de santé non médecins (professionnel délégué) en coopération formalisée par les protocoles avec des médecins généralistes délégants. Délégants et délégués sont membres de la même CPTS. Les patients dont le médecin traitant n'est pas membre de la CPTS peuvent également être pris en charge dans le cadre de ces protocoles par les délégués, à la condition que ceux-ci puissent joindre un médecin délégant à tout moment, pour avis et recours éventuel du patient par téléconsultation ou consultation ;
- chaque protocole autorisé précise les critères d'éligibilité et les critères d'exclusion des patients pouvant être pris en charge, ainsi que les compétences et la formation des délégués pour appliquer les protocoles ;
- le professionnel délégué peut prescrire des médicaments, dispositifs médicaux, actes, arrêts de travail prévus par chacun des protocoles. Compte tenu de la législation actuelle qui n'autorise pas ces professions à effectuer de prescriptions hors de leurs compétences définies par le code de la santé publique, la CPTS devra mettre à la disposition des délégués les prescriptions-types préétablies par les médecins délégants prévues par les protocoles comprenant l'identification professionnelle d'un médecin délégant ;
- la procédure prévue pour les MSP concernant le financement des actes réalisés dans le cadre des protocoles est étendue aux CPTS. Concrètement, la rémunération des protocoles est versée à la CPTS qui se charge de reverser à chaque professionnel ayant mis en œuvre les protocoles selon les modalités qu'elle aura définies, en application d'un décret de mars 2022 autorisant les CPTS à rémunérer leurs membres « en contrepartie de leur participation à la réalisation des missions de service public de la communauté professionnelle territoriale de santé ».

[410] Deux simplifications sont en revanche prévues pour rendre possible la mise en œuvre de la mesure à l'échelle de la CPTS :

- l'exigence de partage d'un même système d'information est supprimée. L'implémentation du compte-rendu de prise en charge se fait dans l'espace de santé numérique du patient. A défaut, ce document est transmis au médecin traitant par messagerie sécurisée ;
- la déclaration de l'adhésion aux protocoles sur l'application dédiée du site du ministère de la santé et de la prévention, par un formulaire unique de déclaration est mise en place. Les structures d'emploi ou d'exercice sont tenues de déclarer auprès de l'ARS chaque membre de l'équipe volontaire pour mettre en œuvre les protocoles ;

[411] Les MSP et les centres de santé continuent à bénéficier du cadre réglementaire préexistant. Les professionnels de santé d'une MSP peuvent, à titre individuel, participer à la mise en œuvre des protocoles en lien avec d'autres professionnels de santé du territoire de la CPTS.

2 Synthèse des éléments quantitatifs de mise en œuvre

[412] Les données de la DGOS rendent compte d'une montée en charge progressive du dispositif : 10 CPTS étaient engagées dans la démarche le 3 août 2022 (représentant 60 professionnels de santé) puis 25 CPTS le 6 septembre (représentant 232 professionnels de santé : 130 pharmaciens, 63

médecins, 21 infirmiers et 18 masseurs-kinésithérapeutes). Le tableau suivant donne le détail du déploiement.

Tableau 2 : Liste des 25 CPTS engagées dans le déploiement de la mesure portant sur la simplification des protocoles de coopération, à la date du 6 septembre 2022

CPTS	Région	Cystite	Odynophagie	Rhinite	Varicelle	Entorse	Lombalgie
CPTS Roannais Défi Santé	AURA	1	1	1	1	1	1
CPTS du pays de Gex	AURA	1	0	0	0	0	0
CPTS de Yenne	AURA	1	1	1	0	1	1
CPTS du Genevois	AURA	0	1	0	0	0	0
CPTS du bassin Vésulien	BFC	1	0	0	0	0	0
CPTS de Luxeuil-Les-Bains	BFC	1	1	1	1	0	0
CPTS Cap Sizun	BRETAGNE	1	1	1	0	0	0
CPTS de Balagne	CORSE	1	1	0	0	1	1
CPTS Val de Creuse	CVL	1	0	0	0	0	0
CPTS du pays chartrain	CVL	1	1	1	1	0	0
CPTS Berry Vierzon Sologne	CVL	0	0	0	0	0	0
CPTS De Chateauroux	CVL	1	0	0	0	0	0
CPTS Sud est auboise	GE	1	1	1	1	1	1
CPTS Nord Aisne	HDF	1	1	1	1	1	1
CPTS Paris 8	IDF	1	1	1	1	0	0
CPTS Paris 9	IDF	1	1	1	1	1	1
CPTS Val de seine (91)	IDF	1	1	1	1	1	1
CPTS Haute-Corrèze Ventadour	NA	1	0	0	0	0	0
CPTS entre châtaigne et micocoule	OCC	1	0	0	0	0	0
CPTS Montpellier Est Bérange	OCC	1	1	1	1	0	0
CPTS Agly Pyrénées Corbières méditerranée	OCC	1	1	1	1	0	0
CPTS du Verdon	PACA	1	0	0	0	0	0
CPTS Cœur du var (MSP Thorsantis)	PACA	1	1	1	1	0	0
CPTS Perche Emeraude	PDL	1	0	0	0	0	0
CPTS Sud Vendée	PDL	1	1	1	1	0	0
Total provisoire 06/09/2022		23	16	14	12	7	7

Source : DGOS

[413] Le protocole cystite est celui ayant fait l'objet du plus grand nombre d'adhésions (23 adhésions), suivi des protocoles angine / rhinite / varicelle (une quinzaine d'adhésions) et des protocoles entorse / lombalgie (sept adhésions).

[414] Deux profils de déclaration se distinguent :

- 15 CPTS adhèrent à plusieurs protocoles avec une équipe pluri-professionnelle parfois sur des MSP ;
- 10 équipes ont été impulsées par des pharmaciens au sein des CPTS, en priorité sur le protocole relatif aux cystites.

[415] La mission n'a pas pu se procurer les données relatives au nombre de forfaits versés dans le cadre de ces protocoles ainsi que les montants versés car les bordereaux trimestriels ne seront transmis aux CPAM que début octobre.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

[416] Pour les ARS, l'impact de cette mesure est jugé plutôt faible. Il s'agit en effet d'une possibilité présentant un faible impact immédiat, mais pouvant être opportune à l'avenir, à plus long terme.

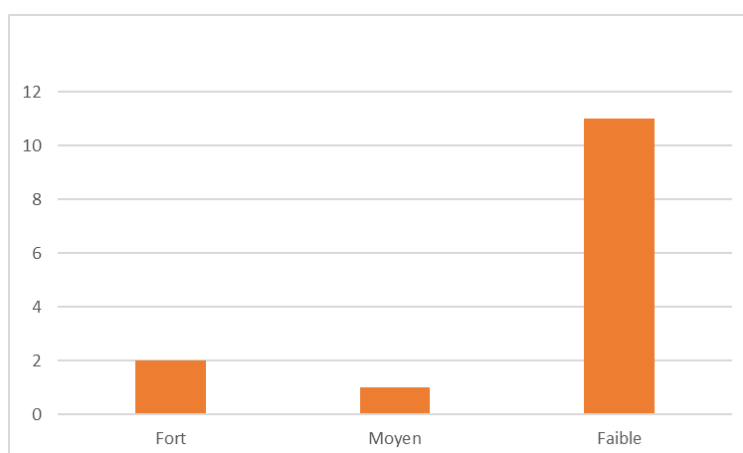
[417] Ainsi, plusieurs répondants ont insisté sur la nécessité d'un travail préparatoire, que la période estivale n'a pas forcément facilité du fait notamment des effectifs restreints, en vue du déploiement effectif de ces protocoles au sein des CPTS.

[418] En effet, si la simplification des éléments demandés pour le dépôt du dossier est bienvenue, la préparation et le montage pratique des protocoles restent complexes pour les structures.

[419] De plus, même après sa mise en œuvre, la mesure suppose un temps d'appropriation assez important, au-delà de la formation également indispensable des professionnels concernés, délégants comme délégataires.

[420] Le dispositif est également encore très mal connu sur le terrain alors même que les patients, pour adhérer à la démarche, doivent bénéficier d'une information adaptée et lisible sur l'organisation mise en place.

Graphique 3 : Impact de la mesure « simplification des protocoles de coopération » selon les ARS



Source : Enquête conduite par la mission auprès des ARS – 14 répondants, septembre 2022

[421] Cette mesure n'est généralement pas perçue comme la plus pertinente et utile, au-delà de sa complexité et de ses difficultés de mise en œuvre. En effet, outre les modalités de facturation par les CPTS et la gestion des ordonnances, le principal point de difficultés rapporté est le temps nécessaire à la formation préalable à la mise en œuvre des protocoles. Afin d'y remédier, un support de formation a été élaboré par la fédération des CPTS (FCPTS) concernant le protocole cystite. Des supports de formation pour les protocoles entorse et lombalgie sont également proposés.

[422] Un certain nombre d'acteurs rencontrés par la mission estime par ailleurs qu'il aurait été pertinent de ne pas circonscrire la mesure aux CPTS. En effet, offrir la possibilité à des professionnels ne participant pas à une forme d'exercice coordonné de s'inscrire dans des protocoles de coopération permettrait de les faire évoluer vers un premier niveau de collaboration formalisée avec d'autres professionnels de santé, pouvant potentiellement aboutir à un exercice pluri-professionnel type MSP. Une telle mesure, appliquée hors exercice coordonné, permettrait de « déverrouiller » le dispositif et d'y introduire une certaine souplesse.

[423] Un point de responsabilité juridique a pu également être mentionné par les personnes auditionnées s'agissant du médecin délégant mais aussi du positionnement de la CPTS dans ce cadre. Beaucoup de craintes sont exprimées envers la notion de délégation, portant spécifiquement sur l'utilisation par un autre professionnel du numéro RPPS du médecin délégant. En outre, si la CPTS facture les actes à l'Assurance maladie, elle devient de fait une structure exerçante de soins primaire. Or, la CPTS est une structure qui organise, pas une structure qui exerce. Cette évolution du rôle des CPTS interroge donc bon nombre d'acteurs car il s'agit d'une nouvelle mission. Sans remettre en question l'opportunité de la mesure, une sécurisation juridique du dispositif est donc demandée, au niveau national, à la fois s'agissant de la responsabilité juridique délégant / délégué et vis-à-vis du positionnement de la CPTS dans ce nouveau cadre.

[424] Enfin, certains considèrent que le déploiement de ces protocoles ne devrait être possible qu'à condition de correspondre impérativement à un besoin du territoire. D'autres proposent de limiter l'application du protocole à la patientèle du médecin signataire. L'impact pourrait en effet être finalement assez résiduel à leurs yeux car dans le contexte de rareté de la ressource médicale et paramédicale, les professionnels de santé ont tendance à privilégier leur cœur de compétence avant de pouvoir envisager pratiquer des actes relevant de la profession délégante.

[425] Pour résumer, les principaux freins identifiés par la mission lors de ces auditions sont :

- la réticence de certains professionnels médicaux pour s'inscrire dans ces protocoles et déléguer les actes, notamment concernant l'engagement de leur responsabilité, les risques ayant trait au manque d'expertise médicale, à la complexité administrative de cette mesure, à la formation à délivrer pour répondre aux exigences de qualité et de sécurité ainsi qu'à la résistance à confier des patients directement aux professionnels paramédicaux (en ayant le sentiment de faire de la médecine « *low cost* ») ;
- le mode de rémunération, jugée insatisfaisant (la notion de partage de rémunération entre le délégant et le délégué par la CPTS ne fait pas du tout l'objet d'un consensus parmi les professionnels) ;
- la gestion des ordonnances, à travers la notion de prescriptions-types préétablies par les médecins délégants ;
- la période estivale, pas propice à la concertation d'équipe en vue de bien caler l'organisation découlant de l'application de la mesure et la formation à diffuser en lien avec ces protocoles ;
- la méconnaissance de ce dispositif, par les professionnels et les patients ;

- le cadre strict de la CPTS, qui n'est pas forcément la bonne échelle ;
- un sentiment de changement de posture pour les CPTS qui ont l'impression de passer « d'organisateur » à « effecteur ».

[426] Enfin, les remontées d'informations en provenance des usagers montrent que ceux-ci sont attachés et soutiennent les initiatives visant à renforcer la coopération entre professionnels de santé.

4 Exemples illustratifs d'expériences territoriales innovantes

[427] La région Centre-Val de Loire est dynamique dans le déploiement de cette mesure. L'ARS a souhaité entreprendre une action forte sur les protocoles de coopération avec les infirmiers, pharmaciens et kinésithérapeutes. Elle soutient, aide et assiste les professionnels à s'inscrire dans cette démarche. Les conseils de l'ordre, les URPS, des professionnels ont été rencontrés et des réunions interprofessionnelles s'organisent sur septembre au sein des territoires pour porter cette dynamique et l'approfondir au cours de l'automne. Les pharmaciens sont particulièrement impliqués dans la démarche.

[428] La mesure fonctionne également très bien en région Auvergne-Rhône-Alpes, notamment dans la Drôme, avec 30 pharmaciens impliqués sur le protocole cystite et 10 masseurs-kinésithérapeutes mobilisés sur le protocole lombalgie. Une dynamique intéressante se met en place au sein des CPTS.

[429] Pratique innovante proche de cette mesure, la région Bretagne conduit actuellement une expérimentation au titre de l'article 51 au sein de 50 officines. Ce projet, intitulé OSYS (orientation dans le système de soins), permet de prendre directement en charge 13 symptômes cliniques fréquemment rencontrés, en coordination avec des médecins généralistes : rhinite, douleur pharyngée, douleur lombaire, diarrhée, vulvo-vaginite, céphalée, constipation, conjonctivite, piqûre de tique, plaie simple, brûlure au 1er degré, dyspepsie fonctionnelle.

[430] Cette expérimentation, ciblée sur les déserts médicaux, doit permettre de réduire le nombre de consultations médicales et de passages aux urgences inappropriés en intégrant et en valorisant financièrement le conseil pharmaceutique en première intention pour ces symptômes, après une formation adaptée de ces professionnels à un triage sécurisé fondé sur la base d'arbres décisionnels portant sur des situations cliniques pré-identifiées. Les pharmaciens concernés orientent ensuite le patient selon trois possibilités :

- une prise en charge à l'officine et dispensation d'un médicament ne relevant pas de la prescription médicale obligatoire ;
- une orientation vers une consultation médicale ;
- une orientation vers un service d'urgence.

[431] Pour faciliter l'accès à l'avis médical, le pharmacien peut avoir recours à la téléconsultation. Ce projet vise à concilier l'accessibilité et la proximité du conseil/prise en charge ainsi que les coopérations entre professionnels de santé (pharmaciens et médecins).

[432] Plus de 1 000 patients ont déjà bénéficié du dispositif dont 5 % déclarent qu'ils seraient allés directement aux urgences sans ce dernier, avec un taux de satisfaction des patients qui atteint 99 %.

5 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[433] La mission considère que cette mesure doit être pérennisée.

[434] Elle nécessite d'ailleurs du temps pour se déployer pleinement, il faut notamment que les formations se mettent en place et que des simplifications se poursuivent afin de permettre à l'ensemble des professionnels concernés de bien s'approprier les démarches. Il s'agit d'une mesure qui donne de l'élan aux CPTS, ce qui est plutôt positif. A l'avenir, il importe de la poursuivre, de l'amplifier, de la généraliser, dans des schémas d'organisation qui doivent être clairs.

[435] Au-delà, les CPTS ont besoin d'être rassurées sur la sécurité juridique de ce dispositif et les responsabilités en jeu, qui pourraient utilement faire l'objet de précisions données au niveau national, sur le modèle des cadrages déjà fournis en matière de formation et de déclaration. De nombreux territoires sont en attente d'un accompagnement méthodologique. Une sécurisation juridique plus forte de la mesure concernant la responsabilité juridique délégant / délégué et le positionnement de la CPTS serait ainsi opportune à court terme. La déclaration unique d'adhésion en équipe, avec son format simplifié, doit également être pérennisée.

[436] En parallèle, une réflexion sur le déploiement de cette mesure hors exercice coordonné, afin, comme le disent certains acteurs, d'apporter davantage de souplesses et de cohérences par rapport aux relations interprofessionnelles locales, dont les coopérations ne passent pas forcément par une CPTS, une MPS ou un centre de santé, sur le modèle de la pratique innovante décrite en Bretagne (cf. *supra*), pourrait être très opportune. Une telle orientation permettrait sans doute de déployer plus facilement la mesure.

[437] Enfin, il est indispensable de renforcer la lisibilité de cette mesure à la fois auprès des professionnels et vis-à-vis du grand public, localement, au sein des territoires l'ayant déployée.

**BLOC 3 : MAINTENIR LA RÉPONSE AUX
URGENCES VITALES ET GRAVES, SOUTENIR ET
PRÉSERVER LES ÉQUIPES DES STRUCTURES DE
MÉDECINE D'URGENCE**

FICHE 17 : PRIORISER LE MAINTIEN D'UNE LIGNE SMUR MUTUALISEE AVEC LES URGENCES

1 Rappel de la mesure et de son rationnel

Prioriser le maintien d'une ligne de SMUR mutualisée avec les urgences en organisant parallèlement la continuité des soins de l'établissement

[438] Il s'agit d'une mesure organisationnelle, visant à préciser la mise en œuvre l'article D 6124-11 du Code de la santé publique qui prévoit : « Lorsque l'équipe de la structure mobile d'urgence et de réanimation intervient en dehors de l'établissement, l'activité de la structure des urgences est assurée par un médecin de l'établissement et un infirmier de la structure des urgences, présents sur place. A défaut, lorsque la faible activité de la structure des urgences et de la structure mobile d'urgence et de réanimation le permet, la présence médicale dans la structure des urgences est assurée par astreinte exclusive pour ce site, le délai d'arrivée du médecin étant compatible avec l'impératif de sécurité. Le médecin d'astreinte est appelé par son établissement dans la structure des urgences dès le déclenchement de la structure mobile d'urgence et de réanimation par le SAU ».

[439] La mesure concerne les établissements à faible activité. Elle précise qu'en cas de sortie SMUR, l'établissement peut mettre en place une astreinte ou s'appuyer sur le médecin qui assure la continuité des soins au sein de l'établissement. Par conséquent, la permanence et la continuité des soins au SAU peut être assurée en cas de sortie SMUR soit par une garde sur place, soit par un rappel d'astreinte. Elle ajoute qu'en lien avec le SAMU/ Centre 15, le médecin de garde en secteur d'hospitalisation ou d'astreinte peut prendre appui sur les nouvelles technologies.

2 Synthèse des éléments quantitatifs

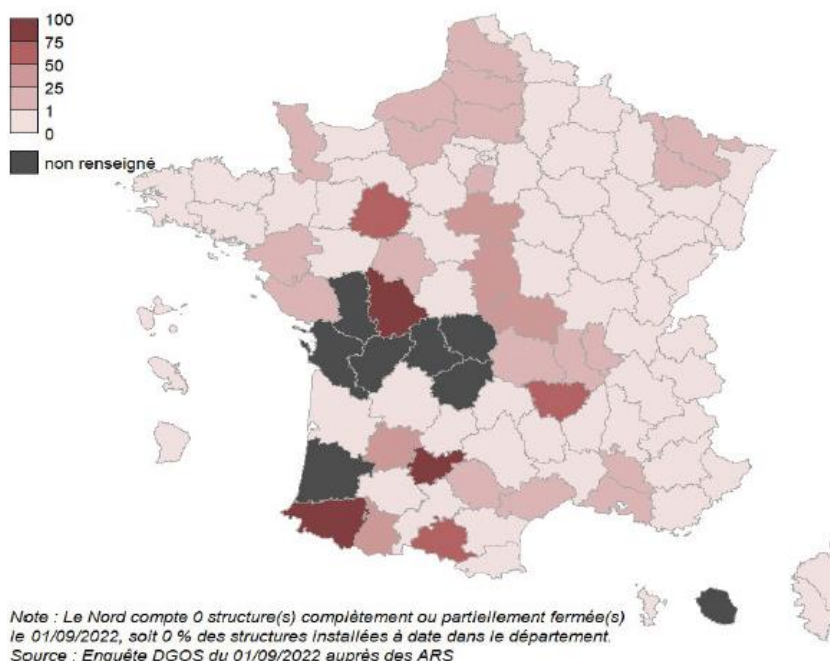
2.1 Coût et financement de la mesure

[440] Il s'agit d'une mesure d'organisation interne aux établissements concernés, en application du code de la santé publique. Elle s'appuie sur les astreintes et gardes déjà existantes, SAU/SMUR mais aussi du reste de l'établissement. **Il n'y a donc pas de surcoût.**

2.2 Éléments d'appréciation chiffrée

Carte 1 : Part des structures d'urgence complètement ou partiellement fermées le 1^{er} septembre 2022 sur celles installées à date (%)

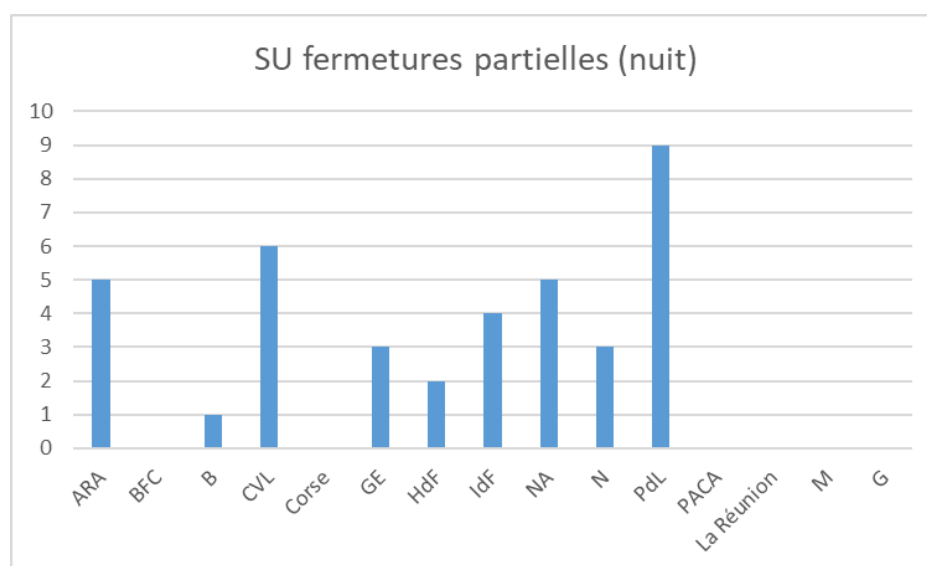
Part des structures d'urgence COMPLÈTEMENT OU PARTIELLEMENT FERMÉES le 01/09/2022 sur celles installées à date (en %)



Source : DGOS

[441] Le tableau ci-dessous représente, par région, le nombre de SAU ayant mis en place une fermeture partielle en nuits

Graphique 1 : Structures d'urgence fermées partiellement la nuit



Source : Enquête ARS, exploitation IGAS

[442] Ces éléments donnent plusieurs indications :

- La variabilité des situations en fonction des tensions locales ;
- Le nombre globalement restreint de situations de fermetures soit totales soit partielles.

[443] Les limites et la nécessité de disposer d'éléments complémentaires :

- Les solutions mises en œuvre entre le SU et le SMUR n'ont pas été systématiquement précisées dans les réponses à la question : « liste nominative des services d'urgences ayant cessé totalement leur activité sur certaines plages horaires, en mettant en place un fonctionnement sur une amplitude réduite à 12 heures, en précisant les périodes concernées ».
- Il sera nécessaire de conduire une analyse précise portant sur l'ensemble de l'année 2022, permettant de mettre en relation les urgences vitales prises en charge au SAU, les urgences vitales prises en charge par les SMUR, et les solutions mises en œuvre à l'échelle territoriale (mise en œuvre à partir de la « boîte à outils ») pour permettre une prise en charge médicalisée autre que le SMUR en première intention.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

[444] Les points positifs :

- Les répondants (ARS, conférences hospitalières, sociétés d'urgence et de SMUR, fédérations) indiquent que dans la majorité des cas, la ligne de SMUR est effectivement mutualisée avec le service d'urgences.
- La mutualisation est considérée par plusieurs interlocuteurs comme une source d'attractivité pour les professionnels de l'urgence, leur permettant de diversifier leur activité entre l'interne (le SAU) et l'externe (le SMUR).
- La mutualisation des lignes SMUR/SAU est renforcée lorsqu'elle est mise en place à l'échelle territoriale, avec des équipes territoriales d'urgences et dans le cadre d'un pilotage territorial des fermetures des structures d'urgences. L'organisation territoriale a permis dans quelques cas remontés mais non exhaustifs de maintenir le SAU ouvert prioritairement au SMUR.

[445] Toutefois, les points d'attention suivants sont mis en exergue :

- Il peut y avoir une divergence d'appréciation quant à l'intérêt médical de mutualiser les fonctions. Certains interlocuteurs de la mission soulignent que la fonction de « smuriste », d'urgentiste et de régulateur sont différentes.
- Les difficultés de recrutement de praticiens ne permettant pas de compenser les départs à la retraite ou de combler les besoins nécessitent de trouver des solutions alternatives, de nature territoriale (coordination des fermetures de SAU avec les SMUR, constitution d'équipes territoriales)
- La sortie du médecin urgentiste en SMUR nécessite que sa présence soit compensée soit par un médecin d'astreinte, soit par un médecin de garde de l'établissement. Cette organisation nécessite de s'appuyer sur des praticiens non urgentistes. Les répondants indiquent qu'il s'agit souvent d'un anesthésiste-réanimateur. Toutefois, ils soulignent la difficulté croissante à trouver des praticiens prêts à intervenir. Deux arguments sont fréquemment mis en avant : 1/

la contrainte que représente l'obligation d'intervenir au SAU en cas de sortie de l'urgentiste, qui restreint l'attractivité des postes hospitaliers ; 2/ la sur-spécialisation, avancée comme une difficulté pour prendre en charge des patients aux urgences.

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[446] La mission recommande que la mesure soit mise en œuvre dans le cadre de l'organisation territoriale de la réponse à l'urgence vitale.

[447] La mission recommande que soit conduite une analyse détaillée des conditions de prise en charge de l'urgence vitale et de mise en œuvre des lignes communes SMUR/SAU sur les territoires, en fin d'année 2022, s'appuyant sur l'ensemble du panel de solutions contenues dans l'instruction du 10 juillet 2022. Il s'agira de décrire les solutions alternatives ou de renfort mises en place, et leur intérêt dans la prise en charge de l'urgence vitale.

FICHE 18 : DÉVELOPPER LES MEDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU DANS LES ZONES SOUS-DENSES

1 Rappel de la mesure et de son rationnel

Renforcer les liens et développer les médecins correspondants du SAMU dans les zones sous-denses

[448] La mise en place de médecins correspondants du SAMU (MCS) vise à permettre aux territoires éloignés de plus de 30 minutes d'un SMUR d'assurer une intervention médicale urgente dans l'attente de l'arrivée du SMUR.

[449] Le médecin correspondant du SAMU est un médecin de premier recours participant à une mission de service public. L'arrêté du 12 février 2017 précise que « le médecin assure, sur régulation du SAMU, en permanence, sur une zone préalablement identifiée et hors de l'établissement auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation ». Le MCS est volontaire. Il signe un contrat avec l'ARS et l'établissement siège de SAMU auquel il est rattaché.

[450] La mesure consiste pour les ARS à améliorer la visibilité du dispositif de façon pérenne, et à en faire la promotion auprès des médecins libéraux afin de développer les MCS dans les zones sous-denses.

2 Synthèse des éléments quantitatifs

2.1 Sur le plan financier

[451] La mesure a fait l'objet d'une délégation annuelle en FIR depuis 2013. Sur les 12 M€ délégués en base, 6,5 M€ ont été utilisés.

2.2 Sur le déploiement de la mesure

[452] Le nombre de MCS en poste est de 682 en août 2022. Il a légèrement augmenté depuis le mois de juin 2022 (de 652 à 682).

[453] Les MCS sont fortement concentrés. Les MCS de la région Rhône-Alpes représentent 46 % des MCS nationaux. La région Occitanie vient après (105), puis Nouvelle-Aquitaine (79), PACA (71), Centre Val de Loire (33), Bretagne (27) et Grand Est (22). On compte moins de 20 MCS dans les autres régions, voire aucun.

[454] Le nombre d'interventions a augmenté, de 206 en mai 2022 à 298 en juillet 2022. Les interventions en région ARA représentent 71 % des interventions.

[455] On ne perçoit pas de dynamique dans la conclusion de nouveaux contrats durant l'été.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

[456] L'appréciation qualitative a été évaluée à partir des retours des ARS, des CHU, des centres hospitaliers, de la FHF et des entretiens avec les sociétés professionnelles. Elle a été illustrée par l'exemple décrit dans le département de la Nièvre.

[457] Les points positifs :

- la mesure est fortement liée aux situations des territoires. Elle permet une intervention médicale urgente dans les zones éloignées des SMUR en distance ou en temps. A ce titre, elle est particulièrement appréciée dans des zones éloignées ou difficiles d'accès (région ARA, Nouvelle-Aquitaine, PACA, Bourgogne Franche-Comté, Centre Val-de-Loire, Corse, Occitanie Bretagne notamment,) ;
- le développement de médecins correspondants du SAMU est également avancé comme une solution possible dans les zones urbaines qui nécessitent un temps long d'arrivée du SMUR. La mission n'a toutefois pas eu d'exemple de mise en œuvre dans cette situation ;
- la mesure participe à l'amélioration de la coordination entre professionnels de santé ;
- la mise en place de médecins correspondants du SAMU est considérée comme un facteur d'attractivité pour l'installation de jeunes médecins en zones éloignées, qui bénéficient de formations à l'urgence, élargissent le champ de leurs compétences, diversifient leurs pratiques et développent leurs réseaux.

[458] Les points de vigilance :

- la mise en œuvre dépend fortement du tissu local de médecins généralistes et de leur adhésion ;
- corrélativement, elle dépend de la charge de travail des médecins installés dans les territoires les plus éloignés du SMUR, mais aussi des besoins du SMUR ;
- la mobilisation inopinée de MCS est source de désorganisation dans les consultations.

4 Avis de la mission sur la généralisation

[459] La mission considère que le renforcement de médecins correspondants du SAMU fait partie du panel des outils importants qui doivent être à disposition des territoires : zones reculées ou d'accès long pour les SMUR, compléments possibles ou non avec des secouristes 3SM, complément avec des solutions non médicalisées pour commencer la prise en charge des patients avant l'arrivée du SMUR.

[460] Les actions de promotion par les ARS peuvent susciter de l'intérêt de la part de médecins généralistes, notamment parmi les médecins qui souhaitent s'installer dans des zones plus reculées.

[461] La mission donne un avis favorable à une promotion du dispositif adaptée aux situations locales.

FICHE 19 : SECURISER LA REPONSE À L'AIDE MÉDICALE URGENTE PAR LES VLI DES SAPEURS-POMPIERS

1 Rappel de la mesure et de son rationnel

Sécuriser la réponse à l'aide médicale urgente dans les secteurs éloignés des SMUR en s'appuyant sur les véhicules légers infirmiers (VLI) des sapeurs-pompiers.

[462] L'objectif de la mesure est de sécuriser la réponse à l'aide médicale urgente dans les zones blanches marquées par un délai d'intervention d'un SMUR supérieur à 30 minutes.

[463] Il s'agit de faire un état des lieux des besoins, et d'acter l'installation de VLI sapeurs-pompiers sous réserve de trouver des professionnels volontaires formés. La mesure court jusqu'au 30 septembre 2022.

[464] Le VLI est composé d'un infirmier sapeur-pompier professionnel ou volontaire, d'un conducteur sapeur-pompier et d'un véhicule du SDIS.

2 Synthèse des éléments quantitatifs mis en œuvre

2.1 Le financement de la mesure :

[465] Un double financement est prévu :

- en FIR si elle est mise en œuvre à la demande exclusive du SAMU,
- à la charge du SIS dans le cadre d'un protocole SAMU/SIS pour un VLI déjà positionné.

2.2 Éléments chiffrés de mise en œuvre

[466] Le nombre d'implantations de VLI a augmenté entre juin 2022 et août 2022, passant de 161 à 174.

[467] Le nombre d'implantations le plus élevé est en Nouvelle Aquitaine, avec 92 implantations en août, suivi de 18 en Hauts de France, 17 en Pays de Loire, 15 en Normandie, 12 en Ile de France.

[468] Les chiffres montrent de très grands écarts, liés aux situations locales à la fois d'éloignement ou d'indisponibilité des SMUR, et de présence de personnels sapeurs-pompiers disponibles.

3 Les éléments d'appréciation qualitative

3.1 Synthèse des avis émis sur la mesure

[469] Les points positifs :

- Les VLI représentent un intérêt réel dans des zones rurales, de montagne, ou en périphérie de l'implantation des SMUR. L'intérêt de la mesure dépend d'une part des caractéristiques géographiques du territoire, permettant ou non l'arrivée d'un SMUR en moins de 30 minutes ; d'autre part de la situation temporaire ou à plus long terme du service d'urgence/SMUR et de sa capacité à envoyer un véhicule armé sur le terrain ;
- L'intervention des infirmiers du SIS permet d'évaluer les situations, et le cas échéant de débiter des secours dans l'attente du SMUR ;
- La mise en œuvre des VLI repose sur une bonne entente entre services hospitaliers d'urgence et services d'incendie et de secours.

[470] Plusieurs limites sont soulignées :

- Contrainte de mobilisation quand les VLI sont armés sous forme d'astreinte ;
- Risque de concurrence et de transfert de ressources humaines des équipes hospitalières vers les VLI, les personnels effecteurs pouvant être les mêmes ;
- Les VLI permettent de faire les premiers gestes, mais ne permettent pas une prise en charge complète des patients. C'est une réponse d'attente avant l'arrivée d'un SMUR ;
- La formation est une condition indispensable.

[471] L'évaluation n'est toutefois pas complète, puisque les sapeurs-pompiers ont été très mobilisés par les incendies dans certains départements cet été.

3.2 L'expérience de la Nièvre

[472] Une expérience réussie a été mise en œuvre dans la Nièvre, impliquant le SDIS 58 et l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté.

[473] La Nièvre est un département rural de 200 000 habitants, dont les établissements hospitaliers rencontrent des difficultés de ressources médicales importantes.

[474] Une convention a été mise au point, prévoyant le déclenchement d'un VLI en cas de réduction des effectifs aux urgences sièges de SMUR, sur la base d'une évaluation et d'une anticipation régulières.

[475] Le déclenchement du véhicule SDIS est réalisé par le CODIS, qui en informe le CH de Nevers et le CRRA à Dijon.

[476] Le travail des infirmiers est établi en application des PISU (protocoles infirmiers de soins urgents).

[477] Le VLI a couvert 34 jours sur l'ensemble de l'été. Dans un tiers des cas, le transport des patients n'aurait pas été justifié. Le VLI a donc permis de préserver du temps médical et d'éviter des hospitalisations.

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[478] La mesure présente un intérêt dans les zones où le SMUR n'est pas accessible en moins de 30 minutes, ou dans les endroits où il est fragilisé sur le plan des ressources humaines.

[479] Elle participe au panel des mesures permettant de renforcer l'offre de prise en charge urgente, en fonction des territoires.

[480] La mission recommande le maintien de cette mesure dans le panel de la « boîte à outil », en ajoutant les préconisations suivantes :

- maintenir la mesure au-delà du 30/09 pour permettre aux territoires concernés de mettre en œuvre cette solution lorsqu'elle est pertinente.
- inscrire les VLI dans des protocoles de coopération entre SIS et établissements de santé adaptés aux territoires.

FICHE 20 : CRÉER DES ÉQUIPES PARAMÉDICALES DE MÉDECINE D'URGENCE

1 Rappel de la mesure

[481] En application de l'instruction du 10 juillet 2022, l'arrêté du 11 juillet 2022 introduit une dérogation aux articles R 6311-1 et 6123-5 du code de la santé publique, en donnant la possibilité au médecin régulateur du SAMU d'autoriser l'envoi d'une équipe d'intervention des SMUR, composée d'un conducteur et d'un infirmier formé aux soins d'urgence. La mesure consiste en une dérogation temporaire à ces articles du code de la santé publique obligeant à ce que l'équipage d'un SMUR soit médicalisé.

[482] L'objectif est de pouvoir apporter une réponse précoce adaptée à certaines situations d'urgence, le cas échéant dans l'attente d'un SMUR.

[483] L'instruction prévoit que les professionnels composant ce vecteur soient formés aux soins de médecine d'urgence et justifient d'une expérience professionnelle en SMUR, dont la qualité est appréciée par le chef de service.

[484] Le déclenchement des EPMU doit répondre à des protocoles de prise en charge qui doivent être établis avant leur entrée en service.

[485] La mesure est dérogatoire et temporaire. Toutefois, l'arrêté du 11 juillet 2022 ne prévoit de date de fin de la mesure.

2 Synthèse des éléments quantitatifs

2.1 Coût et financement de la mesure

[486] Aucun surcoût national n'a été prévu pour les mois d'été 2022. En revanche, plusieurs scénarii sont possibles, sur la base de la mise en place d'EPMU pour 30 % des départements :

- Mise en œuvre de l'EPMU avec des personnels paramédicaux de la structure d'urgence fermée la nuit. Le coût représente le forfait véhicule terrestre avec matériels (25 k€), la formation de l'ETP IDE (1 k€/an) et le coût d'un ambulancier H24 (300 k€), soit au total : 9,78 M€ ;
- Mise en place de l'EPMU avec des personnels infirmiers libéraux. Le coût prévisionnel est de 9,78 M€ auquel s'ajouteront les forfaits IDEL, qui devront faire l'objet d'une négociation conventionnelle ;
- Mise en œuvre de l'EPMU avec des IDE supplémentaires, à raison de 360 000 €/an pour 1 ETP IDE H24. Le coût total de la mesure est estimé à 20,5 M€ pour un an.

2.2 Éléments d'appréciation chiffrée :

[487] Les données disponibles ne sont pas suffisamment complètes à date.

[488] On peut toutefois noter parmi les répondants la mise en place d'EPMU dans 7 régions, à raison de :

- 1 EPMU dans 3 régions, (Occitanie, Hauts de France, PACA)
- 2 EPMU dans 2 régions (Grand-Est, Normandie)
- 3 EPMU dans 1 région (Nouvelle-Aquitaine)
- 9 EPMU dans une région (Pays de Loire)

[489] Le nombre de déclenchements le plus important est en Pays de Loire (91 en juillet, 122 en août), Hauts de France (26 en juillet, 22 en août) et Nouvelle Aquitaine (13 en juillet, 3 en août).

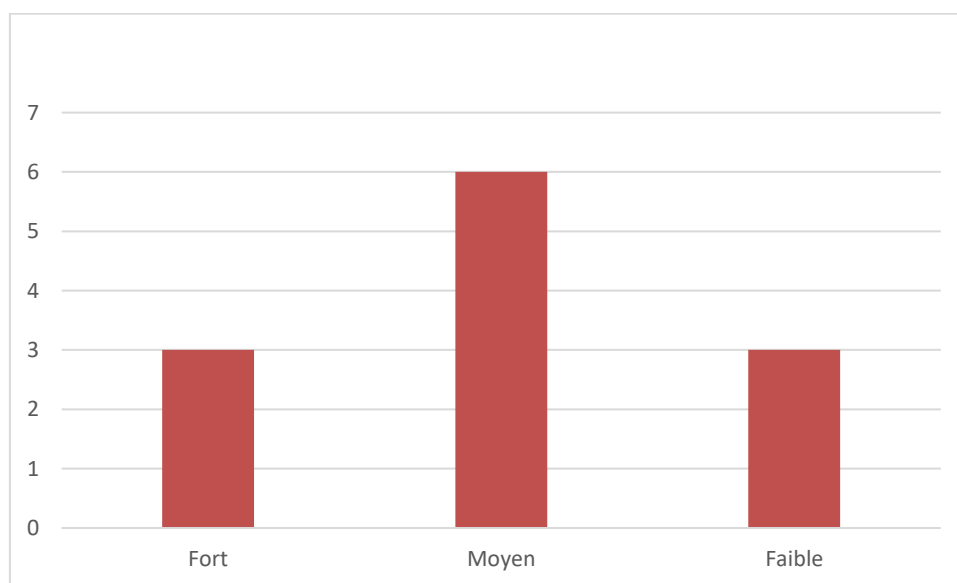
[490] Dans la quasi-intégralité des cas (entre 88 % et 100 %), la prise en charge des patients a nécessité un transport au SAU. De même, dans la presque totalité des situations, un renfort SMUR a été nécessaire, ce qui signifie que les sorties ont bien été déclenchées sur des urgences graves, et en amont d'une intervention SMUR.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

3.1 L'avis des ARS

[491] Le schéma ci-joint présente un avis simplifié des ARS sur l'efficacité de la mesure à date, qui doit être pondéré au regard de son extension. En effet, les avis sont très positifs dans les endroits où elle a été mise en place. L'avis est « faible » lorsqu'il n'a pas été possible de l'apprécier.

Graphique 1 : Impact de la mesure selon les ARS



Source : Enquête mission

3.2 Synthèse des avis présentés par les personnes interrogées

- Les points positifs :
 - Du temps est gagné en intervention par rapport à l'arrivée du SMUR, au bénéfice du patient ;
 - La mesure est appréciée en tant que relai dans les zones rurales ;
 - Elle apporte une valeur ajoutée en particulier lorsque les lignes de SMUR ont du mal à être préservées ;
 - La mesure est plébiscitée par les directeurs des centres hospitaliers généraux, qui souhaiteraient que les EPMU soient activées toute l'année ;
 - L'enjeu de l'attractivité pour les IDE des urgences est souligné.
- Les points d'attention :
 - La mise en place de la mesure suppose que les établissements puissent s'appuyer sur des ressources humaines paramédicales en nombre suffisant, soit par redéploiement des services d'urgences fermés la nuit, soit par création de temps supplémentaire ou renforts d'IDEL ;
 - Les protocoles de déclenchement et de prise en charge doivent être très bien définis en amont, pour que les actes réalisés soient faits en sécurité pour le patient et pour les personnels IDE ;
 - La mise en place de cette solution nécessite du temps de formation et de mise en œuvre opérationnelle, pour qu'elle puisse être évaluée de façon précise ;
 - Sur les territoires concernés, l'articulation avec les autres modes d'interventions paramédicales doit être précisée.

3.3 L'expérience de la Sarthe

[492] Une EPMU a été déployée dans un cadre expérimental dès mai 2022 à Château-du-Loir, avec une équipe IDE et un conducteur ambulancier, régulés par le SAMU selon le protocole PISU (protocoles infirmiers de soins d'urgence).

[493] Des critères de déclenchement ont été établis : Catégorie 1 : PISU en attente de l'arrivée d'un SMUR, notamment pour les problèmes cardiaques, les convulsions, les chocs anaphylactiques (56 % des interventions) ; Catégorie 2 : PISU sans envoi de SMUR, notamment pour douleurs aiguës, traumatismes, coma hypoglycémiques (40 % des interventions) ; catégorie 3 : polytraumatisés, notamment accidents de la route (rare) ; catégorie 4 : urgence intra-hospitalière (très rare).

[494] Les résultats sont très positifs :

- Gain de temps moyen de 21mn sur l'arrivée du SMUR, soit une véritable plus-value pour le patient ;
- Libération de temps de SMUR ;
- Grande satisfaction des personnels IDE.

[495] Le succès de cette expérimentation a conduit au déploiement de plusieurs autres EPMU, en Mayenne et en Vendée.

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[496] La mission considère que les EPMU doivent pouvoir faire partie du panel des solutions proposées.

[497] Le nombre d'équipes et le caractère souvent récent de leur mise en œuvre nécessitent qu'une évaluation précise puisse être réalisée, débouchant éventuellement sur un référentiel national de typologie d'interventions. Compte tenu du temps nécessaire de mise en œuvre des formations, de constitution des équipes et d'établissement des protocoles, la mission recommande qu'une analyse détaillée et chiffrée soit conduite au plus tard à la fin du 2^{ème} trimestre 2023.

FICHE 21 : ORGANISER LA PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ À L'ÉCHELLE D'UN TERRITOIRE

1 Rappel de la mesure et de son rationnel

Organiser la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) à l'échelle d'un territoire en associant les spécialistes privés et publics sous la coordination de l'ARS

[498] L'objectif final de la mesure est de garantir à la population d'un territoire un accès équitable à l'ensemble des disciplines de spécialité.

[499] A cette fin, le dispositif consiste à mettre en place et à piloter au niveau des ARS une gouvernance territoriale dédiée, qui permette la mise en réseau des acteurs participant à la PDSES : établissements publics, établissements privés, professionnels libéraux.

[500] Dans le cadre d'une gouvernance partagée, reposant sur une vision claire de la situation des territoires, des plans d'action communs doivent être mis en place durant l'été pour garantir la mission de PDSES, en mutualisant possiblement les ressources.

[501] La mesure s'appuie sur l'article L4130-2 3 du code de la santé publique, qui fixe parmi les missions du médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours la participation à la mission de service public de permanence des soins. Il précise qu'il intervient en coopération avec les établissements de santé et contribue à la prévention des hospitalisations.

[502] Les critères de mise en œuvre sont le nombre et le type de lignes de PDSES mutualisées entre publics et privés durant la période d'été.

2 Synthèse des éléments quantitatifs

2.1 Coût et financement de la mesure :

[503] Le coût est constitué des lignes de garde et d'astreinte financées par le FIR.

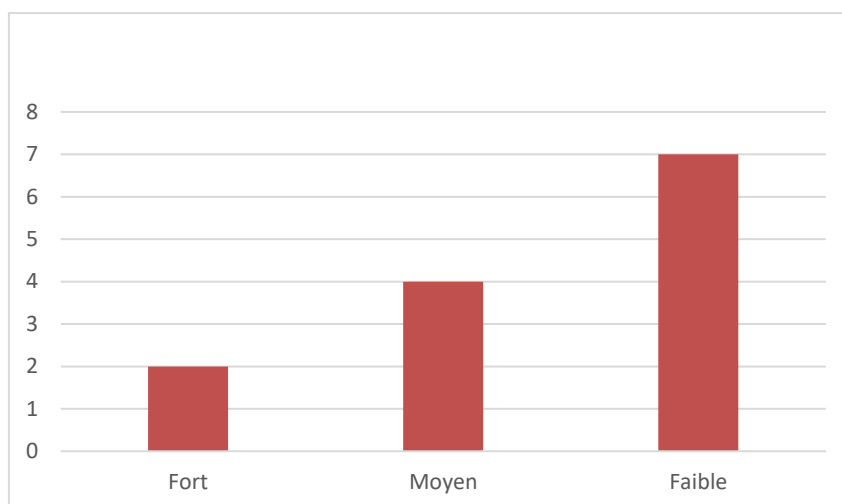
[504] En 2021, le montant délégué en FIR au titre de la PDSES a été établi à 685 M€, dont 84 M€ (12 %) ont été dédiées à la participation des professionnels libéraux et cliniques privées.

[505] Les chiffres concernant la consommation des crédits ne sont toutefois pas stabilisés, dans la mesure où les professionnels libéraux ont deux ans pour facturer leur forfait à l'assurance maladie.

2.2 Éléments d'appréciation chiffrée :

[506] Le schéma ci-dessous indique l'appréciation par les ARS de l'impact de la mesure en termes de renforcement des effectifs.

Graphique 1 : Impact de la mesure selon les ARS



Source : Enquête mission

[507] Il est nécessaire de souligner que c'est l'impact sur la situation de l'été 2022 qui est évalué, et non le contenu de la mesure sur le fond. De nombreuses ARS rappellent qu'il s'agit d'une mesure de fond, déjà partiellement engagée en de nombreux endroits, mais qui nécessite du temps de mise en œuvre, en tout état de cause bien au-delà des mois de l'été 2022.

[508] Les points positifs :

- Les quelques chiffres remontés indiquent dans le cas de la Nouvelle Aquitaine et de la Corse la mise en place de lignes de PDSES partagées entre le public et le privé en plus des lignes prévues dans le schéma régional. L'exemple de la Corse est intéressant, puisqu'une ligne de PDSES a dû être déclenchée à Ajaccio dans le secteur privé en gastro-entérologie, la ligne publique dans cette discipline n'ayant pu être mise en œuvre faute de ressources humaines suffisantes ;
- De façon générale, les ARS considèrent que ce dispositif fait partie des mesures importantes, et relève des PRS. Plusieurs PRS ont été engagés dans ce sens.
- Le partage de la charge de PDS est nécessaire.

[509] Les points d'attention :

- Il est souligné l'importance d'un partage de la charge de la PDS, qui repose pour beaucoup sur les établissements publics. La PDS est marquée comme un facteur de démotivation dans le secteur public ;
- Il existe peu de lignes partagées à date ;
- Les écarts de rémunération entre public et privé sont visés comme un obstacle à des coopérations ;

- La mise en œuvre de coopérations effectives nécessite du temps de conviction et d'organisation entre les acteurs. Elle est une cible indispensable, mais ne peut aboutir en quelques mois.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

[510] Le sujet de la PDSES a été abordé par la majorité des acteurs rencontrés ou interrogés. De façon générale, la coordination de la PDSES apparaît comme nécessaire ou indispensable. La majorité des points qualitatifs évoqués par les Ars et présentés ci-dessus sont repris par les répondants. S'ajoutent les points suivants :

[511] Les points positifs :

- Dans certains endroits, la mesure a permis cet été de réduire le recours à l'intérim et de compenser les tensions sur les ressources humaines médicales ;
- La mise en place de la mesure repose sur une coordination hebdomadaire des acteurs sous l'égide de l'ARS. La rencontre régulière des participants permet de mieux connaître les forces et faiblesses de chacun, et de mieux partager des informations au bénéfice de l'organisation de la permanence de soins et donc des patients ;
- Est soulignée la grande importance que chaque ARS définisse les lignes indispensables sur chaque territoire ;
- La FHP rappelle que les établissements privés sont déjà bien impliqués dans la PDSES, signalant que 100 établissements sur 107 ont des lignes financées de PDSES, à hauteur totale de 457 lignes ;
- Des solutions de PDSES sont mises en œuvre à partir de supports juridiques de coopération autres que les établissements de santé : pôles inter-établissements, GCS notamment.

[512] Les points d'attention :

- Les jeunes professionnels ont tendance à refuser la contrainte de la PDS, ce qui plaide pour un partage équitable entre public et privé de cette nécessité ;
- Dans ce cadre, la contrainte de la PDS peut conduire à des démissions ;
- La PDSES est par certains interlocuteurs considérée comme une source de concurrence sur les segments d'activité, rendant difficile un exercice commun public-privé sur un même territoire ;
- Plusieurs interlocuteurs soulignent que sans une forme d'obligation clairement posée, il ne sera pas possible de mettre en œuvre une PDSES partagée entre public et privé ;
- Ils indiquent également que la coercition ne sera acceptable, au-delà de l'équité dans la charge de PDS, que si elle est revalorisée, en public et en privé.

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[513] La mission considère que la mise en œuvre d'une PDSES associant spécialistes privés et publics est un objectif fort à maintenir, au bénéfice de l'offre de soins programmée et non programmée.

[514] Elle considère que les schémas de PDSES doivent figurer dans les priorités de tous les PRS.

[515] La mission recommande qu'une actualisation du schéma régional de la PDSES soit réalisée dans le cadre des PRS, garantissant la mise en place de lignes de PDSES communes et non dédoublées.

[516] La mission recommande le lancement d'appels à projets par les ARS visant à constituer des filières mutualisées au sein des territoires incluant la permanence des soins.

[517] La mise en œuvre de coopérations effectives nécessite du temps de conviction et d'organisation entre les acteurs. Elle est une cible indispensable, mais ne peut aboutir en quelques mois, compte tenu des obstacles identifiés (RH médicales, rémunérations, traditions locales de coopération, concurrence, arbitrage entre lignes supplémentaires et mutualisation).

FICHE 22 : AUTORISER LES ETUDIANTS DE 3EME CYCLE AVEC LICENCE DE REEMPLACEMENT A TRAVAILLER A L'HOPITAL PUBLIC

1 Rappel de la mesure

[518] Conformément à l'article L 4131-2 du code de la santé publique, les étudiants de 3^{ème} cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie sont habilités à effectuer des remplacements en secteur libéral, sous réserve de disposer d'une licence de remplacement obtenue auprès du conseil départemental de l'ordre des médecins.

[519] La mesure vise à conforter les ressources médicales en établissement de santé, en autorisant les étudiants de 3^{ème} cycle à effectuer des remplacements de praticiens dans les établissements de santé dans les mêmes conditions que celles qui sont prévues pour les remplacements en secteur libéral.

2 Synthèse des éléments quantitatifs

2.1 Le financement de la mesure

[520] La mesure est sans surcoût, car les vacations sont pourvues par d'autres modalités comme le temps de travail additionnel de praticiens seniors, ou l'intérim médical.

2.2 Eléments chiffrés de mise en œuvre

[521] Les données disponibles ne permettent pas à date de produire une évaluation quantitative de cette mesure. La mesure, à date, a été très peu mise en œuvre.

3 Synthèse des éléments qualitatifs

[522] La mesure a été mise en œuvre de façon trop récente pour que son impact puisse être évalué de façon solide. Toutefois, elle est très fortement soutenue par les acteurs interrogés, en particulier les conférences hospitalières et la FHF car, elle permet de rétablir un équilibre avec le secteur libéral.

[523] Les points positifs :

- Dans certains endroits, elle a permis d'éviter la fermeture de services comme une maternité ou un plateau technique ;

- Cette mesure rend possible des renforts en établissements de santé, qui étaient déjà possibles dans le secteur libéral ;
- C'est un signal important donné aux établissements de santé, soumis à des difficultés de fonctionnement.

[524] Les points d'attention :

- La charge de travail peut être très importante ;
- Les jeunes praticiens sont en première ligne, ce qui peut les mettre en difficulté. Ils doivent pouvoir s'appuyer sur un encadrant.

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[525] La mission recommande le maintien de cette mesure, assortie d'une évaluation qualitative avant avril 2023 portant notamment sur le nombre d'étudiants ayant sollicité une demande de remplacement auprès de leur ordre et sur le nombre de remplacements effectivement réalisés

[526] Elle recommande que la mesure soit intégrée dans une politique territoriale de gestion prospective des ressources humaines.

FICHE 23 : CONTRACTUALISER AVEC LE SERVICE DE SANTE ET DE SECOURS MEDICAL (3SM)

1 Rappel de la mesure

Contractualiser la participation des membres du service de santé et de secours médical (3SM) à l'activité des urgences hospitalières

[527] L'objectif poursuivi est de renforcer les effectifs mobilisables, en sollicitant les professionnels médicaux et non médicaux du service de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers, volontaires ou recrutés à titre permanent pour les SDIS, afin de participer au fonctionnement des structures de médecine d'urgence de leur territoire dans une logique de regroupement des forces vives de la santé.

[528] La mesure consiste à encourager les établissements de santé à contractualiser avec davantage de membres du service de santé et de secours médical, volontaires ou professionnels, dans le respect des obligations des sapeurs-pompiers et avec l'accord du directeur départemental des services d'incendie et de secours et du médecin chef du SDIS.

2 Synthèse des éléments quantitatifs mis en œuvre

2.1 Le financement de la mesure :

[529] La mesure est financée par le reliquat de l'enveloppe FIR sur les médecins correspondants du SAMU.

2.2 Éléments chiffrés de mise en œuvre

[530] Les acteurs interrogés indiquent que le nombre de contrats de participation des membres du 3SM reste très limité. Toutefois, la mission ne dispose pas d'un chiffrage complet et précis, qu'il conviendrait d'établir en fin d'année 2022.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

[531] L'évaluation qualitative est faite à partir des retours des ARS, des CHU, des CH, de la FHF. La mission précise que l'évaluation porte sur une période particulière, l'été 2022, marquée par la forte mobilisation des services d'incendie et de secours du fait des incendies.

[532] Les points positifs :

- les retours sont positifs dans les endroits où la mesure a été mise en œuvre. Elle a contribué à maintenir ouverts les SAU concernés durant la nuit sur certaines périodes de l'été ;
- Il est également rappelé que les professionnels des 3SM ont pu être sollicités durant la période Covid pour venir en renfort dans des SAU ou SMUR ;
- Les contrats permettent de renforcer les liens entre professionnels de la médecine d'urgence sur les territoires.

[533] Les points d'attention et les facteurs clés de succès.

- Il existe peu de médecins 3SM dans certains départements ;
- Les personnels soignants du 3SM sont pour partie des professionnels des urgences/samu ;
- La mesure repose sur le volontariat des personnels médicaux et non médicaux du 3SM ;
- Le travail au SAU nécessite une autorisation ordinaire préalable ;
- La bonne coordination entre hôpital / ARS et SIS sur l'ensemble des dispositifs existants, dont le renfort des SAU par les 3SM, est primordiale.

4 Avis de la mission sur la généralisation

[534] Si l'impact réel de la mesure est faible à l'échelle du pays, la mission considère qu'elle doit pouvoir constituer une brique possiblement mobilisable dans les situations locales qui s'y prêtent.

[535] Il est important d'encourager le rapprochement des forces vives de la médecine d'urgence, dans un schéma de déclenchement et d'intervention qui doit être clair, respectant les contraintes de chacune des parties prenantes en termes d'obligations et de ressources humaines mobilisables notamment.

FICHE 24 : AUTORISER LE TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL POUR LES DOCTEURS JUNIORS

1 Rappel de la mesure

[536] Les docteurs juniors sont des médecins en fin de formation. Ils ont l'autorisation de faire des gardes en tant que seniors, ayant validé au moins 6 semestres de spécialité. Toutefois, leur statut ne leur permet pas d'être rémunérés pour du temps de travail additionnel.

[537] L'objectif de la mesure était de renforcer les effectifs médicaux durant l'été en autorisant par exception cette rémunération.

2 Synthèse des éléments d'appréciation quantitative

2.1 Evaluation financière

[538] Le coût en année pleine du TTA des docteurs juniors est estimé à 19M€ à raison de 5 plages de TTA par mois par docteur junior, de 3000 Dr Juniors concernés, et d'une indemnisation de 81,5€ la demi-garde.

2.2 Evaluation quantitative des TTA durant l'été

[539] Il est à date impossible de disposer de chiffres consolidés fiables, le paiement du TTA étant souvent effectué au quadrimestre échu.

[540] Par suite, il est difficile de mesurer l'impact du paiement des TTA aux docteurs juniors sur le renfort effectif des personnels médicaux durant l'été et le soutien de l'offre de soins.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

[541] L'évaluation qualitative provient des ARS, des CHU, des CH, de la FHF.

[542] Les points positifs :

- La mesure a permis de mettre en place des demi-gardes en SAU, dans des proportions non évaluables à date ;
- La mesure est plébiscitée dans les centres hospitaliers ;
- Les interlocuteurs de la mission soulignent l'intérêt de cette mesure en terme de symbole.

[543] Les points de vigilance :

- La mesure a un impact financier important, qui deviendrait majeur si elle était étendue aux internes. Elle doit être restreinte aux Docteurs Juniors ;
- Les obligations de service des docteurs juniors sont très importantes et peuvent rendre difficile l'exercice d'un temps de travail additionnel ;
- Ce temps additionnel doit être compatible avec les objectifs pédagogiques de la formation en phase de consolidation et le respect du repos de sécurité ;
- La mesure en soi n'est pas suffisante. Elle doit être incluse d'une part dans une réflexion plus large sur l'intensité-pénibilité du travail ; d'autre part, dans des projets de RH à l'échelle territoriale incluant les docteurs juniors.

4 Avis de la mission sur la généralisation

[544] La mission considère qu'il sera difficile de revenir en arrière sur un avantage mis en place durant l'été, dans un contexte où les services hospitaliers et les services d'urgence en particulier restent en grande fragilité.

[545] Elle recommande de maintenir la mesure dans son champ d'application actuel et de sa suivre sa mise en œuvre.

FICHE 25 : FAVORISER LE RECRUTEMENT DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX A L'HÔPITAL

1 Rappel de la mesure

Favoriser le recrutement de professionnels de santé libéraux qui acceptent de participer à l'activité hospitalière en plus de leur activité libérale

[546] L'objectif de la mesure est de renforcer les équipes hospitalières par la présence de médecins libéraux à l'hôpital, à titre exceptionnel, à travers des contrats passés entre praticiens libéraux et établissements de santé conformément à un barème précisé dans l'instruction :

- Pour les IDEL ou IDE exerçant en centre de santé : 42 €/h et 54 €/h aux heures de PDS
- Pour les médecins libéraux ou exerçant en centre de santé : 80 €/h ou 105 €/h aux heures de PDS
- Pour les sages-femmes libérales ou exerçant en centre de santé : 53 €/h ou 68 €/h aux heures de PDS
- Pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou exerçant en centre de santé : 30 €/h ou 41 €/h aux heures de PDS.

2 Synthèse des éléments quantitatifs

2.1 Le financement de la mesure

[547] Le coût de la mesure n'a pas été évalué. Il sera nécessaire, après période prévue dans l'instruction, de faire un état des lieux de tous les contrats passés entre praticiens libéraux et établissements de santé, afin de préciser les conditions dans lesquelles les praticiens ont exercé, en sus ou non de leur activité libérale.

2.2 Éléments chiffrés de mise en œuvre

[548] Aucune donnée à date n'est exploitable. En revanche, les retours des ARS et des conférences hospitalières indiquent que la mesure a été très peu mise en œuvre.

3 Synthèse des éléments qualitatifs

[549] Les points positifs :

- Les règles sont clairement posées par l'instruction et la mesure est facile à mettre en œuvre dans des délais très courts ;
- La mesure participe au rapprochement nécessaire entre la ville et l'hôpital ;
- Cette mesure rend possible des renforts rapides en établissements de santé. Elle est potentiellement importante dans les hôpitaux de proximité ;
- C'est un signal important donné aux établissements de santé, soumis à des difficultés de fonctionnement.

[550] Les points d'attention :

- La mesure est peu connue des praticiens libéraux ;
- Elle repose sur le volontariat et a été mise en œuvre à un moment où les congés étaient le plus souvent déjà anticipés ;
- La situation est tendue aussi dans le secteur libéral, ce qui réduit la capacité de réponse positive ;
- Un temps d'accompagnement est nécessaire pour la bonne compréhension du fonctionnement de l'établissement ;
- Si l'attractivité de la mesure est liée au montant des émoluments proposés, les écarts de rémunération constituent un sujet majeur souligné par les conférences hospitalières et la FHF. Pour ce qui est des IDE, la rémunération est jugée trop peu attractive. En revanche, pour les médecins, le montant de 105€/h au heures de PDS équivaut, sur 24h de PDS, à une rémunération de 2520€ soit le double du plafond fixé pour l'intérim médical.

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[551] La mission recommande le maintien de cette mesure à la condition de l'établissement d'un seuil horaire journalier, pour qu'elle ne vienne pas contourner les règles appliquées à l'intérim.

[552] Une évaluation précise devra être faite par les ARS sur le nombre de contrats passés, leur impact dans les situations hospitalières locales, et les conditions d'exercice permettant de savoir si les recrutements ont été faits en sus de l'activité libérale des praticiens concernés.

FICHE 26 : MAJORER, POUR L'ÉTÉ, L'INDEMNITÉ DE SUJÉTION DE NUIT ET DES HEURES DE NUIT

1 Rappel de la mesure et de son rationnel

Majorer, pour l'été, l'indemnité de sujétion de nuit et des heures de nuit pour les personnels médicaux et non médicaux, en attendant l'ouverture d'une négociation sur la reconnaissance globale de la pénibilité.

[553] Pour faire face aux difficultés de ressources humaines anticipées pour l'été 2022, l'instruction prévoit un doublement des indemnités de nuit perçues par les fonctionnaires de la fonction publique hospitalière pour reconnaître les contraintes liées au travail de nuit.

[554] Les revalorisations ont été effectuées aux tarifs suivants :

- Le taux d'indemnité horaire de travail de nuit a doublé, passant de 0,17 € à 0,34 €
- Le taux de première majoration pour travail intensif a doublé, passant de 0,90 € à 1,8 €
- Le taux de seconde majoration pour travail intensif a doublé, passant de 1,26 € à 2,52 €
- L'indemnité de sujétion de garde pour les personnels médicaux a été majorée de 50 %.

2 Synthèse des éléments d'appréciation quantitative

2.1 Evaluation financière

[555] Le surcoût de ces mesures est estimé à 186 M€ sur 3 mois.

[556] L'impact en année pleine est évalué à 744 M€.

2.2 Evaluation quantitative

[557] La mesure a été mise en œuvre.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

[558] Les points positifs :

- Les conférences hospitalières indiquent que la mesure a été appréciée, perçue comme une reconnaissance des efforts des personnels ;

- Elle est plébiscitée par les centres hospitaliers et les CHU qui considèrent que, si l'effet sur les recrutements n'est pas mesurable, elle a permis de mobiliser des personnels pour compléter les tableaux de garde.
- Elle a probablement permis de combler des tableaux de présence durant l'été.

[559] Les points d'attention :

- Il est impossible à date de distinguer l'impact réel de cette mesure sur le renfort des effectifs durant l'été.
- L'attention de la mission est attirée sur le risque majeur de démobilisation des personnels en cas de suspension de la mesure dans l'attente d'un plan d'ensemble sur l'attractivité et la prise en compte de la pénibilité du travail.

4 Avis de la mission sur la généralisation

[560] La mission considère que s'il est difficile d'évaluer l'impact de la mesure sur le soutien des effectifs durant l'été, le retour à la situation antérieure constituerait un signal négatif probablement très démobilisateur.

[561] Compte tenu de la grande fragilité des effectifs hospitaliers à date, et dans l'attente des négociations sur la reconnaissance globale de la pénibilité, la mission recommande de maintenir ces majorations.

BLOC 4 : FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS À PARTIR DES URGENCES (AVAL)

FICHE 27 : RECOMMANDER À CHAQUE ÉTABLISSEMENT UNE ORGANISATION PERMETTANT AUX PROFESSIONNELS LIBÉRAUX DE JOINDRE DIRECTEMENT UN SPÉCIALISTE DE L'ÉTABLISSEMENT

1 Rappel de la mesure

[562] L'objectif final de la mesure est de permettre aux professionnels libéraux de joindre directement leurs confrères hospitaliers, pour obtenir un avis ou pour prévoir une hospitalisation directe.

[563] Cette mesure doit participer au désengorgement des services d'urgence, le patient pouvant être admis directement en cas d'hospitalisation, ou pouvant bénéficier de l'avis d'un spécialiste, sans passer par le plateau des urgences.

[564] L'organisation attendue repose sur la mise en place d'une cellule au sein des établissements, joignable par numéro unique en accès direct. La cellule oriente vers un spécialiste de l'établissement pour confirmer un diagnostic ou organiser une admission directe en hospitalisation. Cela suppose la désignation d'un référent médical dans les services.

[565] Deux grands domaines sont particulièrement ciblés : le champ médico-chirurgical de la cardiologie, et le champ médico-chirurgical de la neurologie.

2 Synthèse des éléments quantitatifs

2.1 Le financement de la mesure

[566] La mesure est sans surcoût au niveau national.

2.2 Éléments chiffrés de mise en œuvre

[567] Le nombre d'appels directs dans les services n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

[568] L'instruction prévoit un suivi du nombre d'admissions directes dans les services hospitaliers. Ce critère n'a pas fait l'objet d'une remontée d'information.

3 Synthèse des éléments qualitatifs

[569] L'évaluation repose sur les retours des ARS, des CHU, des CH, des fédérations.

- Les points positifs :
 - De façon générale, l'impact de la mesure sur la réduction de la pression sur les urgences est très difficile à apprécier. Toutefois, la possibilité d'un contact direct entre la médecine libérale et les services de spécialité est considérée par l'ensemble des interlocuteurs de la mission comme un objectif majeur ayant une forte valeur ajoutée ;
 - Les projets d'organisation afférents sont souvent antérieurs à l'été 2022. La crise Covid a renforcé les liens entre la ville et l'hôpital, et accéléré la mise en relation directe des professionnels de certaines spécialités dans les territoires. Différentes expériences ont été mises en œuvre. A titre d'exemple, l'APHP a développé une application visant à mettre à disposition les numéros de téléphone permettant de joindre directement un médecin de l'APHP pour avis médical, sur 60 spécialités accessibles 24h/24 identifiées sur 31 des 38 sites de l'APHP ;
 - La possibilité de joindre directement des praticiens a déjà été mise en place dans plusieurs territoires pour les prises en charge gériatriques, à l'exemple du dispositif PAD'AGE 37 mis en place sur le GHT 37 ;
 - La possibilité de joindre directement un spécialiste répond à des organisations différentes selon les situations. Elle semble à date davantage organisée autour de l'appel direct d'un numéro dédié dans les services que via une plateforme interne aux établissements.
- Les points d'attention :
 - La possibilité de joindre un spécialiste nécessite d'organiser une réponse téléphonique structurée, reposant sur du temps médical dédié. Cette organisation est considérée comme très difficile à mettre en œuvre dans les établissements qui souffrent d'un manque de ressources médicale
 - Dédier du temps peut nécessiter des recrutements supplémentaires, dans un contexte de tension sur les effectifs médicaux ;
 - La question de la responsabilité du répondant est soulignée et doit être précisée ;
 - Au-delà de la réponse téléphonique, la mesure repose sur la capacité des services hospitaliers à accueillir des patients en hospitalisation non programmée. Les conférences hospitalières relèvent à la fois son intérêt sur le fond pour les patients, mais aussi la difficulté à mettre en œuvre des admissions directes dans un contexte de forte tension sur les ressources humaines médicales et soignantes, ayant abouti à la fermeture de lits. Elle doit donc être couplée aux mesures d'attractivité mais aussi à toutes les mesures permettant de fluidifier le parcours des patients en aval de l'hospitalisation ;
 - La mise en œuvre de la mesure doit être réalisée en cohérence avec la mise en place des cellules d'ordonnancement, qui doivent avoir un regard à la fois sur les admissions programmées, sur les hospitalisations post-urgences, et sur les entrées directes dans les services.

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[570] Il s'agit d'une mesure organisationnelle qui doit être maintenue de façon prioritaire, à la fois dans l'obligation de moyens – possibilité de contacter directement un spécialiste – et de résultat – hospitalisations directes sans passer par le service d'urgences.

[571] L'instruction propose un guichet unique téléphonique. Il est nécessaire de prendre en compte les solutions locales (hotlines, messagerie sécurisée, astreintes téléphoniques diurnes, ...).

[572] La mission recommande la mise en place de partages d'expériences notamment à l'échelle des GHT, en particulier dans les deux champs visés par l'instruction : la cardiologie et la neurologie, dans leurs dimensions médicales, chirurgicales et interventionnelles, sans négliger d'autres spécialités comme la gériatrie.

FICHE 28 : METTRE EN PLACE LA GESTION TERRITORIALE DES LITS D'AVAL ET LES GESTIONNAIRES DE LITS

1 Rappel de la mesure

Renforcer l'accompagnement à la mise en place d'une gestion territoriale des lits d'aval sous la responsabilité de l'ARS ainsi qu'à la mise en place obligatoire de la fonction de gestionnaire des lits dans tous les établissements de santé sièges de services d'urgence

[573] L'objectif est de faciliter l'accès à des lits d'aval pour les services d'urgences, et de fluidifier la gestion des lits à l'échelle territoriale en associant tous les partenaires impliqués.

[574] A cette fin, la mesure consiste à poursuivre le déploiement des dispositifs de gestion des lits engagé depuis 2019 en accompagnant les établissements.

[575] Deux cibles sont fixées :

- La mise en place 24h/24 de gestionnaires de lits dans tous les établissements de santé sièges de SU opérationnels. Il est demandé aux ARS d'accompagner les recrutements nécessaires dans les établissements non encore dotés ;
- La création exhaustive de cellules territoriales opérationnelles, dans le but d'inclure un nombre croissant de partenaires à l'échelle territoriale impliqués et de fluidifier les dispositifs de gestion des lits déjà mis en place ou en cours d'installation.

2 Synthèse des éléments quantitatifs

2.1 Coût et financement de la mesure

[576] La mise en place des dispositifs de gestion des lits au sein des établissements sièges de SU et au niveau territorial est accompagnée depuis 2020 sur la base de la circulaire DGOS/R2/2019/235, de l'instruction DGOS/R3/2021/249 et de la circulaire du 10 juillet 2022.

[577] Les crédits visant à financer le déploiement de la fonction de gestionnaire coordonné de lits ont été déléguées à hauteur de 91,8 M€ à raison de 21,8 M€ en 2020, 35 M€ en 2021 et 35 M€ en 2022.

[578] A été ajouté au montant de 10 M€ réparti à hauteur de 5 M€ en 2020 et 5 M€ en 2021 pour aider au financement d'outils numériques de gestion automatisée des lits.

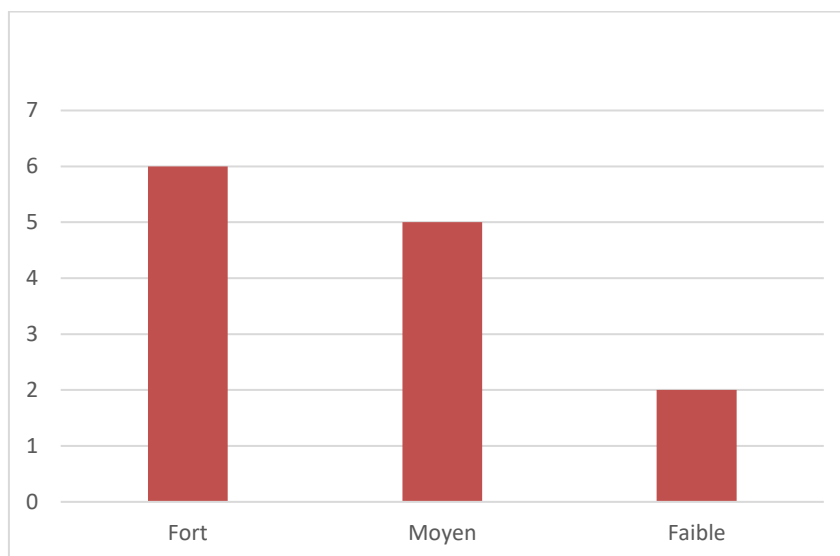
[579] Il est envisagé de prévoir une nouvelle tranche de 35 M€ en 2023. La question de l'appui au financement de crédits pérennes est ouverte.

3 Éléments d'appréciation

3.1 Le retour des ARS

[580] Le schéma ci-dessous indique l'appréciation par les ARS de l'importance de la mesure.

Graphique 1 : Impact de la mesure selon les ARS



Source : Enquête mission

[581] Les points suivants sont mis en exergue :

- Les cellules d'ordonnancement régional ont permis de développer des filières urgentes structurées, par exemple en psychiatrie en Pays de la Loire ;
- Les outils doivent être appuyés par des cellules territoriales mettant autour de la table l'ensemble des interlocuteurs. En Bourgogne Franche-Comté, elles associent au niveau départemental les bed managers, les DAC, les HAD, SSIAD, SPASAD et CPTS ;
- Des solutions de placement ont été trouvées durant l'été grâce à la coordination territoriale des acteurs ;
- Au-delà des outils, l'objectif « 0 brancard » pour des patients en attente d'hospitalisation est déployé dans le Grand-Est comme une cible à atteindre ;
- La mise en place du dispositif est variable selon les régions et selon les établissements. L'ARS de Bretagne indique que la majorité des établissements sièges de SU ont mis en place un dispositif 5j/7, le dispositif étant assuré la nuit par le cadre de permanence ;
- Il est important de développer des modèles prédictifs de besoins de lits. C'est un objectif que s'est donnée l'ARS ARA.

3.2 Le retour des autres interlocuteurs

[582] Les points positifs :

- La nécessité de disposer d'outils fiables de gestion des lits, au sein des établissements hébergeant un SU et au niveau territorial, est fortement partagée. Elle doit produire des effets si tous les opérateurs jouent le jeu ;
- Les cellules de coordination territoriales permettent aux acteurs de mieux se connaître, ce qui participe à l'amélioration de la coordination des parcours notamment urgents ;
- La coordination territoriale favorise la définition des protocoles gradués entre établissements d'un même territoire ;
- La coordination territoriale a eu un rôle majeur pendant le Covid et a permis cet été de trouver des solutions adaptées.

[583] Les points d'attention :

- Les outils de bed management n'ont d'utilité que s'il existe un nombre suffisant de lits disponibles chaque jour ;
- Des difficultés sont rencontrées dans le financement pérenne de bed-managers ;
- La conférence nationale des centres hospitaliers généraux indique que seulement 51 % des CH ont mis en place une fonction de bed-management. La démarche doit continuer à être soutenue au niveau local et au niveau territorial ;
- L'aval des urgences doit être partagé par les établissements publics et privés, avec ou sans SU ;
- Les patients ou leurs familles peuvent être réticents à ce que l'hospitalisation soit réalisée dans un établissement autre que celui de leur choix.
- L'outil de recensement des besoins journaliers minimums de lits n'est pas obligatoire et n'est pas mis en œuvre par l'ensemble des opérateurs sur un territoire ;
- Le succès de la mesure, mise en œuvre depuis 2019, est très dépendante de l'appropriation du sujet par la communauté médicale d'établissement et de GHT. A ce titre, l'appui des directions et des CME est un facteur clé de succès primordial.

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[584] La mission considère cette mesure comme une priorité absolue, dans ses deux volets : cellule de gestion des lits dans les établissements sièges d'un SU, et cellule de gestion des lits à l'échelle territoriale sous responsabilité des ARS. La mise en œuvre et le déploiement des outils numériques est indispensable. Cette mesure est étroitement liée au développement des parcours coordonnés de soins programmés et non programmés.

[585] L'implication des directions et CME doit aboutir à l'activation dans tous les établissements de la CANSP, qui peut se fonder sur un BJML renseigné. La mission recommande que le financement de la mesure soit pérennisé jusqu'à ce que les outils soient mis en œuvre, sous réserve qu'elle soit inscrite de façon obligatoire dans les CPOM.

[586] Elle recommande que des crédits pérennes soient délégués pour appuyer le déploiement de ressources humaines de coordination. Les enveloppes doivent être à la main des ARS, selon l'état de maturité des territoires et les besoins de coordination.

[587] Elle recommande l'établissement de protocoles de gestion des lits adaptés à la réalité des territoires, mais avec l'objectif clairement affiché « O brancard » pour les patients en attente d'hospitalisation.

FICHE 29 : AMÉLIORER LE RECOURS EN URGENCE À UN HÉBERGEMENT TEMPORAIRE EN SORTIE D'HOSPITALISATION

1 Rappel de la mesure

Améliorer le recours en urgence à un hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation en Ehpad (autoriser à titre exceptionnel et temporaire l'accueil en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation HTSH)

[588] Le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HT-SH) a pour but de proposer une solution de « sas » entre une hospitalisation complète, qui n'est plus utile, et un retour à domicile. Le dispositif est d'une durée maximale de 30 jours et permet de préparer le retour à domicile.

[589] Plusieurs objectifs sont assignés à ce mode de prise en charge : faciliter les sorties d'hospitalisation pour les personnes en perte d'autonomie, sécuriser le retour à domicile après un séjour hospitalier, limiter les durées de séjour à l'hôpital lorsque la prise en charge ne relève plus des soins hospitaliers, limiter les réhospitalisations.

[590] La mesure consiste à encourager l'utilisation de ce dispositif grâce au financement d'une partie du forfait dépendance et du tarif hébergement du séjour d'hébergement temporaire, ramenant le reste à charge journalier pour le résident à un niveau équivalent au montant du forfait journalier : 20€/jour contre une moyenne de 70 €/jour pour une place classique d'hébergement temporaire.

2 Synthèse des éléments quantitatifs

2.1 Coût et financement de la mesure

[591] Le coût d'une place d'HTSH est évalué à 1400 € par mois en moyenne, soit 16000 € pour une année.

[592] Dans le cadre de la circulaire budgétaire des établissements et services médico-sociaux du 12 avril 2022, une enveloppe de 24 M€ a été déléguée aux ARS en financement complémentaire au titre de l'HTSH, permettant le financement de 1500 places temporaires au niveau national. La délégation a été réalisée au prorata du nombre de personnes de 75 ans et plus par région (50 % du critère) et du taux d'équipement en places d'hébergement temporaire par région.

2.2 Éléments d'appréciation chiffrée

[593] La mission avait demandé le nombre d'Ehpad déclarant des places d'hébergement temporaire en juillet et en août 2022, et le nombre d'entrées directes sur des places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation. Dans les réponses fournies, la mission retient les points suivants :

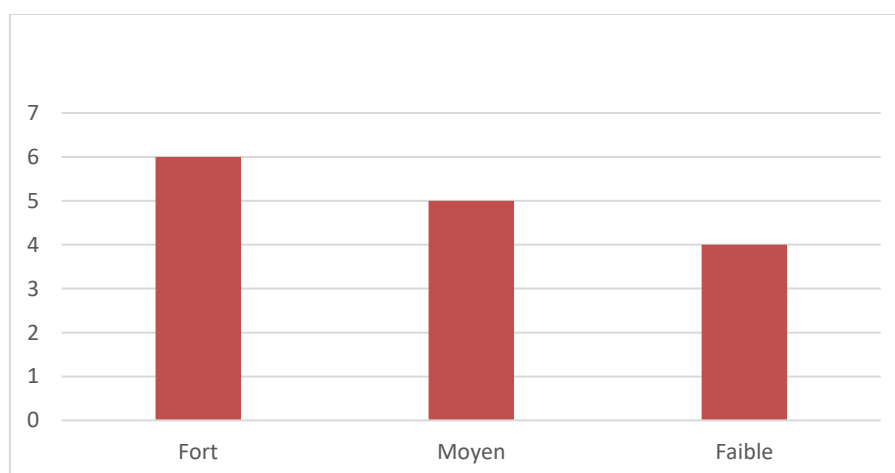
- Dans deux régions, le nombre d'Ehpad déclarant des places d'HTSH a augmenté entre juillet et août 2022 : Grand-Est, de 39 à 42 Ehpad / Nouvelle Aquitaine, de 106 à 127 Ehpad ;
- Dans les deux cas, cette augmentation s'est accompagnée d'une augmentation du nombre d'entrées directes en HTSH en sortie d'hospitalisation : de 81 à 110 en Grand-Est et de 106 à 127 en Nouvelle Aquitaine ;
- En Ile-de-France, 206 Ehpad étaient inscrits sur la plateforme de recensement au 1^{er} trimestre 2022, représentant 843 places d'HTSH. A l'été, 169 Ehpad ont été recensés représentant 785 places. L'agence souligne que 70 % des Ehpad inscrits relèvent de secteur privé à but lucratif ;
- En Normandie, 67 Ehpad se sont engagés dans cette démarche, représentant 97 places HTSH, qui ont permis le placement de 49 patients ;
- En Bretagne, le nombre d'Ehpad inscrits a doublé et représente 340 places d'HTSH, soit 2,26 places d'HTSH par Ehpad en moyenne ;
- En Région Auvergne-Rhône-Alpes, 96 Ehpad participent au dispositif représentant 334 places d'HTSH.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

3.1 L'avis des ARS

[594] Le schéma ci-joint présente un avis simplifié des ARS sur la mesure, qui est globalement identifiée comme une mesure majeure à soutenir.

Graphique 1 : Impact de la mesure selon les ARS



Source : Enquête mission

[595] Les éléments suivants sont remontés :

- Les points positifs :
 - Les HTSH en EHPAD ont déjà été activés dans plusieurs régions avant la crise de l'été 2022 et ont été appréciés comme une solution importante, à hauteur des places disponibles ;
 - Les mesures temporaires de l'été 2022 permettant un allègement du restant à charge ont participé à une montée en charge ;
 - Si les chiffres restent modestes au regard des passages aux urgences, le dispositif a permis d'alléger la pression sur les SAU dans les départements où il est mis en place, et d'améliorer l'aval des urgences en libérant des lits d'hospitalisation ;
 - Le dispositif s'inscrit dans l'amélioration des coopérations entre sanitaire et médico-social de façon pertinente et porte en germe une forte valeur ajoutée au bénéfice des services d'urgences, des services hospitaliers, et des patients.
- Les points négatifs :
 - Le dispositif est peu connu ;
 - La montée en charge se heurte aux limites des ressources RH des Ehpad, très contraintes dans de nombreux établissements ;
 - Le reste à charge, même réduit à 20 €, est trop important pour de nombreuses familles.

3.2 Synthèse des avis présentés par les personnes interrogées

[596] Les points présentés par les ARS sont largement partagés par les acteurs hospitaliers et les fédérations.

[597] Des points d'amélioration nécessaires sont mis en avant :

- La rapidité de transfert du SAU vers une HTSH se heurte à la décision des familles, qui peuvent avoir du mal à prendre une décision d'hospitalisation temporaire d'urgence en Ehpad. La mesure est efficace sous condition qu'elle repose sur un temps de coordination d'assistante sociale avec les familles ;
- Il est nécessaire d'ouvrir plus de places d'HSTH. Cette demande se heurte aux tensions RH et au manque de lits d'Ehpad ;
- Le profil des patients éligibles et réellement admis doit être analysé en détail. La lourdeur des patients présents aux SAU peut se révéler inadaptée à la solution de l'HTSH ;
- Un pilotage territorial, dans le cadre des autorisations, est nécessaire pour garantir un équilibre entre Ehpads publics et Ehpads privés.

[598] La mesure fait l'objet d'une demande globalement partagée de pérennisation.

4 Avis de la mission sur la généralisation – pérennisation

[599] La mission considère que le recours à un hébergement temporaire en suite d'hospitalisation a montré son intérêt à plusieurs égards :

- Il participe au désengorgement des urgences et à l'amélioration de l'aval des urgences. Ce n'est pas dans des proportions importantes, mais le dispositif fait partie d'un panel de solutions ;
- Il contribue à renforcer les liens entre le secteur hospitalier et le secteur médico-social, ainsi que les liens entre établissements publics et établissements privés dans une logique commune de continuité des parcours ;
- Il donne la possibilité de proposer des solutions adaptées aux patients, avant retour à domicile.

[600] La mission recommande la généralisation de la mesure, et son accompagnement :

- par une meilleure communication sur le dispositif existant auprès des Ehpad, des établissements de santé, des services d'urgence ;
- par l'appui à la coordination des actions de prise en charge des patients âgés aux urgences à travers notamment les IDE de liaison avec les Ehpad.

FICHE 30 : AMÉLIORER LE RECOURS À L'HOSPITALISATION À DOMICILE

1 Rappel de la mesure

Intitulé de la mesure : améliorer le recours à l'hospitalisation à domicile, notamment par l'évaluation HAD systématique à l'entrée en EHPAD et le développement de l'HAD comme alternative à l'UHCD (implantation d'un personnel de liaison HAD au SU).

[601] L'hospitalisation à domicile fait partie du panel de solutions possibles en aval d'une hospitalisation. Elle permet aux patients répondant aux critères de l'hospitalisation en HAD d'être pris en charge de façon sécurisée à domicile, et participe à l'allègement de la pression sur les lits d'hospitalisation en libérant de façon adaptée des places pour de nouveaux patients.

[602] Dans le cadre des mesures visant à améliorer la prise en charge des situations urgentes, l'HAD porte sur deux volets : la mise en place de solutions d'HAD en EHPAD afin d'éviter des hospitalisations notamment via les services d'urgence, et l'ouverture plus large des admissions directes en HAD depuis les services d'urgences afin d'éviter des hospitalisations complètes.

[603] La mesure a pour but d'améliorer le recours à l'HAD, à travers l'évaluation systématique des personnes à l'entrée en EHPAD, et le déploiement de personnel de liaison HAD au sein des services d'urgence.

[604] A cette fin, la circulaire prévoit une modalité de suivi fondée sur deux critères :

- le pourcentage de patients admis en HAD après passage aux urgences incluant l'UHCD ;
- le pourcentage de résidents d'EHPAD bénéficiant d'une évaluation HAD ex ante.

[605] Cette mesure a vocation à être mise en œuvre de façon permanente. Au-delà de l'urgence de l'été 2022, le recours à l'HAD constitue une solution que l'instruction vise à pérenniser et à renforcer.

2 Synthèse des éléments quantitatifs

2.1 Coût et financement de la mesure

[606] Le modèle national n'est pas arrêté.

[607] Si l'expérience conduite en Occitanie décrite plus bas était mise en œuvre, elle consisterait en un financement d'amorçage de 0,6 ETP d'IDE de liaison par service d'urgence, ce qui représenterait 7,4 M€ en année pleine.

[608] L'amorçage semble suffisant, l'augmentation d'activité des HAD induite devant pouvoir couvrir les charges d'un temps d'IDE de liaison.

2.2 La mise en œuvre de la mesure

[609] Les retours à date des ARS sont disparates et d'un niveau de complétude très variable. De façon générale, les mois d'été sont peu significatifs pour l'activité des HAD, ce qui rend l'analyse des situations présentées et des interactions avec les mesures mises en œuvre fragile.

[610] Pour ce qui concerne les patients admis en HAD après passage aux urgences, on constate une diminution entre juillet et août 2022 :

- Nouvelle Aquitaine : de 144 à 97 patients ;
- Occitanie : de 37 à 28 patients ;
- Pays de Loire : de 26 à 15 patients ;
- Ile de France : de 13 à 6 patients.

[611] Le nombre de services d'urgences disposant d'un professionnel assurant la liaison est très variable selon les régions :

- 15 en Occitanie ;
- 13 en Bourgogne-Franche Comté ;
- 11 en Centre Val de Loire ;
- 8 en Pays de Loire ;
- 3 en Bretagne ;
- 2 en Normandie et dans le Grand-Est ;
- 1 en Guyane, Nouvelle-Aquitaine.

[612] Concernant **l'impact des IDE de liaison au SU sur le nombre de patients admis en HAD**, les chiffres transmis à date ne permettent pas d'établir de lien clair. Toutefois, ils sont incomplets et devront être précisés d'ici la fin de l'année.

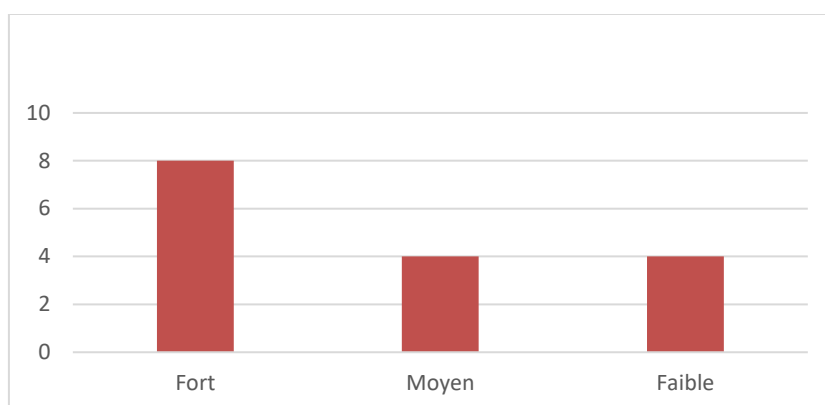
[613] **Le délai moyen de prise en charge en HAD déclaré est extrêmement variable**, allant de quelques heures au minimum en Occitanie à 9 jours en Nouvelle Aquitaine. Une enquête très détaillée devra être réalisée d'ici la fin de l'année.

3 Synthèse des éléments d'appréciation qualitative

3.1 L'évaluation qualitative des ARS

[614] La mesure est globalement considérée comme porteuse d'un réel potentiel, comme l'indique le graphique ci-dessous représentant l'intérêt de la mesure pour les ARS :

Graphique 1 : Impact mesuré par les ARS



Source : Enquête mission

[615] Toutefois, des points d'attention importants sont mis en avant :

- Dispositif d'évaluation anticipée des résidents d'EHPAD peu développé
- Manque de personnel dans les HAD, qui dans certains endroits sont par ailleurs fortement sollicités ;
- Sur le plan du recours à la solution HAD en situation de post-urgences, plusieurs ARS indiquent que l'HAD est souvent peu considérée intuitivement comme une solution possible de sortie par les services d'urgences, compte tenu des délais d'organisation de la prise en charge en HAD ;
- La vulnérabilité et la précarité sociale des patients est soulignée comme un frein au recours à l'HAD.

3.2 Synthèse des retours qualitatifs

[616] Les différents acteurs rencontrés et interrogés font référence aux mêmes freins que les ARS. Le délai de mise en œuvre d'une HAD est le plus souvent mis en avant, de même que les restrictions dans les critères d'admission en HAD.

[617] Toutefois, même si l'impact précis des mesures mises en œuvre est difficile à évaluer, les acteurs hospitaliers et la FHF considèrent, en accord avec la FNEHAD, que **le dispositif a un réel potentiel**. Il passe par une meilleure connaissance du panel des solutions possibles proposées par les HAD, et par le renforcement des liens entre HAD, EHPAD et SAU, à la fois dans l'évaluation des situations individuelles des patients et dans la co-construction commune des organisations.

3.3 Retours d'expériences et expériences innovantes

3.3.1 Le dispositif mis en place à Nancy

- Le service des urgences du CHU de Nancy dispose d'un temps d'IDE, mis à disposition par l'HAD, pour réaliser des évaluations HAD. De plus, une infirmière de liaison dans les EHPAD fait des évaluations anticipées pour intervenir en amont des hospitalisations et les éviter. Le dispositif est complété par une infirmière d'astreinte de nuit d'HAD, qui travaille en lien avec les équipes d'astreinte des EHPAD ;

- Ce dispositif est considéré par les équipes du CHU, des EPHPAD, de l'HAD et par les autres partenaires comme efficace et pertinent, à étendre.

3.3.2 L'expérience conduite en Occitanie

- L'ARS Occitanie a lancé un appel à manifestation d'intérêt pour un projet expérimental sur 6 mois. Plusieurs objectifs étaient poursuivis : développer des outils facilitant la préadmission et l'admission en HAD, accélérer la prise en charge à domicile des patients, développer des partenariats entre HAD et SU.
- 15 HAD ont été retenues. 450 patients ont été pris en charge par ce dispositif. Le retour d'expérience détaillé réalisé à Nîmes indique que sur 150 passages adultes en moyenne passant au SAU par jour, l'HAD a pu admettre 1 à 3 patients par jour.

4 Avis de la mission sur la généralisation

[618] La mission recommande de pérenniser cette mesure visant à une évaluation anticipée des patients au SAU et des résidents en EPHPAD, notamment grâce à des personnels de liaison dont le financement en amorçage est pris en charge par l'ARS (FIR).

[619] La conduite de l'expérimentation doit permettre aux acteurs des territoires de s'approprier la solution HAD, et aux HAD de mieux intégrer la réponse aux sorties de SAU, par une communication adaptée, permettant notamment d'établir des critères partagés d'admission en HAD.

LETTRES DE MISSION



Le Ministre

Paris, le 22 août 2022

Notre réf : D-22-017571

NOTE

A l'attention de Monsieur Thomas AUDIGÉ,
Chef du service de l'Inspection générale des affaires sociales

OBJET : Mission d'évaluation des mesures de régulation des admissions dans les services d'urgence mises en place pour l'été 2022.

Profondément fragilisé par plus de deux années de crise sanitaire, notre système de santé traverse, en ce début d'été 2022, une situation de tension importante. La fragilité des services d'urgence en est une manifestation particulièrement forte ; elle n'est toutefois que la partie émergée d'une crise structurelle plus profonde, qui touche l'ensemble du système, en amont comme en aval, et questionne sa capacité à répondre aux besoins de santé de la population.

Ces difficultés ne sont pas nouvelles : elles se manifestent de manière récurrente, et avaient, par exemple, conduit à la formalisation, en 2019, du rapport dit « Carli-Mesnier », traduit dans le « Pacte de refondation des urgences » porté par le Gouvernement dans une approche intégrée, de l'amont à l'aval des urgences. Elles ont atteint toutefois une acuité élevée cet été, en particulier du fait des difficultés majeures de recrutement rencontrées par les établissements de santé et des tensions sur le personnel médical également.

Pour faire face à cette situation, la mission flash lancée par le président de la République le 1^{er} juin dernier a notamment recommandé de permettre aux établissements de santé de réguler l'accès des patients à leurs services d'urgences, afin que ces derniers puissent concentrer leurs ressources sur les patients dont la situation est la plus grave et leur garantir un niveau élevé de qualité de prise en charge. En effet, bien que l'accueil de tout patient en urgence reste un principe fondateur de la mission de service public, le service des urgences n'est pas toujours la filière de soins la plus pertinente et une part importante de l'activité des services d'urgences est liée à une pathologie non urgente qui pourrait être orientée vers une consultation en cabinet de ville, requérant ou non un plateau technique léger (biologie simple et radiologie standard exemple de traumatologie non grave). Selon une étude réalisée par des médecins urgentistes de la SFMU¹ s'appuyant sur des données 2013 de la DREES², la proportion de passages inappropriés aux urgences se situerait entre 14 % et 27 %.

¹ Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A On behalf of French Society of Emergency Medicine, et al ; Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France ; 2020. Disponible via [Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France | BMJ Quality & Safety](https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjquality-2020-011111).

² DREES ; Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières ; juin 2013. Disponible via <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/01-enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin>.

Traduisant les décisions du Gouvernement sur les recommandations de la mission flash, l'instruction N°DGOS/DGCS/DSS/2022/182 du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 et l'arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire permettent, jusqu'au 30 septembre 2022, aux directeurs généraux des Agences régionales de santé (ARS) d'autoriser les établissements disposant d'un service d'urgences à mettre en place une organisation visant à orienter les patients dont l'état de santé ne relève pas de la médecine d'urgence vers une offre de soins adaptée. Cette possibilité s'accompagne d'une campagne nationale de communication visant à mieux orienter les patients dans notre système de soins, grâce au concours notamment des médecins traitants et du 15.

Cette régulation en amont des services d'urgences, visant à mieux orienter les patients, a pris deux formes principales, étant entendu qu'il est attendu des établissements, en lien avec les Agences régionales de santé, que ces évolutions s'organisent dans une stratégie territoriale établie et avec tout le soin donné à la bonne information de la population du territoire :

- l'établissement met en œuvre une régulation téléphonique en amont de l'accès du patient au service d'urgences. Cette régulation est réalisée par le SAMU - centre 15 ou le SAS, qui adresse le patient ne relevant pas du service vers une offre de soins alternative, vers son médecin traitant ou vers toute autre offre de soins de ville compatible avec son état ;
- l'établissement définit des protocoles d'orientation du patient, qui permettront à l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) de le réorienter, à son arrivée aux urgences, vers le SAS ou vers des médecins conventionnés.

De telles organisations ont été mises en place dans plusieurs services d'urgence. Fin juin 2022, on recensait 34 services d'urgences ayant fait le choix d'un accès régulé. Ils étaient 63 à la mi-juillet, selon des modalités qui peuvent varier en fonction des territoires.

Du fait de tensions particulièrement fortes, un nombre limité de services ont aussi été contraints, sur cette période, de cesser totalement leur activité sur certaines plages horaires, en mettant en place un fonctionnement sur une amplitude réduite à 12 heures. Il s'agit d'un fonctionnement dont la mise en œuvre devait être autorisée par le nouveau régime d'autorisation de médecine d'urgence, prenant le nom d'« antenne d'urgence », et qui doit s'inscrire dans tous les cas dans une organisation territoriale permettant la continuité des soins pour tous.

En complément de la mission qui vous est confiée sur l'évaluation du déploiement et des résultats atteints par les mesures mises en place sur les soins non programmés et les urgences sur l'été 2022, je souhaite qu'un travail plus complet soit spécifiquement conduit sur la régulation en amont des urgences et le fonctionnement en antenne d'urgence H12. Cette mission doit notamment viser à :

- bien définir ce qu'il convient d'entendre par la régulation de l'accès aux urgences, en réalisant, autant que possible, une revue de la littérature scientifique et des retours d'expérience internationaux portant sur ces dispositifs ;
- objectiver le niveau de recours et les différentes modalités de mise en œuvre de ces dispositifs en France au cours de l'été 2022 ;
- évaluer, au regard des informations disponibles, les impacts d'une régulation en amont du service d'urgences ou de la fermeture sur certaines plages horaires, notamment sur l'accès aux soins des patients, la sécurité et la qualité des soins, et le fonctionnement global des établissements de santé, incluant les éventuels reports sur d'autres services d'urgences ;

- *et in fine*, formuler des recommandations et identifier les conditions qui pourraient être celles d'une éventuelle pérennisation ou généralisation de ces dispositifs, notamment en précisant les étapes de concertation préalable à conduire, par les ARS et/ou les établissements concernés, dans une approche la plus territoriale et transversale possible. Ces recommandations devront en outre tenir compte des enjeux attachés à la bonne compréhension et appropriation de ces évolutions par nos concitoyens, ainsi que des élus des territoires. Elles devront enfin tenir compte des enjeux attachés à la montée en charge de l'offre de régulation.

Pour la conduite de cette mission, vous pourrez vous appuyer sur les services du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, de la direction générale de l'offre de soins, de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, de la caisse nationale de l'assurance maladie, des agences régionales de santé et, le cas échéant, de l'Institut de Recherche et de documentation en économie de la santé. Afin d'alimenter les chantiers stratégiques nationaux qui seront menés à l'automne prochain, je souhaiterai disposer des conclusions de la mission que vous mènerez au plus tard d'ici le 20 septembre 2022.



François BRAUN

Copies :

- Mme Nicole DA COSTA, secrétaire générale par intérim des ministères chargés des affaires sociales ;
- Mme Cécile LAMBERT, directrice générale de l'offre de soins par intérim.



Le Ministre

Notre réf : D-22-017569

Paris, le 23 août 2022

NOTE

A l'attention de Monsieur Thomas AUDIGÉ,
Chef du service de l'Inspection générale des affaires sociales

OBJET : Mission d'évaluation des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

Profondément fragilisé par plus de deux années de crise sanitaire, notre système de santé traverse, en ce début d'été 2022, une situation de tension majeure. La fragilité des services d'urgence en est une manifestation particulièrement forte ; elle n'est toutefois que la partie émergée d'une crise structurelle plus profonde, qui touche l'ensemble du système, et questionne sa capacité à répondre aux besoins de santé de la population.

Ces difficultés ne sont pas nouvelles : elles se manifestent de manière récurrente, et avaient, par exemple, conduit à la formalisation, en 2019, du rapport dit « Carli-Mesnier », traduit dans le « Pacte de refondation des urgences » porté par le Gouvernement dans une approche intégrée, de l'amont à l'aval des urgences. Elles ont atteint toutefois une acuité élevée cet été, en particulier du fait des difficultés majeures de recrutement rencontrées par les établissements de santé. Conséquence indirecte de la pandémie de Covid-19, elles fragilisent de manière profonde la capacité des établissements à répondre, en toutes circonstances, aux besoins de santé de la population sur tous les territoires, notamment de manière urgente ou non programmée.

Dans ces conditions, le président de la République a souhaité, lors de son déplacement à Cherbourg le 1^{er} juin dernier, que les professionnels de la ville et de l'hôpital puissent contribuer de manière conjointe à l'établissement d'un diagnostic, mais surtout puissent proposer les mesures susceptibles de surmonter ces difficultés au cours de l'été, dans une logique de responsabilité partagée par les professionnels sur l'accès à la santé dans les territoires.

Faisant suite aux recommandations formulées par la mission flash mise en place au cours du mois de juin, la Première ministre a retenu, lors de son déplacement au Centre hospitalier de Pontoise, un ensemble de mesures, principalement mobilisables sur la période estivale de juillet à septembre 2022, devant renforcer l'organisation de l'accès aux soins urgents et non programmés dans tous les territoires. Si quelques

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07
Téléphone : 01 40 56 60 00

1

mesures ont eu vocation à être déployées nationalement, comme la reconnaissance de la pénibilité attachée au travail de nuit dans les établissements de santé publics ou encore la meilleure valorisation des consultations assumées par les médecins libéraux dans la prise en charge des soins non programmés, la plupart de celles-ci ont constitué une « boîte à outils » au service des acteurs des territoires, dont la mobilisation a été différenciée en fonction de leurs besoins spécifiques.

Dans le prolongement de l'instruction N° DGOS/DGCS/DSS/2022/182 du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022, un corpus réglementaire a permis de préciser les modalités de mise en œuvre de ces décisions et de mettre à la disposition de tous les acteurs du système de santé cette « boîte à outils » opérationnelle :

- décret n°2022-954 du 29 juin 2022 portant indemnisation et majoration exceptionnelle des heures supplémentaires réalisées dans les établissements mentionnés à l'article L. 5 du code général de la fonction publique ;
- arrêté du 29 juin 2022 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation du temps de travail additionnel des personnels médicaux et des gardes des personnels enseignants et hospitaliers exerçant en établissements publics de santé ;
- arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire ;
- arrêté du 12 juillet 2022 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation des gardes des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et des personnels enseignants et hospitaliers exerçant en établissements ;
- arrêté du 12 juillet 2022 portant majoration exceptionnelle des taux des indemnités horaires pour travail normal de nuit et de la majoration pour travail intensif dans la fonction publique hospitalière

Sur ces fondements, les Agences régionales de santé (ARS), en lien avec l'ensemble des acteurs (établissements de santé, publics comme privés, professionnels de ville, représentants des usagers, élus, préfets...), veillent, tout au long de l'été, au plein déploiement de ces leviers sur leurs territoires. Un comité de suivi national des mesures a été mis en place, permettant de suivre l'évolution de la situation sur les territoires, le déploiement des mesures, et l'impact de ces dernières en termes d'amélioration de l'accès à la santé.

Compte tenu des engagements forts pris par l'Etat, l'impact de ces mesures sur l'accès aux soins des Français et sur la situation de notre système de santé doit être précisément mesuré et évalué pour nourrir une vision partagée des transformations structurelles à conduire et envisager, le cas échéant, leur pérennisation ou leur généralisation.

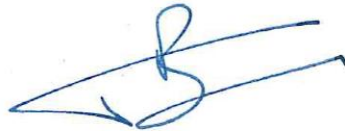
Dans cet objectif, je vous demande de bien vouloir diligenter une mission ayant pour objet de :

- mesurer les modalités et le niveau de déploiement des mesures arbitrées ainsi que d'en évaluer les résultats, en lien avec l'ensemble des acteurs représentés au plan national (patients, élus, professionnels), et les acteurs du territoire, parmi lesquels les Agences régionales de santé en charge de piloter la mise en œuvre la stratégie de l'été et d'en établir de premiers éléments d'évaluation ;
- recenser les organisations territoriales innovantes rendues possibles par les mesures de la boîte à outils, et identifier les modèles qui pourraient être diffusés à une plus large échelle ;
- à l'inverse, identifier les difficultés rencontrées sur les territoires au cours de l'été, et les mesures qui n'ont que peu été mobilisées, pour en évaluer les freins ;
- examiner et mettre en perspective, au regard des résultats obtenus, l'intérêt d'une potentielle pérennisation ou généralisation de tout ou partie de ces mesures, y compris au regard du rapport coût / bénéfice anticipé pour la généralisation.

Pour la conduite de cette mission, vous entendrez notamment les membres de la mission « flash ». Vous pourrez vous appuyer sur les services du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, de la direction générale de l'offre de soins, de la direction de la sécurité sociale, de la direction générale de la cohésion sociale, de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique, ainsi que de la caisse nationale d'assurance maladie et des ARS.

Au-delà de la consolidation de l'ensemble des données disponibles sur cette évaluation de l'été, notamment les indicateurs mis sous revue de l'Etat, et de l'évaluation de chacune des recommandations prévues par l'instruction du 10 juillet, il sera utile que vous puissiez vous rendre dans quelques territoires significatifs pour une évaluation de « terrain » des mesures mises en œuvre, aux plans quantitatif et qualitatif.

Afin d'alimenter les chantiers stratégiques nationaux qui seront menés à l'automne prochain, je souhaiterais disposer des conclusions de la mission que vous mènerez au plus tard d'ici le 20 septembre 2022.



François BRAUN

Copies :

- Mme Nicole DA COSTA, secrétaire générale par intérim des ministères chargés des affaires sociales ;
- Mme Cécile LAMBERT, directrice générale de l'offre de soins par intérim ;
- M. Franck VON LENNEP, directeur de la sécurité sociale ;
- M. Jean-Benoît DUJOL, directeur général de la cohésion sociale ;
- M. Fabrice LENGART, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique ;
- M. Thomas FATÔME, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie.

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES OU AYANT TRANSMIS UNE CONTRIBUTION ÉCRITE

Membres de la mission flash

- Pr Karim Tazarourte
- Dr Antoine Leveneur
- Dr Delphine Tortiget
- Thomas Deroche, DG de l'ARS Normandie

Associations d'élus :

- Association des Maires de France :
 - Frédéric Chereau, Maire de Douai
 - Nelly Jacquemmot
 - Sarah Reylli
- Association des maires ruraux de France :
 - Gilles Noël, Président, maire de Varzy
- France Urbaine :
 - Jean Deysson,

DGOS :

- Cécile Lambert, Directrice générale par intérim
- Matthieu Leclerc, directeur de cabinet de la directrice de la DGOS
- Sylvie Escalon, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins
- Philippe Charpentier, sous-directeur des ressources humaines du système de santé
- Marc Reynier, adjoint au sous-directeur des ressources humaines
- Dr Varroud-Vial, conseiller médical

DREES

- Noemie Courtejoie
- Benoit Ourliac
- Fabien Toutlemonde
- Albert Vuagnat

Secrétariat général des ministères sociaux :

- Yann Debos, responsable du pôle santé / ARS
- Morgane Guillemot
- Adrien Courtois
- Yvan Denion

CNAM :

- Thomas Fatome, Directeur Général
- Julie Pougheon, directrice de l'offre de soins
- Aurélie Olivier, adjointe à la directrice de l'offre de soins
- Emin Agamaliyev, responsable du département des études sur l'offre de soins
- Thibaut Zaccherini, responsable du département des professionnels de santé

ARS :

- ARS de Normandie : Thomas Deroche, Directeur Général
- ARS de Corse : Marie-Hélène Lecenne, Directrice Générale
- ARS Auvergne Rhône-Alpes : Jean-Yves Grall, Directeur Général

France assos santé

- Alexis Vervialle, conseiller santé

FEDORU :

- Dr Abdeslam Redjaline
- Dr Laurent Maillard

Sociétés professionnelles d'urgences / Samu

- Pr Pierre Carli, Président du Conseil National de l'Urgence Hospitalière
- Pr Karim Tazarourte, Président de la Société Française de Médecine d'Urgence
- Dr Marc Noizet, Président de Samu Urgences de France
- Pr Sandrine Charpentier, Présidente du Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence
- Dr Dominique Pateron, Président du Conseil National Professionnel de Médecine d'Urgence
- Dr Patrick Pelloux, Président de l'Association des Médecins Urgentistes de France

Syndicats de médecins :

- MF France :
 - Dr Agnès Giannotti, Présidente
 - Dr Isabelle Domenech
- Syndicat des Médecins Libéraux :
 - Dr Philippe Vermesh, Président
 - Dr William Joubert, Président de l'Union Nationale des Professionnels de Santé
 - Dr Sophie Bauer
- Fédération des Médecins de France : Dr Corinne Le Sauder, Présidente
- CSMF
 - Franck Devulder, président
 - Luc Duquesnel
 - Bruno Perroudy
- Action Praticiens Hôpital : Dr Jean-François Cibien, Président

Syndicats infirmiers :

- SNIIL : M John Pinte
- UNIPA :
 - Tatiana Henriot
 - Florian Bois
 - Kevin Ven Den Bergh
- Convergence Infirmière : Mme Ghislaine Sicre
- FNI :
 - Daniel Guillerm
 - Pascale Lejeune

Union de Syndicats de Pharmaciens d'Officines :

- Pierre Olivier Varot, président
- Marie Augé-Caumon, conseillère

Ordres professionnels

- **Conseil National de l'Ordre des Médecins :**
 - Dr Rene-Pierre Labarriere, Président de la section Exercice Professionnel
 - Dr Jean-Marcel Mourgues, Vice-Président du CNOM
 - Dr Catherie Guintoli-Centuri, Vice-Présidente de la section Exercice Professionnel
 - Dr Jean-Luc Fontenoy, Président de la Commission nationale de la Permanence des soins
 - Francisco Jornet, Directeur des services juridiques
 - Pauline Cailleaud, juriste
- **Conseil National de l'Ordre des Infirmiers :**
 - Patrick Chamboredon, président
 - Fatiha Atouf, responsable des services juridiques

Fédérations nationale des établissements de santé :

- **Fédération Hospitalière de France :**
 - Zaynab Riet, Directrice déléguée
 - Vincent Roques, directeur de cabinet
 - Quentin Henaff, responsable adjoint au pôle ressources humaines
 - Aurélien Sourdille, responsable adjointe du pôle Offres
 - Benjamin Caniard, responsable du pôle autonomie
 - Sophie Merchadet, responsable du pôle Ressources Humaines Hospitalières
 - Rudy Chouvel, responsable développement durable
 - Cécile Chevance, responsable du pôle Offres
- **Fédération de l'Hospitalisation Privée :**
 - Lamine Gharbi, Président
 - Christine Schibler, déléguée générale
 - Bertrand Sommier, secrétaire général
 - Aude Lecat, responsable du pôle juridique
- **Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne :**
 - Dr Nicolas Villenet, conseiller médical
 - Hélène Caillat, conseillère à la direction de l'offre de soins
 - Sarah Bekhada, direction de l'offre de soins
- **Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile**
 - Dr Elisabeth Hubert, ancienne ministre
 - Anastasia Strizyk, conseillère technique

Fédération des CPTS et MSP :

- Claude Leicher, Président de la FCPTS
- Rebecca Martin Osuna, trésorière
- Pascal Gendry, Président AVEC Santé

Conférences hospitalières :

- **Conférence Nationale des Directeurs Généraux de CHU :**
 - Marie-Noëlle Géraïn-Breuzard, Présidente, DG de CHU de Tours
 - Cécile Jaglin, Présidente de sous-commission, DG du CHU d'Angers
- **Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers :**
 - Francis Saint-Hubert, Président
 - Cécilia Waheo, secrétaire générale
- **Conférence des Présidents de CME de CHU**
 - Pr Rémi Salomon, Président
- **Conférence des Présidents de CME de centres hospitaliers**
 - Dr Thierry Godeau, Président
 - Dr David Piney, vice-président
 - Dr Fuseau
 - Dr Woehl

Rencontres de sites :

- **ARS Ile-de-France :**
 - Sophie Martinon, directrice générale adjointe de l'ARS
 - Louise Mariani, directrice de cabinet de la directrice générale de l'ARS
 - Dr Marie-Laure Alby, médecin généraliste libéral, trésorière de la CPTS du 14^{ème} arrondissement de Paris

- **La Nièvre :**

SDIS de la Nièvre

- Colonel Olivier PEYCRU, directeur départemental des services d'incendie et de secours
- Colonel Ludovic LAURENT médecin- Chef
- Corine PAVARD, cadre de santé commandante, infirmière de chefferie
- GCS Réseau des Urgences de Bourgogne-Franche-Comté, RUBFC
- Docteur Hervé ROY, Médecin urgentiste, Directeur Médical

AMLUV

- Dr Pierre Yves BILLIARD, président de l'AMLUV

CHU de Dijon

- Florent CAVELIER, Secrétaire Général, CHU Dijon Bourgogne
- Dr Philippe DREYFUS, responsable CRRA-Centre 15

GHT de la Nièvre

- Mme Marie-Pierre SILVESTRE-TOUSSAINT, directrice par intérim du GHT, directrice déléguée centre hospitalier de Decize
- Dr Mathieu COCHONNEAU, Référent SAMU 58 - SMUR Nevers

Centre hospitalier de Clamecy

- Julien KISZCZAK, directeur délégué

Préfecture

- Yoann De BALLANGEN, directeur des services du cabinet de la préfecture de la Nièvre.

Pour l'ARS BFC

- Mohamed SI ABDALLAH, directeur général par interim
- Régis DINDAUD, délégué départemental de la Nièvre
- Nadia GHALI, chef de département accès aux soins primaires et urgents, direction de l'organisation des soins
- Emmanuelle COURBEZ, Chargée de mission- Développement Territorial en Santé, délégation départementale
- Delphine DURAND, chargée de mission accès soins urgents non programmés - régulation médicale, direction de l'organisation des soins

- **La Sarthe :**

- Elus :
 - Hervé Roncière, Maire et Président du Conseil de Surveillance, CH Château du Loir
 - Béatrice Latouche, Maire et Présidente du Conseil de Surveillance, CH de Lude
 - Nadine Grelet-Certenais, Maire et Présidente du conseil de surveillance, PSSS La Flèche
 - Nicolas Leudiere, Maire et Vice-Président du Conseil de Surveillance, PSSS Sablé-sur-Sarthe
 - Didier Reveau, Maire et Président du Conseil de Surveillance, Ch de La Ferté-Bernard
- ARS :
 - Directeur général adjoint ARS : Nicolas Durand
 - Directeur territorial ARS : Stephan Domingo
- CH du Mans :
 - Guillaume Laurent, Directeur du Centre Hospitalier du Mans
 - Dr Joel Pannetier, urgentiste
 - Dr Florence Deciron-Debieuvre, cheffe du SAMU 72
 - Adrien Oger
- EPSM de la Sarthe :
 - Céline Lagrais / Qamuel Reze-Virfolet/Monique Robin/Dr Gabriele Mugnier/Dr Marianne Piron Prunier
- CDOM : Dr Franck-Dominique Bruel

- ADOPS : Dr Bernard Richard, président / Dr Chaigneau
- URPS infirmiers : David Guillet, président
- SDIS : lieutenant-Colonel Marc Rallu
- CPTS : Audrey Lemaître
- Sarthe Autonomie : Bernard Bonnel
- UNAFAM : François Hulin, délégué régional
- **Normandie :**
 - Le Havre :
 - Florence Thibaudeau-Rainot, adjointe au maire du Havre
 - Martin Trelcat, directeur de l'établissement
 - Dr Lesire, responsable médical SAMU / SU
 - Dr Blondet, représentant CPTS
 - Dr Fagot, représentant CPTS
 - Dr Dumenil, association des médecins de ville
 - Cherbourg
 - Benoît Arrivé, maire de Cherbourg
 - Frédéric Marie, directeur de l'établissement
 - Séverine Karrer, direction
 - Dr Delomas, responsable médical SAMU
 - Dr Bastien Julliard, responsable médical SU
 - Dr Philippe Cholet, représentant CPTS
 - Dr Anne Besnier, médecin
 - Dr Marie Caruso, association de médecins de ville
 - Dr Sotty, association de médecins de ville
 - Philippe Decaen, représentant CPAM
 - Dr Marchenay, SOS médecins
- **Nancy :**
 - Préfecture :
 - Arnaud Cochet, Préfet de Meurthe-et-Moselle
 - Elus :
 - Jean-François Husson, Sénateur
 - Philippe Guillemard, député
 - Martin Tenenbaum, Ville de Nancy
 - Rosemary Lupo, Conseillère départementale
 - ARS :
 - Virginie Cayré, Directrice générale de l'ARS Grand-Est
 - M André Bernay, Directeur général adjoint de l'ARS
 - M Frédéric Remay, Directeur général adjoint de l'ARS
 - Dr Romain Hellmann, conseiller médical
 - M. Jonas Orcier, directeur DT 54
 - Mme Amélie Derotte, DT 54
 - CHU :
 - Francis Bruneau, Directeur Général par intérim
 - Pr Christian Rabaud, Président de la CME
 - Pr Tahar Chouihed, PUPH Sau/Samu/Smur
 - Dr Lionel Nage, Chef du service SAU/Samu/Smur
 - Sylvia Mokrani, directrice adjointe
 - Sylvie Gamel
 - Centre de soins non programmés CMSI : Dr Loïc Libot
 - Association Les Maisons Hospitalières : Isabelle Lebrun
 - Thierry Hennequin, directeur des soins, groupe Elsan
 - OHS Lorraine : Karine Reneaux
 - ADMR54 :
 - Jean-Marc Lucien
 - Coralie Louis
 - HADAN :
 - Audrey Angster, Directrice
 - Cécile Di Santolo

- CPTS et PTA :
 - Sylvie Rossignon, présidente PTA et CPTS
 - Anne-Laure Gilet, coordinatrice
 - Dr Françoise Orsini, PTA
- **Montauban :**
 - Préfecture : M Julien Henrard, sous-préfet chargé de mission auprès de Mme la préfète.
 - ARS : Benoît Ricaut-Larose, ARS, directeur adjoint du premier recours /Délégué territorial : David Billetorte
 - Elus :
 - Maire de Montauban, Présidente du conseil de surveillance, Brigitte Barèges,
 - Adjointe au maire de Montauban chargée de la santé : Mme Clarisse Heulland
 - Maire de Moissac, président du conseil de surveillance de Castelsarrasin- Moissac : M Romain Lopez
 - Maire de Castelsarrasin : M Jean-Philippe Besiers
 - Président de l'association des maires de France pour le Tarn-et-Garonne : M Bernard Pezous
 - CH Montauban :
 - Directeur : Sébastien Massip
 - Président de la CME : Dr Jérôme Roustan
 - Cheffe du pôle urgences/SAMU/SMUR : Dr Dr Hélène PIZZUT, directrice du SAMU 8/ Chef du service des urgences : Dr Dominique Coppin/ Urgences de Montauban : Dr Denis Arcuset
 - CH Moissac :
 - M Jacques Cabrières, directeur
 - M Daniel Botta, représentant des usagers, vice-président du conseil de surveillance
 - Clinique du Pont de Chaumes : Dr Jean-Michel Sab, Chef de service SAU
 - CDOM : Dr Stéphane Smail
 - URPS infirmier : Mme Janis Francazal
 - Association de gestion des soins ambulatoires : Dr Jean-Jacques Galouye, président
 - CPAM : Clémence Paulian-Soula

Expérience européenne : le Danemark

- M Pierre Perard, Adjoint à Copenhague du Conseiller régional pour les affaires sociales, la santé et l'emploi
- M. Freddy Lippert, ancien directeur des urgences de la région de Copenhague
- Mme Anne Smetana, attachée santé à l'ambassade du Danemark à Paris