



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MA SANTÉ 2022 UN ENGAGEMENT COLLECTIF

GROUPE DE SUIVI DU PACTE DE REFONDATION DES URGENCES

8 novembre 2019

PACTE de
refondation
des **urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

ORDRE DU JOUR

- ❖ Pilotage de la mise en œuvre du pacte
- ❖ Mise en œuvre en région
- ❖ Points d'avancement des différentes mesures du pacte
- ❖ Point d'étape des travaux d'approfondissement de certaines mesures portés par la mission du député T. Mesnier et du Pr Pierre Carli



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

PACTE de refondation des **urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

**PRÉSENTATION DU PILOTAGE DE LA MISE EN
ŒUVRE DU PACTE**



- ❑ Les mesures sont intégrées aux chantiers Ma santé 2022 :
 - ✓ Une coordination DGOS
 - ✓ Des chefs de projets tous désignés (DGOS, DGCS, DSS, DGS, CNAM, ARS)
 - ✓ Un comité de chantier qui a pour responsabilité la synthèse et le suivi de ces mesures

- ❑ Un groupe de suivi
Sociétés savantes de médecins urgentistes et d'infirmiers, syndicats professionnels de médecins urgentistes et libéraux, syndicats des personnels non médicaux et collectif, fédérations hospitalières, conférences, associations de patients, ministère, ARS, institutions

- ❑ Mobilisation de la mission T. Mesnier / P. Carli autour de mesures clés :
 - ✓ SAS, avec une équipe-projet dédiée
 - ✓ Gradation des urgences
 - ✓ Transports paramédicalisés
 - ✓ Mesures complémentaires à l'étude

- ❑ Des sous-projets suivis dans un cadre spécifique :
 - ✓ Les chantiers STSS de transformation du système de santé
 - ✓ La feuille de route Grand âge et autonomie
 - ✓ Le comité de sécurité des établissements



- ❑ Suivi dans une instance de concertation au niveau régional. Selon les cas :
 - ✓ Des comités de pilotage régionaux déjà institués dans le cadre de travaux sur les urgences et les soins non programmés
 - ✓ Les comités techniques régionaux des urgences (CTRU) ou des groupes de réseaux des urgences
 - ✓ Une instance spécifique dédiée au pacte de refondation des urgences
- ❑ Un plan d'action régional et un plan de communication sur les urgences et les soins non programmés, dans un cadre préexistant ou spécifique au pacte, en articulation avec les autres plans en cours.
- ❑ Nomination de référents dans chaque ARS, souvent sur la base d'un binôme médical et administratif
- ❑ Un reporting et des échanges réguliers avec le niveau national



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

PACTE de refondation des **urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

MISE EN ŒUVRE EN RÉGION



❑ ARS Grand-Est – Christophe LANNELONGUE

❑ ARS Île-de-France – Didier JAFFRE



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

PACTE de refondation des **urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

**POINTS D'AVANCEMENT DES DIFFÉRENTES
MESURES DU PACTE**



DIFFUSION DU BESOIN JOURNALIER MINIMAL EN LITS (BJML)

- ❑ Une relative constance des flux d'hospitalisation depuis la structure des urgences au cours d'une année, qui permet de calculer un nombre minimum de lits d'aval nécessaires pour lequel le risque de sur-réservation de lits, du point de vue du chef d'établissement, est faible au vu des flux constatés les années précédentes.
- ❑ Intérêt : outil d'aide à l'anticipation des tensions sur l'aval des structures des urgences, qui doit permettre de mobiliser l'ensemble des capacités du territoire pour prévenir ces tensions
- ❑ Un indicateur issu des travaux du CNUH sur l'aval des urgences en 2018, présenté aux ARS et déjà diffusé ou calculé dans de nombreuses régions
- ❑ Instruction diffusée aux ARS le 7 novembre 2019 demandant avant l'hiver :
 - ✓ La sollicitation des organismes chargés de l'analyse des Résumés de passage aux urgences (RPU)
 - ✓ La communication de l'indicateur à chaque établissement et GHT avant le 1^{er} décembre
 - ✓ Le pilotage d'une démarche globale d'anticipation et de gestion des flux, sur la base d'une analyse formalisée des besoins en lits programmés et non programmés
- ❑ En région : *Exemples*
 - ✓ *PACA : Les tableaux avec l'indicateur par semaine sont disponibles pour chaque ES sur le ROR et le BJML est inclus dans le rapport HET journalier transmis de façon automatisé à chaque ES.*
 - ✓ *Auvergne-Rhône-Alpes : Présentation et accompagnement personnalisé par l'ARS et l'ORU, en lien avec le réseau des urgences*



- ❑ Objectif : l'utilisation optimale des capacités hospitalières de chaque établissement et de celles de l'ensemble du GHT.
- ❑ Le projet :
 - ✓ Accompagnement financier dès 2019 pour permettre le déploiement dans l'ensemble des GHT sur la base d'un cahier des charges en cours de finalisation.
 - ✓ Capitalisation et partage d'expériences sur la base des projets portés par les GHT dans un livrable disponible pour fin 2020.
- ❑ Dès 2020, entrée en vigueur de l'obligation réglementaire pour tous les GHT de disposer d'un dispositif de gestion coordonnée des lits.
- ❑ En région, de nombreux projets concernant l'aval des urgences et la fluidification des parcours :
 - ✓ Dispositifs de **gestion des lits**
 - ✓ Expérimentation d'**unités post-urgences** pérennes ou d'**unités tampon** en cas de tension
 - ✓ Expérimentations sur une **évolution du ROR** permettant d'y intégrer des données de disponibilité des lits
 - ✓ Mise en place de **filères de prises en charge spécifiques**
 - ✓ **Financement complémentaire de l'ARS** pour accompagner les projets prometteurs



- ❑ Intérêt : Accroître l'offre de réponse aux demandes de soins non-programmés et permettre la réorientation à toute heure vers la médecine libérale de manière immédiate en proximité des urgences.
- ❑ 129 structures des urgences enregistrent plus de 50 000 passages par an, dont 64 pour lesquels il existe déjà une MMG à proximité immédiate.
 - Une enveloppe de 2,5 M€ a été déléguée aux ARS en octobre 2019. Elle permettra le financement de 29 MMG auprès des services qui ne disposent d'aucun lieu identifié à proximité immédiate ou dans la ville et de 21 autres MMG en proximité de services identifiés par les ARS comme pouvant utilement être désengorgés par cette offre nouvelle.
- ❑ En région : Travail en cours sur le déploiement de nouvelles MMG et de potentielles relocalisations de MMG avec des ouvertures prévues dès la fin de l'année ou début 2020

Exemples :

- ✓ *Nouvelle Aquitaine : 25 MMG dans la région, 5 adossées à des SU, 6 sites identifiés pour de nouvelles MMG à proximité des SU*
- ✓ *Centre-Val-de-Loire : ouverture de nouvelles MMG à Vendôme, Orléans et Tours*
- ✓ *Bourgogne-Franche-Comté : projets à Dole et en Haute-Saône*
- ✓ *Occitanie : projets à Toulouse, Montpellier et Montauban/Moissac*



ADMISSION DIRECTE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES SERVICES D'HOSPITALISATION

- ❑ Développer des parcours structurés de qualité d'admissions directes non programmées en services d'hospitalisation : un des leviers pour **réduire les passages aux urgences évitables des personnes âgées**.
Un financement de 175M€ sur 2019-2022, amorcé dès 2019.
- ❑ En amont, un parcours **reposant sur le lien entre les médecins traitants et professionnels des EHPAD et les établissements de santé** : 46% des personnes âgées ont eu un contact avec leur médecin avant d'être admises aux urgences mais aussi impliquant le SAMU/centre 15.
- ❑ Un parcours **impliquant une organisation de l'établissement de santé** : accès à des numéros d'appel, organisation des services et des plateaux techniques, mais également une organisation territoriale de l'offre de soins et une gestion de la disponibilité des lits.
- ❑ **Objectif** : définir les fonctions-clés de ce parcours et des organisations le structurant et les conditions :
1ère étape : d'ici la fin de l'année deux réunions associant les acteurs afin de préciser les fonctions-clés **et un premier financement dès 2019**.
2ème étape : 2020-2021 : une évolution vers **un financement à la qualité**.
 - Un suivi de l'évolution des admissions directes et des parcours structurés mis en place.
 - Un parcours appuyé par la nouvelle certification des établissements de santé (V2020).
- ❑ **Forte mobilisation des régions sur ce sujet avec différentes initiatives** :
 - ✓ Lignes téléphoniques dédiées (HDF, BFC, Occitanie, Guadeloupe)
 - ✓ Déploiement des outils de télé médecine pour les EHPAD en lien avec la régulation du SAMU (ARA)
 - ✓ Unités de court séjour gériatrique (Grand Est, BFC, Corse, Guadeloupe)
 - ✓ Projet coordonné urgences/gériatrie (IDF)
 - ✓ Plateforme gériatrique hospitalière (Normandie)
 - ✓ Formation des personnels des EHPAD (Occitanie)



DÉVELOPPEMENT DES ÉQUIPES MOBILES DE GÉRIATRIE INTERVENANT SUR LES LIEUX DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES

- ❑ Un objectif de la Feuille de route Grand âge et autonomie et de la STSS : « **renforcer les EMG afin d'apporter l'expertise gériatrique sur les lieux de vie des personnes âgées (EHPAD et domicile) afin de prévenir les hospitalisations en urgence évitables** »
 - ✓ Un financement de 16M€ sur 2019-2022
- ❑ Les EMG mises en place au sein de 347 établissements de santé au service du parcours de la personne âgée, aujourd'hui tournées vers la prise en charge adaptée et la fluidité du parcours intra-hospitalier et la sortie d'hospitalisation
 - ✓ **12% de leurs interventions sont tournées vers les lieux de vie des personnes en 2017**
- ❑ **2019 - Un premier financement de 4M€.**

Pour accompagner le déploiement en 2020 sur les territoires, **diffusion d'un cadre d'orientation** sur la base d'expériences existantes, **élaboré en 2019** avec le groupe des EMG de la société savante de gériatrie, les médecins généralistes, les EHPAD et les intervenants au domicile, les fédérations hospitalières et les ARS.

 - ✓ Un cadre précisant les missions, les principes des modalités d'interventions sur demande des médecins traitants et des médecins des EHPAD (et en articulation avec les CPTS et les dispositifs d'appui à la coordination) et les indicateurs d'évaluation.
 - ✓ Un processus de déploiement en EHPAD et au domicile adaptable en fonction des territoires.
- ❑ **2020 - Un accompagnement de ce déploiement et une deuxième étape portant sur la rénovation du cadre des interventions des EMG en intra-hospitalier.**



- ❑ **Objectifs** : sécuriser les prises en charge nocturnes en EHPAD et réduire les hospitalisations en urgence.
- ❑ **Déploiement prenant appui sur des expérimentations antérieures** => Le recours aux infirmiers de nuit dans les EHPAD a fait l'objet d'expérimentations sur plusieurs territoires (Plan national soins palliatifs, PAERPA).
- ❑ **Une mesure du pacte de refondation des urgences, découlant de la feuille de route Grand âge et autonomie du 30 mai 2018** => donner aux ARS « *les moyens d'organiser d'ici 2020 une généralisation de la présence d'infirmiers en EHPAD la nuit, sous forme d'une mutualisation entre EHPAD* ».
- ❑ **Une enveloppe globale de 36M€, répartie en trois tranches, pour une montée en charge progressive** => 10 millions d'€ alloués en 2018 (LFSS 2018) et en 2019 (LFSS 2019) et 16 millions d'€ prévus au PLFSS pour 2020.
- ❑ **Etat d'avancement** : 20 à 25% des EHPAD déjà couverts fin 2018 selon les régions (source : ARS)
- ❑ **Cible** : généralisation du dispositif en 2020 pour couvrir tous les EHPAD
- ❑ **En région** : dispositif mis en place dès 2018 dans l'ensemble des régions, appels à candidatures renouvelés en 2019, généralisation prévue pour 2020. Exemples : 200 EHPAD couverts en IDF, 120 EHPAD en Occitanie, 200 EHPAD en Nouvelle-Aquitaine, 10 EHPAD en Guadeloupe, 2 EHPAD en Martinique.



HÉBERGEMENT TEMPORAIRE EN EHPAD DES PERSONNES ÂGÉES SORTANT D'HOSPITALISATION AVEC COMPENSATION D'UNE PARTIE DU RESTE À CHARGE



- ❑ **Objectifs : faciliter et sécuriser les retours à domicile et limiter les durées de séjour à l'hôpital et les hospitalisations évitables** en rendant l'hébergement temporaire plus accessible
- ❑ **Dispositif : compenser une partie du reste à charge** en réduisant le coût de l'hébergement temporaire (HT) pour une personne âgée sortant des urgences ou d'une hospitalisation, au niveau du montant du forfait journalier hospitalier, pendant un maximum de 30 jours
- ❑ 15 millions d'€ alloués aux ARS pour 2019 (arrêté du 14 mai 2019)
- ❑ **Accompagnement de la mise en œuvre du dispositif** => fiche technique transmise aux ARS en août 2019 explicitant l'objet du dispositif, les motifs de recours, la procédure de sélection des EHPAD, les critères d'inclusion des personnes âgées concernées, le circuit de financement, le cadre de suivi et d'évaluation
- ❑ **Etat d'avancement :**
 - ✓ 9 ARS/17 ont déjà lancé un AAC (Auvergne Rhône-Alpes, Bourgogne Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand-Est, Hauts-de-France, Ile-de-France, Normandie, Occitanie)
 - ✓ 1 ARS (Guadeloupe) est en cours de configuration de son AAC
- ❑ **Prochaines étapes :**
 - ✓ **Pour les ARS ayant lancé leurs AAC, finalisation des conventions :** ARS/EHPAD (pour la délégation des crédits dès 2019) / EHPAD/établissement de santé (pour les objectifs et procédures partagés pour la mise en œuvre du dispositif)
 - ✓ **Finalisation par la DGCS de l'enquête sur le suivi de la mesure** afin d'observer et d'évaluer le déploiement du dispositif HT en sortie d'hospitalisation et envoi du fichier de recueil aux ARS fin novembre 2019



- ❑ **Évaluation et demande anticipée du bilan radiologique requis par l’Infirmier(e) Organisateur de l’Accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients âgés de plus de 16 ans se présentant avec un traumatisme de membre isolé dans un service d’urgences**
 - ✓ Avis favorable du collège de la HAS : 6 novembre 2019
 - ✓ Dès autorisation du protocole par arrêté de la ministre*, déclinaison possible par tout service d’urgences décidant d’adhérer au protocole
 - ✓ Mise en application après le suivi par les IOA d’une formation théorique entre 14 et 21 h selon leur expérience professionnelle et un stage pratique incluant 40 patient
 - ✓ Principaux effets attendus : réduction du temps d’attente des patients, accroître les compétences des IAO, optimiser le fonctionnement des services d’urgences

- ❑ **Autres protocoles dont la validation est attendue entre décembre 2019 et janvier 2020**
 - ✓ Réalisation de **sutures simples** par les infirmiers exerçant en service d’urgences sur indication du médecin
 - ✓ **Prise en charge en première intention** de petites urgences par infirmiers, MK et pharmaciens exerçant au sein d’une équipe de soins coordonnée : angine, cystite, lumbago aigu, entorse de cheville simple, rhinite allergique, varicelle

**Protocole promu par les ARS et les services d’urgences de 3 régions (IDF, ARA, Pays de la Loire) et pouvant être autorisé par toutes les ARS*



- ❑ **Encourager le développement de dispositifs de mutualisations inter-hospitalières dans le cadre d'équipes territoriales de médecins urgentistes**
- ✓ Objectifs : afin de substituer à l'intérim médical une incitation à l'entraide entre les établissements publics de santé, incitation à la mise en place d'organisations coordonnées à l'échelle territoriale ou régionale. Elles rassembleront des médecins hospitaliers disposés à intervenir sur la base du volontariat au-delà de leurs obligations de service dans d'autres établissements engagés dans la démarche.
- ✓ Dispositif en cours d'élaboration
- ✓ Démarches lancées dans plusieurs régions ou GHT, notamment la région Pays de la Loire (ARS + FHF), la Bretagne et le GHT Lille métropole Flandre intérieure. Partage d'expériences entre la DGOS et les DGARS le 28/10/2019.
- ✓ Accompagnement de la mise en œuvre du dispositif : fiche technique à formaliser et transmettre aux ARS en décembre 2019 explicitant l'objet du dispositif, les motifs de recours, le cadre conventionnel et indemnitaire

❑ Prime d'assistance à la régulation médicale aux agents de la FPH

- ✓ Dispositif publié au **JO du 4 novembre**
- ✓ Une prime de 120 € bruts mensuels est versée aux agents titulaires et contractuels qui exercent effectivement une fonction d'assistance à la régulation médicale (ARM) et qui ont obtenu le diplôme d'ARM.
- ✓ A titre dérogatoire et jusqu'au 31 décembre 2026, cette prime est également versée, dès le mois de novembre, aux agents titulaires et contractuels qui exercent aujourd'hui la fonction d'ARM sans avoir encore suivi la formation. L'idée est ainsi de ne pas écarter du bénéfice de cette prime les agents qui sont aujourd'hui en fonctions, tout en laissant un temps suffisant pour permettre à ces professionnels de se former dans de bonnes conditions (10 centres de formation sont aujourd'hui agréés) et sans perturber le fonctionnement des services par des départs massifs des agents en formation.

❑ Indemnité forfaitaire de risque versée dans les services d'urgences et les SMUR

- ✓ Projet de décret en cours d'instruction, publication dans les prochains jours.
- ✓ Objectif de clarifier les conditions du versement de la prime mise en œuvre en juillet dernier en faveur des agents exerçant dans les SU et les SMUR : **lever certaines difficultés d'interprétation** et formellement intégrer parmi les bénéficiaires de la prime les agents travaillant dans les services d'urgence mais **rattachés à d'autres unités fonctionnelles** (ex : des brancardiers) ou à **d'autres établissements** (ex : des infirmiers psychiatriques), sous réserve qu'ils exercent au moins à 50 % dans le service.



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

PACTE de refondation des **urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

POINT D'ÉTAPE DES TRAVAUX MENÉS PAR LA
MISSION

T. MESNIER ET P. CARLI



- ☐ Le Service d'accès aux soins (SAS)
- ☐ La réforme du financement des urgences
- ☐ La gradation des services d'urgence
- ☐ La formation médicale



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

PACTE de refondation des **urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

MERCI !