



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/R2/RH2S/DGCS/DSS/2022/254 du 17 novembre 2022 relative aux mesures de soutien pour le système de santé durant l'automne et l'hiver 2022-2023

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2232871J (numéro interne : 2022/254)
Date de signature	17/11/2022
Emetteurs	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins Direction générale de la cohésion sociale Direction de la sécurité sociale
Objet	Mesures de soutien pour le système de santé durant l'automne et l'hiver 2022-2023.
Commande	Application opérationnelle des mesures de soutien et communication auprès des acteurs.
Action à réaliser	Mettre en place des actions visant à permettre au système de santé de gérer les situations de tension durant l'automne et l'hiver 2022-2023.
Echéances	2022-2023
Contacts utiles	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau Premier recours Pierre SAVARY Mél. : DGOS-R2@sante.gouv.fr Sous-direction des ressources humaines du système de santé Philippe CHARPENTIER Mél : DGOS-RH@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	4 pages + 2 annexes (35 pages) Annexe 1 : Présentation des mesures Annexe 2 : Boite à outils sur les urgences et les soins non programmés
Catégorie	Mise en œuvre des réformes et des politiques publiques comportant des objectifs ou un calendrier d'exécution.

Résumé	<p>En réponse aux difficultés rencontrées par les structures d'urgences, de pédiatrie, et plus globalement par l'ensemble du système de santé, la Première ministre a annoncé, le 1^{er} juillet dernier, un ensemble de mesures devant soutenir une organisation renforcée de l'accès aux soins urgents et non programmés dans tous les territoires.</p> <p>Ces mesures ont, pour la plupart, été mobilisées jusqu'au 30 septembre 2022. Elles ont fait l'objet d'une évaluation. Après cette évaluation et tenant compte de la situation de tension générée par les épidémies automnales, il est nécessaire de proposer un plan d'action qui permettra de mettre en place des mesures immédiates issues de l'été 2022 et plus structurelles pour préparer l'hiver et consolider le système de santé.</p>
Mention Outre-mer	Ce texte s'applique en l'état aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française et de la Nouvelle-Calédonie.
Mots-clés	Services d'urgences et services non régulés, accès à la santé, régulation, professionnels de santé.
Classement thématique	Établissements de santé - Organisation
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Lettres Ministre pour le prolongement des mesures mission flash ; - Article L. 4131-2 du code de la santé publique ; - Article L. 3131-1 du code de la santé publique ; - Article L. 6311-3 du code de la santé publique ; - Article L. 642-4-2 du code de la santé publique ; - Article L. 3131-1 du code de la santé publique ; - Article R. 4011-1 du code de la santé publique ; - Décret n° 2022-19 du 10 janvier 2022 portant création d'une prime d'exercice en soins critiques pour les infirmiers en soins généraux et les cadres de santé au sein de la fonction publique hospitalière ; - Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) ; - Arrêté du 27 juillet 2022 relatif aux vacances des étudiant de médecine pour la réalisation des activités d'assistant de régulation médicale ; - Instruction n° DSS/1B/DGOS/RH2/CNAM/2021/19 du 18 janvier 2021 pour le financement des actes réalisés dans le cadre des protocoles ; - Instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2021/168 du 26 juillet 2021 relative à la mise en œuvre des mesures sur la sécurisation des organisations et des environnements de travail résultant de l'accord du « Ségur de la santé » pour la fonction publique hospitalière ; - Instruction n° DGOS/R3/2021/249 du 14 décembre 2021 relative à l'accompagnement financier pour la mise en place des dispositifs de gestion des lits dans le cadre de la circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 ;

	- Circulaire n° DGOS/R1/2022/238 du 31 octobre 2022 relative à la deuxième campagne tarifaire et budgétaire 2022 des établissements de santé.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	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
Rediffusion locale	Établissements sanitaires, professionnels de santé
Validée par le CNP le 16 novembre 2022 - Visa CNP 2022-127	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Oui
Publiée au BO	Non
Date d'application	Immédiate

Profondément fragilisé par deux années de crise sanitaire, notre système de santé connaît, en 2022, des tensions majeures. La fragilité des services d'urgence en a été une manifestation particulièrement forte ; elle n'est toutefois que la partie émergée d'une crise structurelle plus profonde, qui touche l'ensemble du système, notamment au regard des difficultés rencontrées dans le recrutement de professionnels.

Si ces difficultés ne sont pas nouvelles, elles ont toutefois atteint une ampleur particulièrement élevée à l'approche de la période estivale, notamment du fait des difficultés majeures de recrutement rencontrées par les établissements de santé, à la suite des deux années de crise sanitaire auxquelles ils ont fait face.

Dans ce contexte, le Président de la République a lancé la mission flash le 1^{er} juin dernier. Suite aux recommandations de celle-ci, de nombreuses mesures ont été mobilisées durant la période estivale et jusqu'au 30 septembre 2022. Comme cela était prévu, une évaluation de l'impact de la mise en place de ces mesures a été réalisée en septembre par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Il en ressort que ces mesures ont permis de diminuer les tensions dans les structures des urgences les plus en difficulté, en créant les conditions d'une meilleure solidarité interprofessionnelle et en rendant possibles des organisations innovantes, sans remettre en question la sécurité des patients et la qualité des soins. Ces mesures estivales ont permis de tester la mise en œuvre d'organisations parfois demandées de longue date par les acteurs du terrain, tout en laissant à chacun une grande flexibilité pour choisir les outils les plus adaptés au plan local.

La mobilisation organisée cet été doit se poursuivre pour faire face aux tensions qui émergent dans un contexte de circulation accrue des virus, notamment pédiatriques, en cette période d'automne-hiver. Particulièrement fortes cette année, ces tensions ont conduit à l'annonce, le 2 novembre 2022, d'un plan d'action visant à renforcer le soutien à l'hôpital, notamment dans les services de soins critiques et de pédiatrie et à permettre le maintien des organisations mises en place dans le cadre de la « boîte à outils » de l'été, en particulier pour mieux favoriser la coopération entre la ville et l'hôpital. Ces mesures doivent pouvoir être poursuivies le temps que soient publiés les textes législatifs et réglementaires permettant d'en pérenniser les plus utiles pour la prise en charge des patients. À ces mesures s'ajoute une mobilisation particulière

pour les services de pédiatrie, par l'activation d'une part du plan ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) depuis le 9 novembre dernier, et par la possibilité d'autre part de mobiliser le Fonds d'intervention régional pour des actions ciblées adaptés aux besoins identifiés sur les territoires. Je souhaite à ce titre que la mise en œuvre des actions au titre du Fonds d'intervention régional fasse l'objet d'un suivi détaillé remonté au niveau national par les référents pédiatrie de chaque agence régionale de santé (ARS) afin de valoriser l'intégralité des actions réalisées.

En parallèle de cette mobilisation d'urgence, les travaux lancés dans le cadre du Conseil national de la refondation doivent permettre d'offrir de nouvelles perspectives aux citoyens et professionnels de santé, qu'il s'agisse des démarches engagées en soutien aux initiatives locales, ou des chantiers qui seront lancés dans les prochains jours au plan national. Remettre l'éthique et l'équité au cœur du projet de santé, par la régulation accrue de l'intérim ; accélérer par tout moyen la reconquête du service de soins de proximité comme échelle privilégiée de construction du collectif ; renforcer l'attractivité des métiers du soin, par un travail spécifique sur la qualité des formations et des stages ; créer les conditions d'un « mieux vivre à l'hôpital », notamment la nuit ; prendre soin de la santé des soignants et des étudiants ; simplifier la vie de ceux qui s'engagent pour la santé de nos concitoyens sont autant de chantiers qui doivent redonner de la confiance en l'avenir et qui feront l'objet d'une communication dédiée.

Le ministère de la santé et de la prévention engagera en outre ces prochaines semaines un travail spécifique, en lien avec toutes les parties prenantes, au service de la santé de l'enfant et de la pédiatrie, dont les résultats devront être obtenus au printemps à l'occasion des « Assises » dédiées.

Dans ce contexte marqué par une gestion de court terme, mais surtout une ambition de refondation et d'avenir, la présente instruction vise à préciser l'ensemble des chantiers ouverts pour venir en soutien aux établissements en tension durant la période de l'automne et de l'hiver 2022-2023.

Je vous demande de veiller dès à présent à la poursuite du plein déploiement des leviers que vous jugez les plus adaptés à la situation de vos territoires.

Les services du ministère de la santé et de la prévention et de l'Assurance maladie se tiennent à votre disposition pour répondre à vos questions et vous accompagner en cas de difficultés dans l'application de ces mesures. Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à ces consignes et de votre engagement que je sais à la fois constant et déterminant au service de la santé de nos concitoyens.

A rectangular box containing a stylized signature in black ink, which appears to read "Signé".

François BRAUN

Alors que des tensions réapparaissent dans le système de santé avec le retour des épidémies hivernales, il est demandé à chaque ARS de réactiver l'ensemble des leviers permettant d'assurer une solidarité entre la ville et l'hôpital et notamment de reprendre la tenue des comités territoriaux permettant de mobiliser l'ensemble des acteurs pour fluidifier et coordonner les prises en charge, en particulier entre ville et hôpital, et entre les établissements hospitaliers, le cas échéant publics et privés.

I. Les mesures en soutien à la prise en charge des urgences et des soins non programmés

A la suite de l'évaluation menée par l'IGAS des actions mises en œuvre dans le cadre de la mission sur les urgences et les soins non programmés de l'été 2022, la plupart des mesures engagées durant l'été 2022 sont maintenues car elles ont fait leurs preuves. Elles ont vocation à constituer une boîte à outils mobilisable par les ARS pour faire face aux difficultés rencontrées par les différents territoires.

Ces mesures constituent autant de réponses opérationnelles aux tensions rencontrées par le système de santé, et s'articulent notamment autour des axes suivants :

- mieux orienter les patients en privilégiant un appel au 15 pour une prise en charge adaptée au besoin ;
- poursuivre la régulation à l'entrée des soins urgents (SU) pour soutenir les équipes de soignants dans les établissements où elle est mise en œuvre, à condition d'apporter à chaque patient réorienté une réponse pertinente et efficace, dans un délai compatible avec son état de santé ;
- renforcer les équipes de la régulation, en prolongeant les dispositifs dérogatoires estivaux pour le recrutement des assistants de régulation médicale (ARM), par la revalorisation de la mobilisation des médecins participant à cette régulation ou par l'accès à un régime de retraite simplifié ;
- avoir davantage de professionnels de santé disponibles en incitant les médecins libéraux à prendre des patients qui leur sont adressés par le Service d'aide médicale urgente (SAMU) / Service d'accès aux soins (SAS) : le financement d'un supplément de 15 euros pour tout patient pris en dehors de son planning habituel est conservé ;
- favoriser les organisations innovantes qui ont fonctionné, telles que la mobilisation d'équipes paramédicales d'urgence, ou celles de professionnels paramédicaux au domicile des patients avec recours à la télémédecine ;

- mettre en œuvre des organisations dédiées pour les patients âgés ;
- permettre aux médecins libéraux d'exercer une partie de leur temps à l'hôpital.

De même, l'autorisation systématique du cumul d'activité entre titulaire et remplaçant est poursuivie uniquement pour les médecins jusqu'au 30 avril 2023, mais n'est pas reprise pour les autres professions de santé.

Il est en revanche mis fin à la possibilité expérimentée cet été d'ouvrir des maisons médicales de garde le samedi matin.

Enfin, il est mis un terme à la prise en charge des téléconsultations à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire qui était en vigueur depuis le mois de mars 2020 dans le cadre de la crise sanitaire : ce retour au droit commun est cohérent avec l'inscription durable de la téléconsultation dans l'organisation des soins.

Toutes les mesures sont détaillées en annexe 2 de cette instruction, ainsi que les vecteurs juridiques applicables.

II. Les mesures de soutien aux services hospitaliers, en particulier ceux en tension

Pour faire face aux tensions à venir durant l'automne et l'hiver 2022-2023, un plan de soutien aux services hospitaliers et notamment ceux en tension, est mis en place. Il comprend :

- ⇒ **La poursuite de la majoration des indemnités horaires pour travail de nuit des personnels non médicaux et de maïeutique et des indemnités de garde pour les personnels médicaux, les personnels enseignants et hospitaliers et les étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie, exerçant en établissement public de santé, jusqu'au 31 mars 2023.**

Les arrêtés qui vont prolonger la mesure seront publiés dans les prochains jours. Cette mesure vise à reconnaître les sujétions particulières attachées au travail de nuit et à faire face aux difficultés et aux tensions anticipées sur l'offre de soins dans de nombreuses régions sur l'automne et sur l'hiver. Les modalités de couverture financière seront précisées à courte échéance.

Pour rappel, pour les personnels non médicaux et les sages-femmes, le taux de l'indemnité horaire pour travail normal de nuit restera à 0,34 euros (mesure de majoration prise cet été). Le taux de la première majoration pour travail intensif sera maintenu à 1,80 euros. Le taux de

la seconde majoration pour travail intensif restera à 2,52 euros. Les conditions d'attribution de ces indemnités sont inchangées.

L'indemnité de sujétion de garde continuera d'être majorée de 50 % pour les personnels médicaux, les personnels enseignants et hospitaliers et les étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie, des établissements publics de santé.

Une lettre de couverture du ministre de la santé et de la prévention permettra aux établissements de santé d'appliquer ces mesures à titre dérogatoire et tout à fait exceptionnel, pour le mois d'octobre 2022, avant que le dispositif juridique ne puisse prendre le relais.

Parallèlement, un chantier sera engagé au plan national dans le cadre du Conseil national de la refondation pour améliorer structurellement les conditions du travail de nuit.

⇒ **L'élargissement de la prime de soins critiques** jusqu'ici attribuée uniquement aux infirmiers en soins généraux et cadres de santé. Pourront désormais en bénéficier, dans le même cadre que celui défini par le décret n° 2022-19 du 10 janvier 2022 portant création d'une prime d'exercice en soins critiques pour les infirmiers en soins généraux et les cadres de santé au sein de la fonction publique hospitalière, l'ensemble des personnels soignants affectés dans les services de soins critiques, adultes et pédiatriques (tous les corps de la filière soignante dont les agents de service hospitaliers qualifiés et les accompagnants éducatifs et sociaux ; tous les corps de la filière de rééducation et médico-technique ; les psychologues et les sages-femmes). Cette mesure permettra notamment de reconnaître l'engagement des professionnels infirmiers puériculteurs dont le rôle est essentiel au sein des services critiques pédiatriques, et d'ainsi rétablir l'équité nécessaire dans l'accompagnement des professionnels soignants exerçant au sein des services de soins critiques.

En complément, et pour répondre aux besoins spécifiques de services / filières / établissements rencontrant des tensions particulières, en particulier s'agissant de la pédiatrie, les **agences régionales de santé pourront mobiliser le Fonds d'intervention régional (FIR) pour accompagner des actions permettant d'améliorer la réponse aux besoins de santé de la population** durant la période hivernale :

- ⇒ recrutements ponctuels (soignants ou autres professionnels permettant de libérer du temps soignant), renforts des SAMU / SAS (y compris filières spécialisées) ;
- ⇒ abondement exceptionnel des enveloppes « Ségur » pour les primes d'engagement collectif ou la rémunération majorée d'heures supplémentaires ;

- ⇒ projets spécifiques permettant d'améliorer la réponse aux besoins de santé de la population (en particulier en favorisant le décloisonnement ville / hôpital) ;
- ⇒ achats de petits matériels complémentaires, investissements du quotidien, etc.

Le FIR sera abondé à hauteur de 25 millions d'euros pour faciliter la réponse des ARS à ces besoins spécifiques.

III. Focus sur la situation de la pédiatrie

Depuis plusieurs semaines, une épidémie précoce de bronchiolite est constatée sur l'ensemble du territoire national. Cette circulation virale intense, qui affecte principalement les nourrissons de moins de 2 ans, met en tension les organisations hospitalières, dans un contexte déjà présent de difficultés structurelles à l'hôpital (postes vacants). Dans certaines régions, la pression exercée sur les services d'urgence ainsi que sur le capacitaire des services de soins critiques pédiatriques a pu conduire à orienter des nourrissons dans des régions limitrophes. Aussi, il apparaît nécessaire de renforcer les mesures de gestion hospitalières et extra-hospitalières pour garantir la meilleure prise en charge des nourrissons et jeunes enfants.

Des réunions hebdomadaires de suivi seront organisées par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de la santé (DGS) avec l'ensemble des parties prenantes pour vérifier que les leviers mobilisés dans la présente instruction permettent de répondre aux difficultés identifiées, et permettre un partage d'expériences et de bonnes pratiques.

Face à la tension déjà vive rencontrée dans certains territoires, notamment la région Île-de-France, il vous est demandé de décliner le plan ORSAN EPI-CLIM (épidémies saisonnières et phénomènes climatiques) dans la gestion de l'épidémie de bronchiolite. Cette déclinaison permettra notamment :

- De définir l'organisation régionale permettant d'assurer une prise en charge et un accompagnement adaptés des nourrissons et jeunes enfants concernés par l'épidémie et de leur famille ;
- D'assurer une structuration opérationnelle de la réponse aux besoins de santé sur chaque territoire, en veillant à la pleine mobilisation de tous les acteurs de santé (publics et privés) ;
- De réactiver les cellules de crise régionales, afin de veiller sur un territoire donné à l'optimisation du capacitaire déployé et de garantir la pleine collaboration entre ville et hôpital pour fluidifier les prises en charge ;

- D'adapter finement les capacités d'hospitalisation pour garantir un équilibre entre les besoins de santé et les capacités de prise en charge ;
- De rechercher les coopérations possibles entre services de soins critiques adultes et pédiatriques (dans le cadre de la cellule de crise hospitalière), en termes de personnel, de matériels et de lits (avec transferts possibles d'adolescents y compris entre établissement le cas échéant). Les protocoles de services et aides cognitives utilisés en soins critiques adultes et utiles à la pédiatrie pourront être diffusés ;
- De veiller à ce que la permanence et la continuité des soins en médecine et en kinésithérapie de ville, ainsi que l'accès aux soins non programmés soit territorialement adaptée au niveau de tension rencontré ;
- D'accompagner les acteurs du territoire dans la mise en œuvre de solutions en réponse à cette situation de tension.

Le dispositif ORSAN définit le cadre de l'organisation de la réponse du système de santé en cas de survenue d'un évènement exceptionnel ou d'une situation de tension. Décliné dans son volet « épidémies saisonnières et événements climatiques », l'activation d'ORSAN va permettre de renforcer la capacité des autorités sanitaires à garantir une réponse coordonnée sur chaque territoire.

Un renforcement du pilotage assuré par les ARS

Dans cette période conjoncturelle de tensions autour des prises en charge en pédiatrie, afin de piloter le plus finement possible le capacitaire en soins critiques pédiatriques disponible, d'optimiser les organisations hospitalières et de limiter les transferts extrarégionaux, il vous est demandé :

- De veiller attentivement à la complétude du répertoire national de l'offre de santé (ROR) par les établissements afin d'objectiver précisément les lits de soins critiques pédiatriques disponibles dans chacune des régions ;
- De procéder sur le territoire régional à une évaluation du capacitaire pédiatrique ouvert, et d'envisager les possibilités de renforcer temporairement ce capacitaire pour la période hivernale ;
- De désigner pour chacune des régions un référent ARS sur le suivi de la situation des prises en charge pédiatrique pour cet hiver ;
- De privilégier, lorsque cela est nécessaire, les transferts pédiatriques infrarégionaux en faisant s'exprimer la solidarité régionale, afin notamment de limiter les répercussions

d'un éloignement géographique sur les familles des nourrissons. À cet effet, et pour faciliter la prise en charge de la famille de l'enfant (transport et hébergement), un dispositif d'accompagnement est mis en place. Les modalités pratiques seront décrites dans un message d'alerte rapide sanitaire (MARS) qui suivra l'instruction.

Ce dispositif s'appliquera à titre rétroactif aux transferts déjà réalisés et fonctionne également pour des transferts infrarégionaux si l'enfant a été évacué dans un autre département.

L'appui des ressources extra-hospitalières

Tous les territoires sont invités à mobiliser l'ensemble des ressources extra-hospitalières pouvant venir en soutien des services hospitaliers de pédiatrie.

➤ Appui des pédiatres et médecins généralistes libéraux

2 600 pédiatres libéraux environ exercent en France. En cette période, la mobilisation des médecins généralistes et des pédiatres libéraux est essentielle. Vous veillerez à les associer à la gouvernance régionale de suivi de la situation et à soutenir leur implication dans la prise en charge des nourrissons.

Par ailleurs, de nombreux médecins généralistes prennent également en charge les enfants de 0 à 2 ans et leur contribution à la prise en charge des soins non programmés est essentielle.

En appui de la nouvelle campagne de communication sur la bronchiolite, un travail sera conduit pour renforcer, en articulation avec le SAMU / SAS du territoire, l'organisation en ville de soins non programmés de qualité. Dans ces situations, la majoration de 15 euros pour la prise en charge d'un soin non programmés sera bien applicable.

➤ Hospitalisations à domicile (HAD)

Certains établissements d'HAD sont en situation de suivre des enfants car dotés des compétences internes nécessaires, ou ont une activité de pédiatrie ou de néonatalogie. Dans la situation spécifique actuelle que connaissent les services de pédiatrie, ces HAD peuvent être sollicités, pour la prise en charge d'enfants dont l'état de santé justifie une expertise attestée en pédiatrie.

➤ Place de la kinésithérapie

En dehors de certaines situations évaluées par le médecin, la kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique n'est plus recommandée par la Haute Autorité de santé depuis novembre 2019 lors d'un premier épisode de bronchiolite du nourrisson de moins de 12 mois.

Les techniques de kinésithérapie respiratoire par drainage postural, vibration et *clapping* sont formellement contre-indiquées dans la bronchiolite aiguë.

La bronchiolite aiguë dure en moyenne 10 jours. Il convient de tenir compte des 48 premières heures par rapport au début des symptômes respiratoires, période pendant laquelle l'état de tout nourrisson est susceptible de s'aggraver. Quand cela apparaît nécessaire au terme de l'évaluation par le médecin de soins primaires, il est essentiel d'assurer une surveillance pluridisciplinaire du nourrisson afin de ne pas le perdre de vue pendant cette période critique en associant notamment les kinésithérapeutes libéraux si l'enfant est au domicile.

Le médecin généraliste ou le pédiatre assurant le suivi devra s'assurer après l'évaluation du nourrisson de la mise en place des mesures éducatives et de surveillance adaptées à l'évaluation du nourrisson par les professionnels de premier recours, dont les kinésithérapeutes ou les réseaux bronchiolite.

Vous veillerez notamment à mettre en avant les services de gardes territoriales proposés par ces réseaux de soins de ville pour éviter les consultations inutiles aux urgences.

En dehors des manipulations de désencombrement bronchique, le kinésithérapeute peut donc agir en participant à l'évaluation de l'évolution de l'état de santé du bébé, et en contribuant à la désobstruction des voies aériennes supérieures du bébé avec du sérum physiologique. Chez le nourrisson, la respiration nasale est prédominante, aussi l'enseignement aux jeunes parents de la technique de lavage du nez est primordial pour faire face à un épisode de bronchiolite.

L'acte de rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique) est toujours inscrit à la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes.

Un plan de communication à destination des parents et des acteurs de la petite enfance

En lien avec le ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, un plan de communication comprenant des messages de prévention et les bons réflexes pour les parents des nourrissons sera diffusé aux parents et aux acteurs de la petite enfance : application des 1000 premiers jours, protection maternelle infantile (PMI), crèches, assistantes maternelles, etc.

Si la situation exige des mesures urgentes, elle requiert aussi des réponses structurelles pour améliorer durablement la situation des services de pédiatrie. Aussi, les travaux des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant s'ouvriront d'ici début décembre pour aboutir au printemps 2023 à une feuille de route partagée d'amélioration de la santé des enfants.

Annexe 2 : Boîte à outils sur les urgences et les soins non programmés

L'ensemble des mesures figurant dans cette boîte à outils est pérennisé, sauf exceptions dûment précisées.

1) En amont : proposer aux Français des parcours de soins adaptés évitant le recours non justifié aux urgences

a) Orienter les patients dans le système de santé

Informers la population avec une campagne nationale sur le bon usage des services d'urgences

Objectif : au plan national, une campagne d'information à destination du grand public est lancée sur le bon usage des urgences pendant les périodes de tension épidémiques (bronchiolites actuellement).

Modalités d'application : en complément des dispositifs de communication déjà déployés au niveau régional, il vous est demandé de relayer les différents supports de la campagne nationale et de les compléter en informant sur les alternatives possibles aux urgences dans vos territoires pour les soins non programmés.

Vecteur juridique : sans objet.

Points d'attention : cette campagne de communication pour inciter à appeler le 15 ou les acteurs de soins de ville ne remplace pas les éventuelles campagnes locales de valorisation de la mise en place du service d'accès aux soins (SAS), qui doivent être poursuivies lorsqu'elles ont été décidées en concertation avec les acteurs, même en l'absence de campagne nationale à ce stade sur ce sujet.

Suite à l'évaluation de l'application estivale des mesures, il est préconisé de recourir aux réseaux sociaux et aux relais par les centres d'action sociale pour aller vers les publics précaires.

Faciliter le recrutement d'assistants de régulation médicale (ARM)

Objectif : l'activité des SAMU / SAS poursuit sa croissance, avec une hausse d'activité évaluée en moyenne à + 5 % par an. Les SAMU / SAS connaissent des tensions en ressources humaines (RH) persistantes en matière d'embauche d'ARM, qu'un assouplissement temporaire des règles de recrutement peut permettre de diminuer le temps que les actions visant à accroître l'attractivité de cette profession produisent leurs effets.

Modalités d'application : les établissements seront autorisés à recruter des ARM qui, tout en ayant le profil requis, ne possèdent pas encore le diplôme d'ARM. Ces agents disposeront du même délai que les ARM en poste au moment de la création du diplôme pour obtenir le diplôme, soit jusqu'au 31 décembre 2023.

Il est par ailleurs rappelé la possibilité de recourir à des vacances d'étudiants de médecine de 3^{ème} année dans les modalités prévues par l'arrêté du 27 juillet 2022 relatif aux vacances des étudiants de médecine pour la réalisation des activités d'assistant de régulation médicale.

Vecteur juridique : article L. 3131-1 du code de la santé publique (CSP) pour prolongation de la mesure jusqu'au 31 décembre 2022 avant mise en place d'un dispositif transitoire à compter de janvier 2023.

Points d'attention : il est attendu que les personnels ainsi recrutés soient déjà en formation ou sélectionnés pour une entrée en formation en janvier 2023. Un travail mené avec les représentants de la profession et ceux des centres de formation d'assistants de régulation médicale (CFARM) nous permettra de proposer des modalités de formation permettant d'envisager à partir de janvier 2023 d'autres perspectives de recrutement.

Le ministère de la santé et de la prévention s'est fortement engagé dans le soutien à la formation des ARM avec des mesures prévues dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2023-2027 (pour rappel, la formation des ARM, dispensée par les CFARM, est financée sur l'ONDAM). À ce jour, on compte 11 CFARM (dont Dijon ouvert en septembre 2022). Afin de mailler le territoire par une offre de formation de proximité, et de diversifier les lieux de formation, les crédits liés à l'ouverture de 9 CFARM supplémentaires sur les rentrées de 2022 et de 2023 ainsi que pour le CFARM de Guadeloupe ont été intégrés à l'ONDAM. À noter par ailleurs que pour lisser les sorties de certification, l'arrêté pris le 18 octobre 2022 autorise des rentrées en janvier.

Financer la mise à niveau des effectifs ARM (y compris SAS)

Objectif : l'activité des SAMU / SAS poursuit sa croissance, avec une hausse d'activité évaluée en moyenne à + 5 % par an. Les SAMU / SAS connaissent des tensions RH persistantes en matière d'embauche d'ARM, qu'un accroissement du financement dédié à travers la mission d'intérêt général (MIG) SAMU peut permettre de diminuer le temps que les actions visant à accroître l'attractivité de cette profession produisent leurs effets.

Modalités d'application : le financement des ARM des SAMU d'une part, et le financement des ARM de « front-office » qui assurent le premier décroché des SAS d'autre part, sont couverts par la MIG SAMU. Pour financer des postes supplémentaires d'ARM, un abondement complémentaire a été effectué dans la délégation budgétaire de la circulaire n° DGOS/R1/2022/238 du 31 octobre 2022 relative à la deuxième campagne tarifaire et budgétaire 2022 des établissements de santé. Vous déléguerez les financements MIG SAMU vers les SAMU / SAS de votre région en fonction des besoins.

Vecteur juridique : circulaires relatives aux campagnes budgétaires et tarifaires des établissements de santé.

Points d'attention : au-delà du seul financement, vous participerez à la promotion du recrutement des ARM par les SAMU / SAS afin d'assurer que les postes financés seront effectivement pourvus.

Permettre aux médecins régulateurs libéraux en journée de bénéficier de la couverture assurantielle de l'établissement de santé pour réaliser une activité de régulation

Objectif : la montée en puissance de la régulation libérale dans le cadre du SAS nécessite de poursuivre la mobilisation des médecins de ville en nombre croissant. Actuellement, l'article L. 6311-3 du code de la santé publique qui définit le SAS ne précise pas le régime d'assurance en responsabilité des médecins libéraux régulateurs (hors permanence des soins ambulatoires [PDSA]) et ne qualifie pas le SAS de mission de service public. Dans le cadre du déploiement des SAS, il apparaît donc nécessaire de permettre aux médecins libéraux qui assurent la régulation des appels en journée de bénéficier d'une couverture assurantielle par l'établissement de santé siège de SAMU / SAS, quelle que soit l'heure à laquelle ils exercent.

Modalités d'application : de façon à assurer cette couverture dès l'été, ont été adressées aux établissements de santé sièges de SAS :

- Une lettre ministre visant à permettre la couverture assurantielle des médecins régulateurs dans le cadre du service d'accès aux soins par les établissements ;
- Une lettre type des établissements de santé aux médecins régulateurs permettant d'annoncer la mesure à chaque médecin régulateur concerné.

Ces lettres restent valables le temps qu'un vecteur législatif prenne le relais.

Vecteur juridique : mesure pérennisée (en relais de la lettre de couverture ministre déjà diffusée, la mesure figure au projet de loi de financement de la sécurité sociale [PLFSS] pour l'année 2023 qui est en cours de discussion au Parlement).

Ouvrir le SAS à l'ensemble des professionnels de santé afin de favoriser le développement des filières directes de prise en charge sans passer par les urgences

Objectif : le SAS est un service universel qui doit permettre à chacun, sur tous les territoires, d'accéder aux soins dont il a besoin : conseil médical, prise de rendez-vous médical ou paramédical en ville, orientation vers un établissement de santé ou intervention auprès du patient en cas d'urgence. Ce service d'accès aux soins doit contribuer au désengorgement des urgences en apportant une réponse adaptée et rapide pour le patient, ce à quoi doit contribuer en priorité l'installation d'une filière ambulatoire robuste, qui peut être utilement complétée de filières spécialisées.

Modalités d'application : il s'agira pour les porteurs de projet, en lien avec les ARS :

- d'identifier au sein des SAS des filières spécialisées de prise en charge non programmée, notamment en organisant la prise en charge des enfants ;
- d'intégrer dans les SAS des professionnels aux compétences ciblées, qui assurent sur la plateforme de régulation une mission d'appui au diagnostic et d'orientation pour mieux répondre aux besoins des personnes. En particulier, cette dynamique doit permettre de mieux accompagner les personnes avec des troubles psychiques et des personnes âgées sans passer par les urgences.

Vecteur juridique : sans objet.

Points d'attention : l'articulation entre les différentes filières du SAS fera l'objet d'un point dédié dans la nouvelle version de l'instruction relative à la généralisation du dispositif, en cours de finalisation. Les filières à privilégier restent celles de la psychiatrie, des personnes âgées, de la santé des enfants et de la maternité.

Rémunérer les médecins régulateurs au taux horaire de 100 € avec prise en charge des cotisations sociales

Objectif : afin d'assurer la complétude des plannings de régulation au sein des SAMU / SAS, les médecins libéraux régulateurs recrutés en leur sein pourront bénéficier d'une rémunération forfaitaire d'un montant horaire de 100 € par heure (hors horaires de PDSA). Cette rémunération se verra appliquer le même régime fiscal et social que la rémunération de 90 € actuellement versée au titre de l'avenant 9 à la convention médicale, y compris dans les départements où le SAS n'est pas encore pleinement opérationnel.

Modalités d'application : la procédure de paiement reste identique à celle définie dans le cadre du déploiement du SAS (cf. tableau de suivi en annexe). Vous veillerez à ce que l'information soit bien transmise à l'ensemble des établissements de santé sièges de SAMU / SAS et des médecins concernés, aux ordres et unions régionales des professionnels de santé (URPS). Un relais d'information sera réalisé par l'Assurance Maladie auprès des médecins libéraux.

Vecteur juridique : mesure pérennisée (article L. 3131-1 du CSP pour prolongation puis cette mesure sera rediscutée dans le cadre de la négociation de la convention médicale qui s'est ouverte sous l'égide de la Caisse nationale de l'assurance maladie [CNAM] pour la pérenniser).

Accompagner le déploiement de l'utilisation de la plateforme numérique SAS sur tout le territoire national

Objectif : le SAS a une vocation universelle, en permettant à chacun d'accéder à une offre de soins non programmés sous 48 heures si son médecin traitant ou une autre offre de proximité n'est pas disponible. A cette fin, il reposera à terme sur la solidarité de l'ensemble des professionnels de santé du territoire, ce que permet la plateforme numérique SAS.

Le principe de la plateforme numérique SAS repose sur la mise en visibilité de l'ensemble des créneaux disponibles des effecteurs de soins. Il s'agit des créneaux grand public (hors créneaux réservés pour la patientèle habituelle du professionnel) et des créneaux réservés entre professionnels (hors créneaux réservés à des structures de soins telles que les communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS]).

Cet outil assure deux fonctionnalités principales :

1. Un annuaire national global exhaustif et de qualité, associé à un moteur de recherche qui garantit une neutralité dans la recherche d'offre de soins : l'annuaire de la plateforme numérique SAS s'appuie sur l'annuaire « sante.fr » enrichi, fondé sur des bases de données nationales exhaustives (Répertoire opérationnel des ressources [ROR], Fichier national des établissements sanitaires et sociaux [FINESS], Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé [RPPS]). Le moteur de recherche renvoie l'offre et les créneaux de disponibilités les plus adaptés aux besoins des patients.
2. Un service d'agrégateur de disponibilités de créneaux de soins non programmés : la plateforme numérique SAS agrège l'ensemble des disponibilités issues des outils numériques des professionnels. Elle s'inscrit ainsi dans l'écosystème des outils numériques déjà utilisés par les professionnels de santé (agendas partagés, solutions de prise de rendez-vous en ligne, etc.) sans les remplacer.

Ces disponibilités peuvent être remontées de façon automatique, à partir des solutions de prise de rendez-vous interfacées avec la plateforme ou manuellement si le médecin n'ouvre pas l'accès à son agenda ou s'il n'a pas d'agenda numérique (deux heures de disponibilités hebdomadaires dans l'agenda de la plateforme numérique).

Sans remontée de disponibilité lors de la recherche, le professionnel a la possibilité d'indiquer s'il souhaite être appelé (via un téléphone) par les acteurs de la chaîne de la régulation médicale pour prendre des patients en sus de ses disponibilités.

Modalités d'application : pour les orientations réalisées par le SAS vers la filière de ville, les acteurs de la chaîne de régulation médicale sont invités à utiliser d'ores et déjà la plateforme numérique nationale SAS. Il est demandé à l'ensemble des ARS de se mobiliser afin de faciliter la prise en main et l'usage de la plateforme numérique par les effecteurs et régulateurs (opérateurs de soins non programmés [OSNP]). Pour ce faire, la DGOS, en lien avec la Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS), met à disposition un kit de communication et un guide d'utilisation et réalisera des points d'informations à destination des ARS / groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) / Direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR). Des formations régulières seront par ailleurs proposées aux professionnels.

Vecteur juridique : sans objet.

Points d'attention : il devra être rappelé à tous les acteurs que l'utilisation de la plate-forme sera, in fine, obligatoire. Un déploiement en deux temps de la plateforme est prévu afin ne pas perturber les organisations déjà mises en place pour répondre au pic d'activité de la période estivale.

- 1) A court terme, un accompagnement à l'utilisation de la plateforme numérique SAS permettra aux SAS volontaires d'opérer leur transition vers l'usage de la plateforme numérique.

La plateforme numérique est mise à disposition au niveau national depuis le 6 juillet 2022 et permet à tout SAS volontaire de l'utiliser et de bénéficier de la remontée automatique de créneaux disponibles des professionnels, à partir des outils déjà interfacés (à date les éditeurs interfacés sont Clickdoc, Doctolib, Keldoc, Maiia, Maincare, Monmedecin.org & Medunion urgences).

Depuis l'été 2022, des actions de communication et d'accompagnement au déploiement et à l'appropriation de la plateforme sont tenues auprès des relais (ARS, DCGDR, référents territoriaux) et des utilisateurs (OSNP, effecteurs).

- 2) L'utilisation de la plateforme numérique SAS est rendue obligatoire pour tous les territoires qui implantent un nouveau SAS afin de permettre une traçabilité des orientations par le SAS.

L'outil a été configuré pour permettre aux médecins effecteurs d'indiquer leur souhait de participation ou non au SAS. L'Assurance maladie sera alors en capacité de verser les rémunérations associées conformément à leur participation. Ainsi, dès l'enclenchement du volet « effectif » de ce dernier, les médecins effecteurs seront dans l'obligation d'utiliser la plateforme afin d'indiquer leurs modalités de participation.

b. Optimiser le temps médical et augmenter les capacités de réponse à la demande de soins non programmés en ville

Encourager l'activité des professionnels de santé retraités

Objectif : pour accroître les capacités de réponse à la demande de soins non programmés en ayant recours à toute la ressource médicale disponible et volontaire, le recours aux professionnels de santé retraités a témoigné de son efficacité durant l'été.

Modalités d'application : comme annoncé par le message MINSANTE n° 2022-40 du 17 juin 2022, les règles de cumul emploi retraite ont fait à nouveau l'objet d'un aménagement sur la période du 1^{er} juin au 30 septembre 2022 afin de faciliter la mobilisation des professionnels retraités. Ainsi les mesures d'assouplissement du cumul emploi-retraite plafonné mises en œuvre lors de la crise sanitaire sont prolongées depuis le 1^{er} juin 2022. Une pension de retraite liquidée au titre d'un régime de base légalement obligatoire peut être entièrement cumulée avec les revenus tirés d'une activité reprise ou poursuivie en qualité de professionnel de santé, au sens de la quatrième partie du code de la santé publique.

Une lettre ministérielle adressée aux caisses de retraite a confirmé cet engagement. Des discussions dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 pour une pérennisation de cette mesure sont en cours.

Dès le 1^{er} juillet 2022, le dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales (« dispositif simplifié pour les médecins remplaçants ») prévu à l'article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale, qui bénéficie actuellement aux médecins et aux étudiants en médecine¹ effectuant leur activité à titre de remplacement, a été étendu aux médecins libéraux qui exercent une activité de régulation, dans le cadre du service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 du code de la santé publique et de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1 du même code, dès lors qu'ils n'exercent pas d'autre activité en médecine libérale. Les médecins ayant une activité libérale de régulation (exclusive de toute autre activité libérale hormis des remplacements) peuvent ainsi bénéficier du dispositif simplifié, dès lors que les recettes issues de l'activité de régulation et/ou de remplacement avant abattement sont inférieures ou égales à 19 000 euros. Des discussions dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 pour une pérennisation de cette mesure sont en cours.

En outre, les médecins régulateurs concernés peuvent bénéficier d'une simplification des démarches d'affiliation, similaire à celle proposée à certains professionnels participant à la campagne de vaccination contre la covid-19.

Les médecins déjà affiliés dans le cadre d'une activité libérale (qu'ils aient aujourd'hui recours ou non au dispositif simplifié au titre d'activités de remplacement) doivent, en revanche, ajouter les revenus issus de leur activité de régulation à leur déclaration habituelle.

Enfin, comme l'a annoncé le président de la République, une mesure est en cours de discussion dans le cadre du projet de financement de la sécurité sociale pour 2023 visant à pouvoir exonérer des cotisations retraite les médecins retraités qui reprennent une activité en cumul emploi-retraite.

Vous veillerez à diffuser l'information de ces deux mesures aux professionnels de santé concernés.

Vecteur juridique : mesure pérennisée (la lettre de couverture réalisée cet été reste en vigueur, des mesures sont en cours de discussions dans le PLFSS 2023 et qui ont vocation à se substituer).

Points d'attention : sans objet.

Prolonger et faciliter l'autorisation de cumul d'activité titulaire/remplaçant pour les médecins

Objectif : l'arrêté qui sera publié dans les prochains jours simplifiera, jusqu'au 30 avril 2023, les modalités de recours à l'adjuvat des médecins pour répondre aux tensions de la période. La mesure permettra aux médecins exerçant de pouvoir augmenter le nombre de patients susceptibles d'être pris en charge en facilitant, pour les médecins, la possibilité de collaborer avec un adjoint.

¹ remplissant les conditions prévues à l'article [L.4131-2](#) du code de la santé publique mentionnées à l'article [L. 646-1](#) du code de la sécurité sociale.

Par dérogation, un médecin pourra s'adjoindre le concours d'un étudiant de 3^{ème} cycle remplissant les conditions de diplômes requis. Le conseil départemental de l'ordre sera informé par le médecin qui s'adjoint le concours d'un étudiant.

Vecteur juridique : article L. 3131-1 du CSP jusqu'au 30 avril 2023.

Points d'attention : les modalités en vigueur durant l'été concernant les infirmiers et les sages-femmes ne sont pas reconduites.

Attribuer, dans l'attente des négociations conventionnelles, un supplément de 15 € 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

Objectif : la mobilisation des médecins libéraux et des centres de santé en faveur de la prise en charge de soins non programmés est déterminante pour répondre à la demande de soins des Français, notamment lorsque leur médecin traitant n'est pas disponible, de même que pour prémunir les structures des urgences d'un afflux d'activité.

Modalités d'application : 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 (SNP), hors horaires de PDSA, une majoration de 15 € pour toute prise en charge effectuée, dans les 48h, 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.

Le supplément de rémunération SNP de 15 € est facturable uniquement en complément d'une consultation, d'une visite ou d'une téléconsultation.

Vous veillerez à ce que l'information soit bien transmise à l'ensemble des établissements de santé sièges de SAMU / SAS, des ordres et des URPS et des médecins généralistes concernés, afin de pouvoir mobiliser un grand nombre de médecins effecteurs.

Il est demandé à chaque SAMU / SAS de poursuivre l'organisation, avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de son territoire, des modalités de traçabilité de l'orientation des patients, par le SAMU / SAS, vers des effecteurs libéraux.

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 (cf. modèle joint). Ce tableau, valant attestation de la structure de régulation, doit être obligatoirement transmis tous les mois à l'ARS et à la CPAM.

Vecteur juridique : mesure pérennisée (article L. 3131-1 du CSP en attente de la négociation conventionnelle).

Points d'attention : les médecins généralistes libéraux et les centres de santé pourront facturer le code « **SNP** » dont le tarif est valorisé à hauteur de 15 euros (tarif identique métropole et départements et régions d'Outre-mer [DROM]). Ce supplément est pris en charge dans les mêmes conditions que la consultation, visite ou téléconsultation associée (les tarifs opposables doivent être respectés, aucun dépassement d'honoraire n'est autorisé).

À noter que la consultation étant réalisée hors parcours de soins, le médecin doit positionner l'indicateur de parcours de soins à « U » pour urgence.

Pendant cette période dérogatoire, la rémunération de l'effectif 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.

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

Par ailleurs, les spécialistes (hors médecine générale) ne sont pas concernés par ce supplément SNP mais peuvent lorsqu'ils prennent en charge des patients après orientation par le SAMU / SAS facturer une majoration correspondant d'urgence - MCU - (15 €) selon les règles définies par la convention médicale.

Cette mesure sera rediscutée dans le cadre de la négociation de la convention médicale qui va s'ouvrir prochainement sous l'égide de la CNAM.

Favoriser et financer le déploiement des unités mobiles de télémédecine (UMT) intervenant sur demande du SAMU / SAS

Objectif : afin d'augmenter la réponse aux besoins de soins non programmés, les ARS peuvent soutenir la mise en place d'une ligne diurne de télémédecine embarquée intervenant sur demande du SAMU / SAS, qui constitue un nouveau type d'effecteurs venant renforcer le système de premier recours.

A cette fin, 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 (option 1) sur un médecin du SAMU, soit (option 2) sur un groupement de professionnels en exercice libéral ou en établissements de santé, éventuellement regroupés au sein d'une structure d'exercice coordonnée (maison de santé pluriprofessionnelle [MSP], centre de santé [CDS], communauté professionnelle territoriale de santé [CPTS] notamment), soit de façon subsidiaire (option 3), sur un médecin exerçant au sein d'une entreprise de télémédecine (constituée en centre de santé) ;
- D'une équipe dédiée, véhiculée et équipée de dispositifs médicaux connectés (par exemple, une valise) afin de se rendre auprès du patient pour l'assister lors de la téléconsultation. Cette équipe est constituée d'un professionnel formé (infirmier diplômé d'État [IDE] majoritairement) avec éventuellement un chauffeur associé.

Ces téléconsultations peuvent être mises en œuvre dans le cadre d'une réponse régulée (non libre d'accès).

Modalités d'application : l'ARS, en lien avec les SAMU / SAS, précise les modalités de mise en œuvre (personnel médical téléconsultant, personnel non médical se déplaçant au domicile pour l'assistance à la téléconsultation) :

- La disponibilité des médecins téléconsultants doit être organisée en privilégiant les solutions locales, articulées notamment avec les CPTS ou les organisations territoriales de télémédecine prévues par la convention médicale ;
- Au-delà de la mobilisation d'un professionnel médical, le modèle d'organisation est à adapter aux disponibilités en termes de ressources humaines locales avec différents acteurs professionnels de santé pouvant accompagner la téléconsultation dont prioritairement les IDE, mais aussi des ambulanciers, des associations agréées de sécurité civile ou des associations de citoyens-sauveteurs (sous conditions de formation). Des associations et sociétés proposent d'ores et déjà des services incluant le véhicule et les professionnels accompagnant la téléconsultation à bord ;
- Quelles que soient les ressources humaines mobilisées, le parcours du patient à la suite de la téléconsultation en soin non programmé doit être défini et protocolisé dans le dossier patient.

Vecteur juridique : sans objet.

Points d'attention : le modèle de financement est à définir en fonction de l'organisation retenue :

- Le financement des actes des professionnels de santé est prévu dans les conditions de droit commun des conventions avec l'Assurance maladie, avec recours à un téléconsultant extra-territorial possible dans le cadre dérogatoire de l'urgence ;
- 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 FIR dans un 1^{er} temps avant d'être pris en compte dans un second temps, et sous réserve d'évaluation, au sein de la MIG SAMU ;
- Il est indiqué qu'il est nécessaire de passer des marchés publics et d'organiser en conséquence des procédures de publicité et de mise en concurrence.

A la suite de l'évaluation de l'application estivale des mesures, il est également préconisé :

- D'articuler cette mesure avec l'outil 11 (solicitation des infirmiers diplômés d'État libéraux [IDEL] par les SAMU / SAS) ;
- D'identifier précisément les modalités de mise en œuvre et les critères de déclenchement de l'UMT. En cas de mobilisation d'une infirmière, celle-ci peut également exercer dans le cadre de ses compétences.

Autoriser, sur prescription de la régulation médicale, le transport sanitaire vers les cabinets médicaux et les maisons médicales de garde

Objectif : diminuer les arrivées en structures des urgences et de 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. A cette fin, il s'agit de conserver la possibilité à la régulation du SAMU / SAS de déclencher un transport sanitaire en ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi conventionné vers tout cabinet médical, maison médicale de garde, maison de santé pluridisciplinaire ou centre de santé.

Modalités d'application : la prescription du trajet aller sera réalisée par le médecin régulateur, la prescription du trajet retour sera réalisée par le médecin ayant pris en charge le patient. Il doit être rappelé que la décision d'orientation vers les cabinets médicaux ou les maisons médicales de garde 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 respectent les textes généraux qui encadrent la médecine d'urgence, les règles de déontologie médicale et les recommandations de la Haute Autorité de santé de 2011 sur la régulation.

La tarification de droit commun (avec les modalités habituelles liées au tiers-payant) s'applique pour chacun des moyens de transports (véhicule sanitaire léger [VSL], taxi conventionné, ambulance) sans supplément. Les codes prestation sont ceux utilisés pour un transport non-urgent, à l'exclusion donc des codes TUPH (AIG, AHG) et des anciens codes prestation ABG, AFG, ING...

Afin d'assurer le suivi des prescriptions, nous vous rappelons l'importance de veiller, en lien avec les SAMU / SAS, à la bonne remontée du bordereau prévu à cet effet (cf. annexe). Ces derniers doivent obligatoirement être transmis une fois par mois à l'ARS et à la CPAM.

Vecteur juridique : mesure pérennisée (article L. 3131 du CSP dans l'attente des textes de pérennisation).

Points d'attention : suite à l'évaluation de l'application estivale des mesures, il est préconisé de travailler l'applicabilité de cette mesure à travers :

- Le renforcement du rôle du coordonnateur ambulancier, en lien avec le SAMU / SAS, pour identifier les transporteurs susceptibles de prendre en charge ce type de transport, identifier leurs disponibilités et le nombre de vecteurs utilisables ;
- La définition concertée des cas d'usage ;
- Une communication active auprès des médecins régulateurs sur l'existence de cette mesure.

Un temps de préparation, de cadrage et d'organisation entre le SAMU / SAS, les médecins et les transporteurs s'avère indispensable.

Augmenter la capacité des transports sanitaires à répondre aux besoins de la régulation médicale en rehaussant le plafond d'heures de gardes dédiées aux transports sanitaires urgents

Cette mesure est mise en œuvre dans le cadre de la réforme des transports sanitaires urgents. L'arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'annexe de l'arrêté 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 a relevé le plafond national annuel d'heures de garde et prend effet dans les cahiers des charges départementaux.

c. S'appuyer sur l'ensemble des professionnels de santé libéraux d'un territoire

Mobiliser les infirmiers libéraux volontaires pour assurer une réponse aux soins non programmés (SNP) à la demande de la régulation médicale du SAMU / SAS

Objectif : le médecin régulateur est fréquemment confronté à la difficulté d'évaluer de manière fiable la situation à distance et peut se trouver contraint, dans ces conditions, à déclencher un transport sanitaire pour amener le patient aux urgences. En plus d'engorger le service, cette décision peut se révéler préjudiciable pour le patient, en particulier s'il est âgé. Pour améliorer la gestion de ces situations, il apparaît nécessaire de renforcer la réponse libérale grâce aux infirmiers en finançant, dans chaque région volontaire et pour la période estivale, un dispositif de sollicitation des infirmiers en exercice libéral (IDEL), en astreinte, à la demande du SAMU / SAS, pour se rendre au domicile de l'appelant, notamment en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), afin d'évaluer la situation et de déclencher une téléconsultation si nécessaire.

Modalités d'application : des initiatives, recensées par les ARS, peuvent être mises en place pour permettre la mobilisation d'infirmiers libéraux et salariés des centres de santé d'un territoire pour assurer, à la demande de la régulation, un déplacement au domicile du patient (dont les EHPAD).

Les infirmiers et les centres de santé doivent se déclarer volontaires auprès du SAMU / SAS. Cela consiste à se rendre disponible sur des créneaux de 6h (jour et/ou nuit) en cas de sollicitation du SAMU / SAS, en réduisant son planning habituel. Les modalités de déclaration seront définies localement. L'astreinte de 6h peut être discontinuée (exemple : 20h-minuit puis 6h-8h ou 8h-10h, puis 16h-20h).

Vous avez la possibilité de :

- Mettre en place un dispositif de sollicitation des IDEL pour des soins non programmés, à la demande du SAMU / SAS, pour se rendre au domicile de l'appelant, notamment en EHPAD ;
- Informer les équipes projet SAS de votre territoire, en transmettant à la régulation les coordonnées des IDEL disposés à réaliser ces visites à domiciles non programmées.

Le tableau des astreintes est établi soit par le conseil départemental de l'ordre des infirmiers, soit par l'URPS infirmiers, puis transmis au SAMU / SAS. Ce tableau précise les noms des infirmiers libéraux et des centres de santé infirmiers de permanence ainsi que les lieux de dispensation des actes des infirmiers de permanence (cf. annexe). Il est transmis obligatoirement tous les mois aux caisses d'assurance maladie.

Une astreinte peut être armée par plusieurs IDEL. Un secteur peut être couvert par plusieurs IDEL aux mêmes horaires si une demande suffisante de SNP est anticipée et/ou constatée.

Vecteur juridique : mesure pérennisée (article L.3131-1 du CSP puis une mesure figure au PLFSS pour l'année 2023 qui est en cours de discussion au Parlement pour ajouter la profession infirmière à la permanence des soins ambulatoire).

Points d'attention : les infirmiers libéraux ou salariés des centres de santé peuvent bénéficier, afin de réaliser des soins non programmés, sur sollicitation du SAMU / SAS, des mesures de valorisations suivantes :

- Valorisation des astreintes réalisées par les infirmiers :
 - o 78 € par période de 6h soit 13 €/heure pour les astreintes aux horaires de permanence des soins ambulatoire ;
 - o 60 € par période de 6h soit 10€/heure pour les astreintes en dehors des horaires de permanence des soins ambulatoire.
- Valorisation de l'intervention de l'IDEL au domicile : en fonction de l'analyse de la situation sur place par l'infirmier, trois cas de figure peuvent se présenter :
 - o Le déclenchement d'une téléconsultation assistée par l'infirmier auprès du médecin régulateur dont la facturation se fait dans le cadre des règles habituelles de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et de la convention;
 - o La réalisation d'un acte infirmier dont la facturation se fait dans le cadre des règles habituelles de la NGAP et de la convention ;
 - o Ou un conseil aux patients sans réalisation d'acte ou de téléconsultation assistée. Pour les déplacements ne donnant lieu à aucun acte ou assistance à une téléconsultation, l'infirmier pourra valoriser son intervention au domicile à hauteur d'un AMI 5,6 cumulable avec des frais de déplacement (IFD et éventuellement des indemnités kilométriques) et, le cas échéant, des majorations associées (majorations de nuit, de dimanche et jours fériés ou MIE pour les soins aux enfants de moins de 7 ans). Pour rappel dans le cadre des appels d'urgence la convention prévoit la facturation du F à compter du samedi 8h. L'application des autres majorations n'est pas autorisée en sus de l'AMI 5,6.

Suite à l'évaluation de l'application estivale des mesures, il est préconisé, dans le cadre de la concertation territoriale, de :

- Définir clairement les critères du déclenchement ;
- Ne pas prévoir des secteurs trop étendus, qui occasionneraient des temps de trajets trop longs pour les IDEL ;
- Prévoir, à l'inverse, une coordination avec les secteurs de PDSA, pour appuyer en priorité les secteurs où la garde médicale peut connaître des fragilités (la mise en place d'une astreinte IDEL ne doit toutefois pas conduire à la démobilisation des effecteurs de la PDSA sur lesdits territoires) ;
- Adapter l'équipement des IDEL d'astreinte le cas échéant (ex. de bonnes pratiques : créer une « bibliothèque d'outils » accessible à tous, des kits de base, etc.) ;
- Assurer une traçabilité des interventions ainsi que la continuité de la prise en charge post-intervention IDEL avec le médecin traitant (ex : à travers l'envoi d'une fiche-bilan au SAMU / SAS) ;

- Prévoir une communication adaptée vis-à-vis des régulateurs pour favoriser l'appropriation du dispositif, et donc son utilisation.

Cette mesure est complémentaire de la mesure « Favoriser et financer le déploiement des unités mobiles de télémédecine intervenant sur demande du SAMU / SAS », étant entendu que les IDEL mobilisés à la demande du SAMU/SAS peuvent également déclencher une téléconsultation.

Simplifier la mise en application des protocoles de coopération entre professions de santé sous coordination médicale dans les territoires volontaires

Objectif : favoriser la prise en charge des patients présentant des motifs de recours fréquents et peu graves ; asseoir l'exercice coordonné comme socle du partage des actes et activités entre professionnels au niveau des bassins de vie.

Modalités d'application : les six protocoles de soins non programmés autorisés seulement en MSP et centres de santé depuis 2020 sont autorisés dans le périmètre plus large des CPTS ayant signé un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) avec l'Assurance maladie ou dont le projet de santé a été validé par l'ARS. Ce périmètre des CPTS est considéré comme pertinent pour la mise en œuvre des protocoles dans un cadre garantissant la sécurité des patients, notamment en assurant la disponibilité des médecins pour la coordination avec les délégués et, le cas échéant, la prise en charge des patients réorientés par les délégués (article R. 4011-1 du CSP définissant les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération).

Afin de rendre possible la mise en œuvre des protocoles hors MSP, l'exigence de partage d'un même système d'information est supprimée et, en cas d'impossibilité, est remplacée par un recueil de données de santé référencées par le volet de synthèse médicale défini par la Haute Autorité de Santé. En mise à jour des dispositions relatives au partage sécurisé des données de santé, il prévoit l'implémentation du compte-rendu de prise en charge dans l'espace de santé numérique du patient.

Vecteur juridique : mesure pérennisée (article L. 3131-1 du CSP avant une évolution législative à venir ultérieurement).

Points d'attention : deux autres éléments de simplification sont mis en place :

- La simplification de 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 en équipe téléchargeable à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-nationaux-de-cooperation>. Les structures d'emploi ou d'exercice sont tenues de déclarer auprès de l'agence régionale de santé territorialement compétente chaque membre de l'équipe volontaire pour mettre en œuvre les protocoles susvisés.
- L'extension aux CPTS de la procédure prévue pour les MSP par l'instruction n° DSS/1B/DGOS/RH2/CNAM/2021/19 du 18 janvier 2021 pour le financement des actes réalisés dans le cadre des protocoles. Ceci permettra aux CPTS, ou aux organisations en cours de mise en place dont le projet de santé a été validé par l'ARS, de facturer à l'Assurance maladie et d'indemniser les professionnels de santé mettant

en œuvre ces protocoles au titre de leur participation à la réalisation des missions de service public de la CPTS, en application des dispositions de l'ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 et de l'article D. 1434-44 du code de la santé publique.

Suite à la mobilisation des CPTS et à l'évaluation positive de la mesure estivale, la mise en œuvre de ces protocoles demeure possible selon les mêmes modalités et dans les mêmes conditions d'organisation et de financement jusqu'à autorisation par arrêté des ministres chargés de la santé de nouveaux protocoles de soins non programmés adaptés au contexte des CPTS, au plus tard le 31 mars 2023.

2) Maintenir la réponse aux urgences vitales et graves dans les établissements de santé et en préhospitalier

a. Maintenir le maillage territorial des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)

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

Objectif : maintenir la réponse aux urgences vitales et graves sur l'ensemble du territoire en garantissant la disponibilité de moyens de projection médicalisés.

Modalités d'application : vous apprécierez, en lien avec les acteurs concernés, notamment le Comité technique régional des urgences (CTRU), la possibilité de poursuivre la mise en place de cette solution dans les établissements à faible activité, en vous appuyant sur le nombre de passages aux urgences mais également sur le nombre et la durée médiane des sorties SMUR. Cette analyse pourra se faire par tranches horaires afin de cibler la période de plus faible activité la plus pertinente pour une telle mise en œuvre.

La permanence et la continuité des soins dans la structure des urgences en cas de sortie du SMUR seront ainsi assurées par un médecin de l'établissement soit à travers une garde sur place, soit par rappel d'astreinte au moment où le SMUR est mobilisé par le SAMU. Une organisation avec le SAMU-Centre 15, pourra permettre d'appuyer, le cas échéant, le médecin de l'établissement (en garde dans le secteur d'hospitalisation ou rappelé d'astreinte), avec l'appui des nouvelles technologies.

Vecteur juridique : sans objet.

Points d'attention : en cas de sortie SMUR, l'établissement a la possibilité de mettre en place une astreinte ou de s'appuyer sur le médecin assurant la continuité des soins au sein de l'établissement.

Suite à l'évaluation de l'application estivale des mesures, il est rappelé l'importance de n'activer cette priorisation qu'en ultime recours, après avoir envisagé l'ensemble des alternatives, y compris celles ouvertes par les mesures de la présente instruction (équipe paramédicale de médecine d'urgence [EPMU], médecins correspondants du SAMU, mobilisation d'IDEL volontaires, etc.).

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

Objectif : maintenir la réponse aux urgences vitales et graves sur l'ensemble du territoire en étendant et en densifiant le réseau de médecins correspondants du SAMU susceptibles d'intervenir en avant-coureurs.

Modalités d'application : il vous est demandé de continuer à améliorer la visibilité ce dispositif de façon pérenne et d'en faire la promotion auprès des médecins libéraux, notamment ceux installés dans les zones à plus de 30 minutes d'un SMUR. Pour ce faire, vous pourrez vous appuyer sur l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du SAMU et à son guide de déploiement publié en juillet 2013.

Vecteur juridique : sans objet.

Points d'attention : sans objet.

Sécuriser la réponse en termes d'aide médicale d'urgence dans les secteurs éloignés des SMUR en s'appuyant sur les véhicules légers infirmiers (VLI) des sapeurs-pompiers

Objectif : afin de sécuriser la réponse en termes d'aide médicale urgente dans les secteurs éloignés des SMUR et en accord avec les implantations actuelles et celles potentiellement déjà envisagées par les services d'incendie et de secours (SIS) pour les missions propres des infirmiers sapeurs-pompiers (par exemple le soutien santé aux interventions des sapeurs-pompiers ou les visites médicales des agents des SIS), les VLI peuvent continuer à être déployés.

Modalités d'application : pour poursuivre l'application de cette mesure, vous vous rapprocherez des SIS afin d'identifier les éventuels besoins liés notamment à un délai d'intervention d'un SMUR supérieur à 30 minutes. Dans le cadre d'un dialogue entre les parties et sous réserve de trouver les professionnels volontaires et adaptés et formés au besoin du territoire, sous réserve de l'accord du SIS, vous pourrez acter l'installation d'un VLI sapeurs-pompiers. Le financement de cette mesure est pris en charge par le FIR si elle est réalisée à la demande exclusive du SAMU. Elle est à la charge du SIS s'il s'agit de la mise en œuvre d'un protocole entre le SAMU et le SIS pour un VLI déjà positionné.

Vecteur juridique : sans objet.

Points d'attention : cette analyse des besoins doit tenir compte également de la densité de la population ainsi que du volume d'interventions réalisées par les SMUR, notamment durant les périodes estivales antérieures.

Cette organisation fera l'objet d'une information large, notamment à destination des préfets.

Suite à l'évaluation de l'application estivale des mesures, il est préconisé de prévoir un plan de déclenchement SAMU / SAS-SIS avec protocoles de coopération SIS-établissements de santé adaptés aux territoires. Une vigilance particulière sera accordée au risque de concurrence des moyens RH, les personnels concernés étant pour partie hospitaliers.

Créer des équipes paramédicales de médecine d'urgence (EPMU)

Objectif : dans le cadre d'une gradation de la prise en charge de l'activité de médecine d'urgence, la mise en place d'un vecteur composé d'un infirmier et d'un conducteur permet d'apporter une réponse suffisante et pertinente à certaines situations d'urgence dûment identifiées par le régulateur.

Modalités d'application : la création de ce vecteur peut être réalisée par le remplacement d'un véhicule médicalisé existant en modifiant la composition de l'équipage pour en faire une EPMU.

Vecteur juridique : mesure pérennisée (article L. 3131-1 du CSP avant l'inclusion dans la réforme des autorisations de médecine d'urgence [DCE]).

Points d'attention : les professionnels de santé qui composeront cet équipage doivent être formés aux soins de médecine d'urgence et disposer d'une expérience professionnelle suffisante en SMUR, laissée à l'appréciation du chef de service, afin d'exercer en toute sécurité leurs missions à la demande de la régulation du SAMU et sous sa supervision.

Suite à l'évaluation de l'application estivale des mesures, il est rappelé l'importance de veiller à ce que les établissements mettent en œuvre des procédures de déclenchement et des protocoles de prises en charge, préalablement à toute entrée en service d'une EPMU et qu'il conviendra d'appliquer à toute prise en charge.

A terme, dans le cadre de la pérennisation de cette mesure, le cadre réglementaire sera adapté pour encadrer et sécuriser le dispositif. Toutefois, dans tous les territoires où les EPMU constituent une solution pertinente pour garantir l'accès aux soins de médecine d'urgence, ils peuvent être déployés sans attendre, en recourant aux protocoles susmentionnés.

3) Soutenir et préserver les équipes des structures de médecine d'urgence

a. Limiter l'activité des services d'urgence en la concentrant sur leur plus-value

Organiser les admissions en service d'urgence pour mieux orienter vers les solutions de soins non programmés les patients qui en relèvent (infirmier d'accueil et d'orientation ou régulation médicale préalable)

Objectif : soulager les structures des urgences (SU) en tension en régulant leur accès.

Modalités d'application : l'établissement autorisé au titre du 3° de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique peut, sur autorisation expresse du directeur général de l'ARS, mettre en place une régulation de l'accès à la structure des urgences des personnes qui s'y présentent, afin que ne soient prises en charge que celles ayant effectivement besoin de soins de médecine d'urgence. L'amélioration des modalités d'accès à l'offre de soins non programmés du territoire et le renforcement de cette dernière constituent des axes complémentaires essentiels à la mise en œuvre de cette mesure, en particulier à travers le lancement ou le renforcement du SAS.

Deux options complémentaires peuvent être mises en œuvre :

- L'établissement met en œuvre une régulation à l'entrée de la SU via le SAMU / 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 CSP.

Vecteur juridique : mesure pérennisée (article L. 3131-1 du CSP avant l'inclusion dans la réforme des autorisations de médecine d'urgence [DCE]).

Points d'attention : il est obligatoire d'assurer une présence physique à l'entrée de la SU pour éviter les accidents et les retards de prise en charge que peuvent occasionner les dispositifs de type interphone. Il est également demandé de bien encadrer le dispositif en lien avec les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) pour l'accueil des populations en situation de précarité afin d'éviter les renoncements aux soins.

Une vigilance particulière sera également apportée aux reports possibles d'activité vers les autres SU du territoire.

Optimiser les ressources humaines d'un territoire en mutualisant les moyens de plusieurs structures d'urgence

Objectif : optimiser la gestion des ressources humaines médicales et paramédicales rares en nuit profonde et, le cas échéant, les regrouper au sein de la structure d'urgence qui assure la permanence des soins dans la perspective de la constitution d'une équipe médicale et paramédicale de territoire.

Modalités d'application : certaines structures des urgences pourront être autorisées par arrêté du directeur général de l'ARS à ne pas recevoir de patients à certains horaires définis, sous réserve de la capacité de gérer une urgence vitale au sein de l'établissement et de maintenir un SMUR si nécessaire.

Cette organisation temporaire et dérogatoire ne peut être mise en place que dans le cadre d'un accord territorial permettant le partage de la garde de nuit avec les SU à proximité.

Vecteur juridique : mesure pérennisée (article L. 3131-1 du CSP puis pérennisation dans le cadre des antennes de médecine d'urgence (réforme des autorisations de médecine d'urgence)).

Points d'attention : dans le cadre de la mise en œuvre de telles équipes, les professionnels médicaux peuvent prétendre à la prime de solidarité territoriale, sous réserve des obligations d'exercice afférentes à l'attribution de cette prime. S'agissant des personnels non médicaux et les sages-femmes non éligibles à cette prime, toute heure de travail réalisée dans ce cadre sera rémunérée au tarif applicable aux heures supplémentaires.

Suite à l'évaluation de l'application estivale des mesures, il est préconisé de :

- Œuvrer à la création de filières médicales interhospitalières de médecine d'urgence à l'échelle du groupement hospitalier de territoire (GHT) pour anticiper, voire éviter les fermetures partielles à travers la solidarité territoriale ;

- Partager la charge de la garde pour les SU du territoire restant ouverts ;
- Valoriser l'activité multi-sites des personnels soignants au sein des fédérations médicales inter-hospitalières ;
- Communiquer le plus en amont possible sur l'organisation territoriale des SU en cas de fermeture partielle ;
- Suivre les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS).

b. Renforcer les effectifs

Accélérer le traitement des dossiers de validation des acquis de l'expérience (VAE) pour les aides-soignants (AS) / auxiliaires de puériculture (AP)

Objectif : faciliter la gestion des dossiers de VAE pour les diplômés d'État d'AS et d'AP.

Modalités d'application : il s'agit d'autoriser jusqu'au 30 novembre 2022 le dépôt de livrets 2 dans son ancienne version, de permettre le recours à des jurys professionnels retraités jusqu'au 31 décembre 2023 ainsi qu'à reporter l'obligation d'acquisition de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 (AFGSU 2) pour l'obtention du diplôme au 31 décembre 2023.

Vecteur juridique : arrêté

Points d'attention : sans objet

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

Objectif : garantir un partage équitable de la charge et les conditions de la solidarité entre les établissements publics et privés aux horaires de la permanence des soins.

Modalités d'application : pour organiser et permettre d'assurer la mission de PDES, les ARS mettent en place et pilotent une gouvernance territoriale dédiée ; elles élaborent un planning le cas échéant entre plusieurs sites. Cette gouvernance a vocation à mettre en réseau l'ensemble des acteurs concourant à la mission de PDES - établissements de santé publics et privés, professionnels publics et libéraux, représentants des professionnels - afin de disposer d'une vision partagée de la situation, de ses évolutions et de déployer une organisation territoriale adaptée aux besoins de PDES en coordonnant l'ensemble des acteurs.

Afin de répartir la pénibilité de la PDES entre médecins publics et libéraux et faire face aux tensions estivales pour assurer cette mission, cette organisation territorialisée sous le pilotage de l'ARS, doit être concertée entre les acteurs concernés par la PDES et s'appuyer sur les URPS et les fédérations afin de permettre le partage d'un diagnostic des spécialités en tensions ou susceptibles de l'être et l'élaboration de plans d'actions communs permettant de garantir la mission de PDES en mutualisant les ressources dès que nécessaire.

Les professionnels peuvent ainsi être mobilisés pour assurer cette mission en application du 3° des articles L. 4130-2 et R. 4127-77 du CSP.

Vecteur juridique : sans objet.

Autoriser les étudiants de 3^{ème} cycle avec licence de remplacement à travailler

Objectif : offrir une solution d'appui ponctuel aux établissements de santé pour le fonctionnement des services, à l'occasion de l'absence d'un praticien, et rétablir un équilibre avec le secteur libéral qui bénéficie déjà de la possibilité de recourir ponctuellement aux étudiants de 3^{ème} cycle pour des remplacements de praticiens. Cette mesure vise à autoriser les étudiants de 3^{ème} cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie à réaliser des remplacements de praticiens dans les établissements de santé, en alignant les conditions sur celles actuellement prévues pour réaliser des remplacements en secteur libéral par ces mêmes étudiants : remplacement nominatif et personnel, durée de trois mois pour les médecins et chirurgiens-dentistes, et de quatre mois pour les pharmaciens.

Modalités d'application : la demande de remplacement doit être adressée par le directeur de l'établissement de santé concerné au conseil de l'ordre compétent. L'établissement d'affectation de l'étudiant est tenu informé par l'établissement sollicitant le remplacement.

Les remplacements sont réalisés en dehors des obligations de service de l'étudiant et en dehors de l'établissement d'affectation de l'étudiant. Le repos de sécurité de l'étudiant doit être respecté.

Vecteur juridique : mesure pérennisée (un décret en Conseil d'État va être publié très prochainement).

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

Objectif : encourager les établissements de santé à contractualiser avec davantage de membres du 3SM, qu'ils soient volontaires ou professionnels, pour renforcer leurs équipes.

Modalités d'application : il vous revient de prendre l'attache des SIS de votre territoire afin d'évaluer les organisations envisageables tout en respectant les obligations et contraintes des sapeurs-pompiers. Les professionnels concernés devront obtenir l'accord du directeur départemental des services d'incendie et de secours (DD SIS) et du médecin chef du SIS.

Vecteur juridique : sans objet.

Points d'attention : les professionnels de santé recrutés par les SIS au sein 3SM peuvent l'être soit en qualité de sapeur-pompier volontaire, soit de manière pérenne, comme sapeur-pompier professionnel. Les professionnels recrutés à titre permanent pour les SIS répondent aux missions R. 1424-24 du code général des collectivités territoriales (CGCT) à savoir notamment aux missions de surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers, au soutien sanitaire des interventions des SIS et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers et aux missions de secours et soins d'urgence aux personnes définies à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales dans le cadre du secours d'urgence aux personnes (SUAP).

Dans le cadre d'un professionnel volontaire exerçant par ailleurs comme professionnel libéral, la contractualisation n'a pas vocation à être rédigée/signée par le SIS, il s'agira uniquement d'une convention entre le professionnel et l'établissement de santé.

L'autorisation ordinaire préalable est nécessaire pour les médecins non urgentistes pour travailler en SU.

Simplifier et accélérer le traitement des dossiers des médecins titulaires d'un diplôme acquis hors de l'Union européenne

Objectif : faciliter le renfort de médecins étrangers.

Modalités d'application : il est décidé de simplifier et d'accélérer le traitement des dossiers des médecins titulaires d'un diplôme acquis hors de l'Union européenne exerçant actuellement dans les hôpitaux français et ayant déposé un dossier pour obtenir une autorisation de plein-exercice (PADHUE). Si la loi ne prévoit actuellement une audition obligatoire des candidats par la commission nationale d'autorisation d'exercice (CNAE), que si la commission régionale a rejeté sa demande ou lui a accordé directement une autorisation de plein-exercice, en pratique, la commission nationale auditionne systématiquement tous les candidats.

Pour accélérer le traitement des dossiers, il est désormais décidé que la CNAE n'auditionnera plus systématiquement les candidats pour lesquels est proposé par la commission régionale (CRAE) un parcours de consolidation des compétences. La CNAE s'appuiera, pour émettre un avis dans une telle hypothèse, sur l'avis déjà émis par la CRAE compétente et sur l'examen du dossier du candidat. Elle pourra le cas échéant, mais à titre exceptionnel, auditionner un candidat à qui a été proposé un parcours de consolidation des compétences.

Par ailleurs, la date d'échéance initialement fixée au 31 décembre 2022 pour finaliser l'examen de l'ensemble des dossiers déposés devrait être prolongée au 30 avril 2023. Les CNAE pourront dès lors se réunir jusqu'à cette date pour examiner l'ensemble des dossiers.

Vecteur juridique : amendement du Gouvernement au PLFSS 2023 ayant pour objet de reporter pour une durée de quatre mois la date limite de passage en commission nationale d'autorisation d'exercice des PADHUE, afin de permettre l'instruction de l'ensemble des dossiers de demande d'autorisation d'exercice des PADHUE.

Point d'attention : sans objet.

Autoriser le temps de travail additionnel (TTA) pour les docteurs juniors

Objectif : accroître les possibilités de renfort fourni par les docteurs juniors.

Modalités d'application : il a été décidé de continuer de reconnaître, à titre exceptionnel, la possibilité de recourir à du TTA réalisé par les docteurs juniors au sein des établissements publics de santé. Ce temps additionnel doit être compatible avec les objectifs pédagogiques de la formation en phase de consolidation. Il est plafonné à quinze demi-périodes par trimestre, soit au maximum une demi-période par semaine. L'accord du docteur junior doit être formellement recueilli.

Vecteur juridique : mesure pérennisée (article L. 3131-1 du CSP à court terme ; reprise et pérennisation dans le cadre d'un décret en Conseil d'État).

Points d'attention : le TTA ne peut être déclenché que pour réaliser une activité hospitalière, et non pas universitaire, et il ne peut être dérogé au repos de sécurité.

Favoriser le recrutement de professionnels de santé libéraux qui acceptent de participer à l'activité hospitalière en plus de leur activité libérale

Objectif : renforcer les équipes hospitalières.

Modalités d'application : à titre exceptionnel et pour une durée limitée, des dispositifs exceptionnels de recrutement et de rémunération de professionnels libéraux par les établissements de santé, s'approchant des niveaux de rémunérations usuels pour ces professionnels pour limiter les phénomènes concurrentiels, sont mis en place. Les montants seront valables pour les professionnels libéraux installés en cabinet et doivent permettre le recrutement de professionnels libéraux en renfort des équipes hospitalières. Ces recrutements sont réalisés dans le cadre d'un contrat avec l'établissement de santé, notamment pour sécuriser le bénéfice de la couverture assurantielle et de la couverture au titre des accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP).

Vecteur juridique : mesure prolongée jusqu'au 30 avril 2023 (article L. 3131-1 du CSP).

Points d'attention : ces professionnels doivent être rémunérés selon les forfaits nationaux suivants :

- Les infirmiers diplômés d'État libéraux ou exerçant en centre de santé : 42 euros par heure ou 54 euros la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés ;
- Pour les médecins libéraux ou exerçant dans un centre de santé : 80 euros par heure ou 105 euros la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés ;
- Pour les sages-femmes diplômées d'État libérales ou exerçant en centre de santé : 53 euros par heure ou 68 euros la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés ;
- Pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou exerçant en centre de santé : 42 euros par heure ou 54 euros la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.

Accélérer, dans le cadre des accords locaux « Ségur », la titularisation des personnels non-médicaux et de maïeutique en poste

Objectif : renforcer les équipes en résorbant l'emploi précaire conformément aux accords du Ségur.

Modalités d'application : il vous est demandé que les établissements soient incités à poursuivre et accélérer le déploiement des plans de titularisation des agents contractuels, notamment en ce qui concerne les services les plus en tension, dont les urgences et les SAMU. Les établissements qui n'auraient pas encore négocié et déployé de plan de titularisation sont fortement invités à en mettre en place sans délai.

Vecteur juridique : sans objet.

Points d'attention : ainsi que cela avait été rappelé dans l'instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2021/168 du 26 juillet 2021 relative à la mise en œuvre des mesures sur la sécurisation des organisations et des environnements de travail résultant de l'accord du « Ségur de la santé » pour la fonction publique hospitalière, les établissements sont libres, à cet effet, de créer des postes et/ou d'ouvrir des concours dans le cadre de ces plans, compte tenu des besoins hétérogènes sur le territoire national. Le diagnostic préalable à l'élaboration du plan de titularisation peut être inclus dans l'étude d'impact que les partenaires sociaux s'étaient engagés à réaliser dans chaque établissement dans le cadre des accords du Ségur.

4) Fluidifier les parcours de soins à partir des urgences (aval)

Recommander à chaque établissement une organisation permettant aux professionnels libéraux de joindre directement un spécialiste de l'établissement

Objectif : les professionnels libéraux expriment leur intérêt à pouvoir joindre facilement leurs confrères hospitaliers pour obtenir un avis ou prévoir une hospitalisation directe (complète ou ambulatoire) sans avoir à adresser leur patient vers les SU.

Modalités d'application : il vous est demandé de préconiser à l'ensemble des établissements de santé de mettre en place une organisation permettant un échange direct entre les médecins, infirmiers de ville et les spécialistes, en particulier en cardiologie et neurologie (y compris neurovasculaire, neuroradiologie interventionnelle, cardiologie interventionnelle, neurochirurgie et chirurgie cardiaque).

Pour ce faire, une cellule doit être mise en place et joignable via un numéro unique en accès direct. Ces numéros doivent être communiqués aux ARS et URPS des médecins et infirmiers afin qu'ils puissent être transmis à l'ensemble des professionnels du territoire.

Cette cellule doit être en capacité d'orienter le professionnel vers un spécialiste de l'établissement au regard du diagnostic établi en ville afin de confirmer ce diagnostic et, le cas échéant, organiser l'hospitalisation en admission directe du patient, sans passage préalable par la SU. Cette cellule au sein de l'établissement, joignable par le numéro largement diffusé aux ARS et URPS, est chargée de contacter les spécialités concernées par l'état clinique du patient afin d'organiser rapidement, lorsque l'état d'occupation des lits le permet, une hospitalisation de manière programmée ou en urgence directement dans le service adéquat. La réponse aux appels des correspondants de ville, relayée par la cellule d'orientation, doit être assurée en permanence par un référent médical au sein des services concernés.

Une fois en place, ces organisations ont vocation à perdurer.

Vecteur juridique : sans objet.

Points d'attention : cette mesure s'inscrit dans une relation bilatérale ville-hôpital, sa contrepartie étant un échange facilité avec le médecin traitant des patients sortant d'hospitalisation (au-delà de la seule transmission de la lettre de sortie) afin de faciliter le retour à domicile à travers la coordination étroite du suivi médical assuré par le médecin traitant en suites d'hospitalisation.

Dans les établissements ayant mis en place une cellule coordonnée de gestion des lits, cette fonction d'accès direct par les professionnels de la ville peut être assurée par cette dernière.

Dans tous les cas, en cas de saturation du site hospitalier concerné, celui-ci remontera l'information auprès de l'ARS et des référents SAS/SAMU afin qu'une information ajustée sur le (ou les) établissement(s) à contacter en priorité soit assurée en temps réel auprès des URPS.

Suite à l'évaluation de l'application estivale des mesures, il est préconisé de :

- Réaliser des partages d'expérience sur les solutions opérationnelles mises en œuvre ;
- Articuler les organisations mises en place avec celles la mesure 5 du pacte de refondation des urgences visant à organiser des admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier ;
- Mettre en place un suivi des entrées directes.

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

Objectif : diminuer la pénibilité de l'exercice en SU en facilitant l'obtention de lits d'aval et de fluidifier la gestion des lits à l'échelle territoriale en associant l'ensemble des partenaires impliqués.

Modalités d'application : il vous est demandé d'accompagner les établissements pour poursuivre le déploiement des dispositifs de gestion des lits engagés depuis 2019 et encadrés par l'instruction n° DGOS/R3/2021/249 du 14 décembre 2021 relative à l'accompagnement financier pour la mise en place de dispositifs de gestion des lits dans le cadre de la circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019.

Pour ce faire, les priorités suivantes seront mises en œuvre :

- Accompagner le recrutement de « gestionnaires de lits/de patients » dans tous les établissements de santé sièges de SU non encore dotés ;
- Fluidifier la gestion des lits/des patients à l'échelle territoriale en augmentant le périmètre des partenaires impliqués (établissements publics et privés, professionnels de ville, établissements médico-sociaux) sur le territoire dans les dispositifs de gestion des lits/de patients en cours de déploiement ou déjà déployés.

Afin d'atteindre :

- La création exhaustive des cellules territoriales opérationnelles ;
- La création exhaustive de cellules de gestion des lits/des patients dans les établissements sièges de SU opérationnel H24 ;
- La disparition des lits brancards aux urgences.

Vecteur juridique : sans objet.

Suite à l'évaluation de l'application estivale des mesures, il est préconisé de veiller à la bonne appropriation de l'outil Besoin journalier moyen en lits (BJML) par les acteurs.

Améliorer le recours en urgence à un hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HT-SH) en EHPAD (autoriser à titre exceptionnel et temporaire l'accueil en HT-SH)

Objectif : le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HT-SH) consiste à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie, sortant d'hospitalisation et ne relevant plus de soins médicaux, un hébergement temporaire en EHPAD d'une durée maximale de 30 jours avant leur retour à domicile. Il s'agit de mieux préparer le retour à domicile de la personne tout en la maintenant dans un cadre sécurisé avec la présence de soignants ou organiser son orientation vers une nouvelle structure d'accueil.

Les objectifs de ce dispositif sont de :

- faciliter les sorties d'hospitalisation pour les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- améliorer et sécuriser le retour à domicile d'une personne âgée après un séjour hospitalier ;
- limiter les durées moyennes de séjour à l'hôpital et les réhospitalisations évitables ;
- améliorer le recours à l'hébergement temporaire en diminuant le reste à charge.

Modalités d'application : pour ces places spécifiques d'hébergement temporaire, l'Assurance maladie prend en charge une partie du forfait dépendance et du tarif hébergement du séjour d'hébergement temporaire. Ce financement supplémentaire a pour but de ramener le reste à charge journalier pour le résident à un niveau équivalent au montant du forfait journalier hospitalier, soit 20 € par jour contre environ 70 € en moyenne pour une place classique d'hébergement temporaire.

Afin de faciliter le recours au dispositif HT-SH pour proposer une solution d'aval adaptée aux personnes âgées prises en charge aux services des urgences lorsque leur état de santé ne justifie plus un maintien en structure hospitalière, l'accueil en HT-SH pourra être autorisé à titre exceptionnel et temporaire selon les conditions suivantes :

- Le dispositif est mis en place en mobilisant en priorité des capacités autorisées d'hébergement temporaire. Des places autorisées d'hébergement permanent non occupées, sans liste d'attente ou admission programmée, pourront également être mobilisées à titre exceptionnel et temporaire ;
- Le motif d'entrée est la sortie d'hospitalisation et répond à l'objectif de réponse d'aval dans le cadre des tensions hospitalières estivales ;
- La durée de séjour est de 30 jours au maximum avec retour au domicile ou orientation vers un établissement ;
- Les EHPAD adressent une déclaration à l'ARS et au Conseil départemental qui vaut autorisation des autorités compétentes. La déclaration devra mentionner le nombre de places concernées ;
- Les EHPAD adressent à l'ARS une fiche de relevé d'activité pour le suivi et le paiement des sommes dues au titre des séjours réalisés.

Vecteur juridique : sans objet.

Points d'attention : suite à l'évaluation de l'application estivale des mesures, il est préconisé de :

- Adresser les patients en priorité vers des EHPAD en capacité d'assurer la supervision médicale du patient accueilli en hébergement temporaire, grâce à leur médecin coordonnateur, à leur médecin prescripteur, à l'appui d'un médecin traitant acceptant de superviser les transferts de patients depuis l'hôpital ou d'un médecin de groupe mis à disposition de l'EHPAD ;
- Renforcer la coordination entre le SU et l'EHPAD (service social/IDE de liaison) ;

- Communiquer activement sur le dispositif pour le faire connaître.

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'unité d'hospitalisation de courte durée - UHCD - (implantation d'un personnel de liaison HAD au SU)

Objectif : l'HAD constitue un levier pour éviter les hospitalisations en établissement de santé des résidents d'établissement et service médico-social (ESMS) et les hospitalisations via les urgences. Elle constitue également une solution d'aval mobilisable par le champ médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), en particulier en période de tension hospitalière. La réactivité de sa mise en œuvre est fonction, entre autres, de son anticipation par les prescripteurs.

Modalités d'application : l'évaluation anticipée des résidents d'EHPAD qui dispose aujourd'hui d'un recueil et d'un financement dédié doit être pleinement mobilisée pour faciliter l'intervention rapide de l'HAD et éviter les hospitalisations en urgence des résidents.

Dans le champ sanitaire, les coopérations fondées sur l'implantation de personnel de liaison relevant de l'HAD au sein structures d'urgence des établissement MCO constituent un levier mobilisable afin de faciliter l'évaluation précoce des patients et leur admission en HAD directement en sortie de SU ou d'UHCD, en particulier en période de tension hospitalière. Pour mettre en œuvre cet objectif, les ARS doivent assurer systématiquement l'association de l'HAD aux réunions territoriales concernant les parcours de soins non programmés des personnes âgées.

Vecteur juridique : sans objet.

Annexe

Tableau de suivi de nombre de demandes de SNP orientées vers des médecins libéraux à la demande de la régulation du SAMU/SAS pour un patient hors patientèle médecin traitant

Date de soins	Nom médecin	Prénom médecin	Spécialité (MG ou autres spécialités)	RPPS	N° AM des médecins	Numéro FINESS géographique (si centre de santé)	Nombre de patients orientés
					9 caractères	9 caractères	

Tableau de suivi de la mobilisation d'infirmiers libéraux volontaires pour assurer une réponse aux SNP à la demande de la régulation médicale du SAMU-SAS

Date de soins	Nom infirmier	Prénom infirmier	RPPS	N° AM	Numéro FINESS géographique (si centre de santé)	Nombre de patients orientés

Tableau de suivi des prescriptions de transport sanitaire vers les cabinets médicaux et les maisons médicales de garde

Nom de l'entreprise	N° AM du transporteur	Région	Département	Date heure de début
XXXX				1/1/22 8:00