



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

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/DGCS/DSS/2022 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.

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence (NOR)	
Date de signature	10/07/2022
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	Instruction relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés.
Commande	Application opérationnelle des mesures et communication auprès des acteurs
Actions à réaliser	Identifier et déployer durant l'été 2022 les leviers permis par l'instruction adaptés à chaque territoire
Echéances	Mise en œuvre des mesures sur une période de 3 mois, remontées hebdomadaires des tensions hospitalières
Contact(s) utile(s)	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Sylvie ESCALON Tél. : 01.40.56.79.05

	Mél. : sylvie.escalon@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe(s)	29 pages + 1 annexe (1 page) Annexe 1 – tableaux de suivi
Catégorie (si dépôt site Légifrance)	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, 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 urgents et non programmés dans tous les territoires.</p> <p>Ces mesures sont, pour la plupart, mobilisables sur la période estivale de juillet à septembre, et feront l'objet d'une évaluation qui nourrira les prochains travaux sur l'évolution structurelle du système de santé.</p>
Mention Outre-mer	Ce texte s'applique en l'état dans l'ensemble des Outre-mer.
Mots-clés	Services d'urgences, accès aux soins, régulation, professionnels de santé, garantie de financement
Classement thématique	Etablissements de santé - organisation
Texte(s) de référence	<p>Article L.3131-1 du code de la santé publique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Instruction 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 de dispositifs de gestion des lits dans le cadre de la circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Etablissements sanitaires, professionnels de santé
Validée par le CNP le 8 juillet 2022 - Visa CNP 2022-94	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Oui
Publiée au BO	Non
Date d'application	Immédiate

Profondément fragilisé par plus de deux années de crise sanitaire, notre système de santé traverse, en ce début d'été 2022, une situation de tension majeure. La fragilité des services d'urgences en est une manifestation particulièrement forte ; elle n'est toutefois que la partie émergée d'une crise structurelle plus profonde, qui touche l'ensemble du système, et questionne sa capacité à répondre aux besoins de santé de la population.

Ces difficultés ne sont pas nouvelles : elles se manifestent de manière itérative, et avaient, par exemple, conduit à la formalisation, en 2019, du rapport dit « Carli – Mesnier », traduit dans le « Pacte de refondation des urgences » porté par le Gouvernement dans une approche intégrée, de l'amont à l'aval des urgences.

Elles atteignent toutefois une acuité élevée cet été, en particulier du fait des difficultés majeures de recrutement rencontrées par les établissements de santé. Conséquence indirecte de la pandémie de Covid-19, qui connaît par ailleurs un rebond en ces premiers jours du mois de juillet, elles fragilisent de manière profonde la capacité des établissements à répondre, en toutes circonstances, aux besoins de santé de la population sur tous les territoires, notamment de manière urgente ou non programmée.

Dans ces conditions, le Président de la République a souhaité, lors de son déplacement à Cherbourg le 1^{er} juin dernier, que les professionnels de la ville et de l'hôpital puissent contribuer de manière conjointe à l'établissement d'un diagnostic, mais surtout puissent proposer les mesures susceptibles de surmonter ces difficultés au cours de l'été, par une mobilisation solidaire et responsable de leurs deux secteurs.

La présente instruction vise à préciser les modalités de mise en œuvre des décisions annoncées par la Première ministre le 1^{er} juillet dernier, lors de son déplacement au Centre Hospitalier de Pontoise. Cette déclinaison opérationnelle est urgente : c'est la raison pour laquelle j'ai souhaité que ces dispositions soient publiées quelques jours seulement après les annonces, afin que tous les territoires puissent disposer, sans attendre, des conditions de mise en œuvre et de réussite des mesures. Ainsi, l'objectif est que chacun d'entre eux dispose d'une « boîte à outils » opérationnelle, mobilisable autant que de besoin, faisant l'objet d'un soutien organisationnel et financier de l'Etat, en complément de leviers déployés à une échelle nationale, tels que la reconnaissance de la pénibilité du travail de nuit.

En conséquence, je vous demande de veiller au plein déploiement des leviers que vous jugerez les plus adaptés à la situation de vos territoires dès les prochains jours : les textes réglementaires attendus seront publiés d'ici le 10 juillet, permettant, par exemple, le lancement d'initiatives spécifiques sur certains territoires.

Je vous rappelle, en outre, l'importance d'organiser des rencontres, dans chaque territoire, pour assurer la présentation des mesures décidées dans ces circonstances exceptionnelles et créer les conditions de l'accélération de leur mise en œuvre : Préfets, élus, professionnels de santé, représentants des patients et de leurs familles devront être associés à la déclinaison opérationnelle des mesures. Vous veillerez dans le même temps à engager des actions de communication de nature à rendre visible pour la population les mesures mises en place.

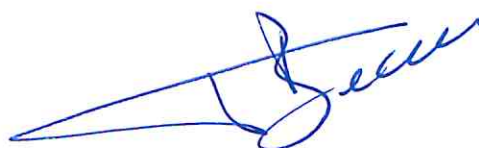
Celles-ci sont, sauf exception, temporaires : leur mise en œuvre a été validée à titre dérogatoire, pour une période déterminée de trois mois à compter du 1^{er} juillet. Leur impact sur l'accès aux soins des Français sera précisément mesuré et évalué tout au long de la période, avant d'envisager, le cas échéant, leur pérennisation ou leur généralisation par des mécanismes « traditionnels » (textes réglementaires, négociation conventionnelle, etc). Dans cet objectif, j'installerai dans les prochains jours un comité de suivi et d'évaluation de ce plan. Ses travaux viendront nourrir une vision partagée des transformations structurelles à conduire.

Enfin, je souhaite vous rappeler l'importance, pour chacune de vos ARS, de transmettre de façon hebdomadaire, à la Direction générale de l'offre de soins, les résultats de l'enquête SOLEN relative aux

tensions hospitalières, permettant d'identifier les difficultés survenant sur les territoires, et d'anticiper leur évolution à court terme.

Les services du Ministère de la Santé et de la Prévention 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 constant et déterminant au service de la santé de nos concitoyens.

François BRAUN

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'François Braun', written in a cursive style.

1) 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

Au plan national, une campagne d'information à destination du grand public sera lancée d'ici mi-juillet, avec l'objectif de créer un réflexe chez les Français « Avant d'aller aux urgences, appelez le 15 ! ». Ce réflexe a vocation à garantir la prise en charge des urgences graves et vitales dans les délais les plus brefs. Il garantit l'orientation vers une solution alternative aux urgences quand il ne s'agit pas de la réponse adaptée.

En complément des dispositifs de communication déjà déployés au niveau régional, **il vous sera 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.**

Vous procéderez également dans vos campagnes territoriales à une valorisation de la mise en place du Service d'Accès aux Soins (SAS) pour mieux accompagner les soins non programmés des Français.

Faciliter le recrutement d'ARM pendant l'été

Les établissements seront, par arrêté, autorisés à recruter, jusqu'au 30 septembre 2022, des assistants de régulation médicale qui, tout en ayant le profil requis, ne possèdent pas le diplôme d'assistant de régulation médicale. Les agents recrutés en application de cet arrêté disposeront du même délai que les ARM en poste au moment de la création du diplôme, pour obtenir le diplôme.

Il est attendu que les personnels ainsi recrutés soient prioritairement engagés dans le processus de régularisation de la condition de diplôme avec, à partir de l'entretien de positionnement, la définition d'un parcours de formation individualisé.

Il est précisé que cette mesure dérogatoire s'accompagnera de l'élaboration à la rentrée d'un plan d'actions visant à augmenter le nombre de personnels diplômés : d'une part, par un accroissement de l'offre de formation (création de nouveaux CFARM et autorisation de doubles rentrées) et d'autre part, par un renforcement de l'attractivité de celle-ci (valorisation de la profession, meilleur accompagnement des stagiaires etc). Ce plan fera l'objet d'une communication dédiée à l'automne.

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

L'activité des SAMU/SAS poursuit sa croissance, avec une hausse d'activité évaluée en moyenne à +5% par an.

Le financement des ARM de « front-office », qui assurent le premier décroché du SAS, est couvert par la mission d'intérêt général (MIG) SAMU. La dernière mise à jour de cette MIG date de 2020 sur la base de l'activité 2018.

Pour faire face à cette hausse d'activité, il vous est possible de financer des postes supplémentaires d'ARM. Un abondement sera effectué dans la prochaine délégation, cet abondement pouvant être à titre indicatif de l'ordre de 15% pour soutenir cet objectif.

Dans ce contexte, vous participerez à la promotion du recrutement des ARM par les SAMU/SAS et vous déléguerez les financements MIG SAMU vers les SAMU/SAS de votre région en fonction des besoins.

L'évaluation de cette mesure portera sur le nombre d'ARM recrutés d'ici la fin de septembre.

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

La montée en puissance de la régulation libérale dans le cadre du SAS nécessite de mobiliser en nombre croissant des médecins de ville. 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 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.

Un vecteur législatif est nécessaire pour mettre en œuvre ces dispositions. Aussi, de façon à assurer cette couverture dès l'été, vont être adressées aux établissements de santé sièges de SAMU/SAS :

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

Dans ce cadre, vous veillerez à ce que l'information soit transmise aux établissements de santé sièges de SAMU/SAS et à ce que les lettres individuelles soient communiquées par les établissements aux médecins.

L'évaluation de cette mesure portera sur l'évolution du nombre de médecins régulateurs libéraux nouvellement recrutés en journée dans les SAMU/SAS, et le nombre de départements où une régulation médicale H24 a pu être mise en place.

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

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.

Dans ce contexte, cette mesure pérenne a pour but :

- d'identifier au sein des SAS des filières spécialisées de prise en charge non programmée ;
- 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.

A l'occasion des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie en septembre 2021, il a été décidé de soutenir financièrement le volet psychiatrique du SAS par la mise en place ou la consolidation de dispositifs de régulation téléphonique articulés avec le SAS « généraliste » du territoire. Il s'agit d'offrir une réponse aux demandes de soins psychiatriques, qu'elles proviennent des personnes elles-mêmes, de leur famille ou des professionnels de santé, ainsi que d'assurer une orientation adaptée à la situation de la personne, dans un délai rapide. Un financement spécifique est prévu pour les projets remontés au printemps par les ARS ayant un SAS « généraliste ». Ces enveloppes seront débloquées dès cette semaine.

Par ailleurs, des organisations d'admissions directes des personnes âgées en service de médecine et de chirurgie se déploient sur les territoires depuis 2020 permettant d'éviter les passages aux urgences lorsque cela est possible, en coopération avec les médecins traitants et les médecins coordinateurs des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) mais aussi les SAMU. Ces organisations ont bénéficié en 1^{ère} circulaire 2022 de crédits d'aide à la contractualisation à hauteur de 65 M€. Vous êtes invités à mobiliser, si ce n'est déjà fait, ces crédits pour développer et renforcer ces filières.

Les SAMU et les SAS peuvent être adresseurs et s'appuyer cet été sur les numéros d'appel en journée et en semaine (organisations impliquant gériatre-infirmier formé en gériatrie) mis en place pour l'organisation de ces hospitalisations sans passer par les urgences (à temps complet ou de jour). Vous veillerez à la communication, aux SAMU et SAS, des numéros d'appels mis en place au sein des territoires par les filières.

En complément, les ARS peuvent accompagner les SAS qui seraient en mesure de recruter des infirmiers de gériatrie ou de psychiatrie, ainsi que des IPA en psychiatrie. Cette expérimentation donnera lieu à une évaluation, en vue d'une potentielle pérennisation. A cette fin, des crédits FIR seront délégués pour le financement du recrutement d'IDE hospitaliers libéraux dans les SAS. Une enveloppe de 5 M€ est prévue à cet effet.

L'évaluation de la mesure portera sur l'évolution du nombre d'admissions directes dans les services de patients de plus de 75 ans ainsi que le nombre d'entrées directes en service de psychiatrie.

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

Les médecins libéraux régulateurs recrutés au sein des SAS et des centres 15, du 1^{er} juillet au 30 septembre 2022, 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. La procédure de paiement reste identique à celle définie dans le cadre du déploiement du SAS.

A titre exceptionnel, les médecins retraités qui s'engageront à participer à la régulation libérale du SAS ou du centre 15 pourront bénéficier de cette rémunération selon une procédure dérogatoire identique à celle mise en place pour la rémunération des vacations en centre de vaccination COVID, à l'aide d'un bordereau spécifique à adresser par leurs soins à leur caisse d'assurance maladie (cf. *infra* mesure « Encourager l'activité des médecins retraités »).

Dans ce cadre, 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 URPS. Un relais d'information sera réalisé par l'Assurance Maladie auprès des médecins libéraux.

L'évaluation de cette mesure portera, dans toutes les régions disposant de SAS lancés et opérationnels, sur l'évolution du nombre de médecins régulateurs libéraux nouvellement recrutés en journée dans les SAMU/SAS, ainsi que sur le nombre de départements où une régulation médicale libérale H24 a pu être mise en place.

Accompagner le déploiement d'ici l'automne 2022 de l'utilisation de la plateforme numérique SAS sur tout le territoire national

Pour les orientations réalisées par le SAS vers la filière de ville, les acteurs de la chaîne de régulation médicale sont invités avant son déploiement obligatoire à utiliser d'ores et déjà la plateforme numérique nationale SAS. 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 Santé.fr enrichi, fondé sur des bases de données nationales exhaustives (ROR, FINESS, 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 RDV en ligne, etc.) sans les remplacer.

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 CPTS).

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 téléphone) par les acteurs de la chaîne de la régulation médicale pour prendre des patients en sus de ses disponibilités.

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.

- I. A court terme (été 2022), 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 permettra 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).

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

- II. Après l'été (octobre 2022), l'utilisation de la plateforme numérique SAS sera rendue obligatoire pour tous les territoires afin de permettre une traçabilité des orientations par le SAS.

En effet, 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 « effecton » de ce dernier, les médecins effecteurs devront utiliser la plateforme afin d'indiquer leurs modalités de participation.

Dans ce cadre, 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 (OSNP). Pour ce faire, la DGOS, en lien avec la DNS, met à disposition un kit de communication et un guide d'utilisation et réalisera des points d'informations à destination des ARS/GRADeS/DCGDR. Des formations régulières seront par ailleurs proposées aux professionnels. Il sera en tout état de cause très important que vous puissiez vous investir aux côtés des professionnels pour accompagner, en fonction des besoins recensés, le déploiement obligatoire partout de la plateforme.

L'évaluation de cette mesure portera sur la progression du taux d'utilisation de la plateforme numérique SAS entre début juillet et fin septembre.

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

Prolonger et faciliter, en lien avec les ordres professionnels, l'autorisation de cumul d'activité titulaire/remplaçant au-delà du 1er juillet

L'arrêté qui sera publié dans les prochains jours simplifiera, pour la période estivale courant du 1^{er} juillet au 30 septembre 2022, les modalités de recours à l'adjuvat des médecins et des infirmiers pour répondre aux carences de professionnels. La mesure permettra aux professionnels exerçant pendant l'été de pouvoir augmenter le nombre de patients susceptibles d'être pris en charge en facilitant, pour les médecins, ou en autorisant, pour les infirmiers, la possibilité de collaborer avec un adjoind.

Pendant la période estivale et 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'adjoind le concours d'un étudiant.

S'agissant des infirmiers et des sages-femmes, pendant la période estivale et par dérogation, il leur sera désormais possible de poursuivre leur activité et de s'adjoindre le concours d'un remplaçant.

Encourager l'activité des professionnels de santé retraités

Comme annoncé par le MINSANTE n°2022-40 du 17 juin 2022, les règles de cumul emploi retraite font 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 du 1^{er} juin au 30 septembre 2022. Sur cette période, 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.

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, sera 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. Dans les mêmes conditions que pour les activités de remplacement à l'heure actuelle, les médecins ayant une activité libérale de régulation (exclusive de toute autre activité libérale hormis des remplacements) pourront 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.

En outre, les médecins régulateurs concernés pourront bénéficier jusqu'au 30 septembre 2022 d'une simplification des démarches d'affiliation, similaire à celle proposée à certains professionnels participant à la campagne de vaccination contre la covid-19 : le professionnel se verra délivrer par l'établissement où il effectue son activité de régulation un bordereau valant convention de collaboration, qu'il enverra à sa caisse d'affiliation (i.e. la caisse qui gère ses frais de santé) ; la rémunération sera alors versée directement par l'assurance maladie et les URSSAF assureront pour son compte son immatriculation ainsi que la déclaration et le paiement de ses cotisations et contributions sociales au titre de l'activité de régulation, sans autre démarche à effectuer de sa part.

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) devront, en revanche, ajouter les revenus issus de leur activité de régulation à leur déclaration habituelle.

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

L'évaluation de cette mesure portera sur le nombre de médecins retraités ayant bénéficié de ces assouplissements.

Attribuer, à titre dérogatoire et temporaire, 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.

La mobilisation des médecins libéraux et des centres de santé cet été en faveur de la prise en charge de soins non programmés est déterminante pour accompagner la demande en soins non programmés des Français, de même que prémunir les urgences hospitalières d'un afflux d'activité.

Cette mesure, applicable du 1^{er} juillet au 30 septembre 2022, consiste pour l'assurance maladie à verser, sur l'enveloppe de ville, aux médecins généralistes ou salariés des centres de santé pour des consultations de soins non programmés, hors horaires de PDSA, une majoration de 15 € pour toute prise en charge effectuée, dans les 48h, à la demande de la régulation du SAMU/SAS (ou organisation exerçant une mission pour le compte du SAS dans un cadre contractualisé avec ce dernier) pour un

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

patient hors patientèle médecin traitant et dans la limite d'un plafond hebdomadaire de 20 majorations par médecin.

S'agissant des spécialistes (hors médecine générale), ils pourront coter une majoration (MCU) selon les règles définies par la convention médicale. Pendant cette période dérogatoire, la rémunération de l'effectation 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. De même les modalités de financement de l'effectation mises en place pendant la phase pilote du SAS sont remplacées par cette mesure exceptionnelle².

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.

Dans ce cadre, 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 centre 15 ou SAS d'organiser, avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de son territoire, les 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, devront 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, devra être transmis tous les mois à l'ARS et à la CPAM.

L'évaluation de cette mesure portera sur le nombre de MG assurant des soins non programmés à la demande du SAMU/SAS pendant la période estivale.

Favoriser l'activité des maisons médicales de garde le samedi matin

Afin d'augmenter la capacité de réponse aux demandes de soins non programmés le samedi matin, il est prévu de permettre l'ouverture des maisons médicales de garde (MMG) le samedi matin (de 8h à 12H) pendant l'été (jusqu'au 30 septembre 2022) et de rémunérer de manière spécifique cette prise en charge de soins non programmés en maison médicale de garde (MMG). Les médecins exerçant en MMG pourront **pendant cette plage horaire** facturer le supplément de 15€ dans les conditions décrites pour la mesure précédente.

Il s'agira donc pour l'Assurance maladie de rémunérer sur l'enveloppe de ville :

- Pour l'effectation : le supplément de 15 euros pour tout acte ou consultation effectué à la demande de la régulation du SAMU/SAS pour les médecins qui interviendront en MMG le samedi matin (8h-12h);
- Pour les médecins généralistes régulateurs : tarif horaire de régulation SAS, forfait brut de 4G/heure, soit 100€/heure de régulation.

Dans ce cadre, vous veillerez à :

- Définir au niveau régional une organisation pour la réponse aux soins non programmés le samedi matin reposant sur l'ouverture des MMG;

² Les bordereaux « effectation » qui étaient utilisés par les sites pilotes SAS ne doivent plus être utilisés.

- Permettre et inciter l'ouverture des MMG le samedi matin, en dehors des horaires de PDSA, afin que des médecins généralistes puissent venir proposer des consultations de soins non programmés dans ces lieux fixes et identifiés. A cet effet, vous pourrez, en lien avec les élus de votre territoire, accompagner toute mesure complémentaire nécessaire à ces ouvertures (accompagnement sur le FIR de certains frais de fonctionnement en tant que de besoin par exemple) ;
- En lien avec les équipes projet SAS sur votre territoire, transmettre à la régulation les coordonnées des médecins généralistes disposés à recevoir des consultations de soins non programmés le samedi matin dans le cadre de l'organisation dédiée.

L'évaluation de cette mesure portera sur :

- Complétude des tableaux de garde (régulation et MMG) le samedi matin ;
- Nombre de MMG ou d'organisations dédiées ouvertes le samedi matin et nombre d'actes qui y sont effectués ;
- Nombre d'actes habituels effectués le samedi matin ;
- Modération de l'activité des SU le samedi matin.

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

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.

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 établissement de santé, éventuellement regroupés au sein d'une structure d'exercice coordonnée (MSP, CDS, 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 mallette) afin de se rendre auprès du patient pour l'assister lors de la téléconsultation. Cette équipe est constituée d'un professionnel formé (IDE majoritairement) avec éventuellement un chauffeur associé.

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

L'ARS, en lien avec les SAMU – Centre 15, 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.

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 de la convention médicale, 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.

Juridiquement, cette mesure peut être mise en place à droit constant.

L'évaluation de cette mesure portera sur le nombre d'unités mobiles de télémédecine mises en place sur la période ainsi que sur le nombre de téléconsultations réalisées.

Maintenir la prise en charge à 100% des téléconsultations pendant l'été.

La téléconsultation fait normalement l'objet, comme les autres consultations, d'une prise en charge à 70% par l'assurance maladie obligatoire, en dehors des cas d'exonération de participation applicables à certains patients ou à certains soins. Les téléconsultations étant un vecteur de facilitation de l'accès aux soins, leur prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire, mise en œuvre pendant la crise sanitaire liée au covid-19, sera prolongée par arrêté dans les prochains jours jusqu'au 30 septembre 2022 alors même qu'elle devait s'achever le 31 juillet, afin de faciliter leur mobilisation pendant la période estivale.

Les modalités de suivi de cette mesure sont les suivantes :

- o Nombre de téléconsultations mensuelles par département ;
- o La part des médecins ou centres de santé ayant facturé au moins une téléconsultation (mensuel et trimestriel).

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

Conformément aux engagements pris dans le Pacte de refondation des urgences de septembre 2019, la réforme des transports sanitaires urgents du printemps 2022 dispose que le SAMU peut organiser un transport vers une structure de soins du secteur ambulatoire inscrit sur une liste arrêtée par le directeur général de l'ARS (4° de l'article R. 6311-2 du code de la santé publique).

Il s'agit par la présente mesure de donner la possibilité pour l'été, jusqu'au 30 septembre, à la régulation du SAMU ou du service d'accès aux soins (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. L'objectif est de 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.

Par dérogation à l'article R.322-10 du code de la sécurité sociale, **les frais de transport aller et retour de l'assuré ou de l'ayant droit correspondant aux situations visées ci-dessus sont pris en charge par l'assurance maladie.** Les tarifs applicables aux transports réalisés par véhicule sanitaire léger ou ambulance sont ceux fixés respectivement en annexe 1 ou 2 de l'arrêté du 26 février 2021 portant approbation de l'avenant n°10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés. Les tarifs

applicables aux transports réalisés par taxis conventionnés sont ceux fixés par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie telle que prévue par le deuxième alinéa de l'article L. 322- 5 du code de la sécurité sociale.

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 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.

L'évaluation de cette mesure portera sur le nombre de prescriptions (allers simples) de transports sanitaires vers l'offre libérale par les SAMU-SAS. A cette fin, les régulations devront renseigner un tableau de suivi à transmettre une fois par mois à l'ARS et à la CPAM (cf. modèle joint).

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

Dans le cadre de la réforme des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde, une reconfiguration de la garde ambulancière est en cours de déploiement. Les moyens de garde, qui peuvent désormais être positionnés en journée en dehors des week-ends et jours fériés, sont encadrés par des plafonds régionaux fixés par arrêté interministériel (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).

Une révision nationale à la hausse de ces plafonds est décidée, et sera mise en œuvre par un texte réglementaire à paraître en début de semaine prochaine : elle permettra d'améliorer la réponse des entreprises de transports sanitaires et d'intégrer notamment les sorties blanches et les difficultés particulières topographiques et géographiques de certaines régions.

Le plafond national annuel d'heures de garde sera augmenté, jusqu'à 10%, à travers la modification de l'annexe de l'arrêté du 26 avril 2022 et prendra effet avec la validation de l'avenant au cahier des charges. Cette augmentation sera modulée entre régions en fonction des besoins identifiés particulièrement sur des critères topographiques et géographiques.

La modification du plafond d'heures de garde sera évaluée à l'issue de la période de mise en œuvre par le suivi des indicateurs suivants :

- Taux d'augmentation d'heures de TSU demandés ;
- Nombre d'ambulances postées par tranche horaire dans chaque département ;
- Evolution du nombre de carences ambulancières ;
- Nombre d'heures de garde non utilisées dans le cadre du TSU.

La nouvelle organisation qui résultera du nouveau plafond pourra prendre la forme d'un nouvel avenant au cahier des charges ou d'un avenant au cahier des charges en cours.

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

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 EHPAD, afin d'évaluer la situation et de déclencher une téléconsultation si nécessaire.

Des initiatives, recensées par les ARS, pourront 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 centre 15 ou du SAS. Cela consiste à se rendre disponible sur des créneaux de 6H (jour et/ou nuit) en cas de sollicitation du centre 15 ou du SAS, en réduisant son planning habituel. Les modalités de déclaration seront définies localement.

Les infirmiers libéraux ou salariés des centres de santé peuvent bénéficier, afin de réaliser des soins non programmés, sur sollicitation du service d'aide médicale urgente (centre 15) ou du service d'accès aux soins (SAS) des mesures de valorisations suivantes :

- Valorisation des astreintes réalisées par les infirmiers :
 - o 78€ par période de 6h pour les astreintes aux horaires de permanence des soins ambulatoire ;
 - o 60 € par période de 6h 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 ;
 - o La réalisation d'un acte infirmier ;
 - 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 (mais pas avec la majoration MCI).

Dans ce cadre, vous aurez 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 centre 15 ou la régulation SAS établit un tableau récapitulatif par secteur, précisant 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. modèle joint). Ce tableau devra être transmis tous les mois aux caisses d'assurance maladie.

Dans les territoires où des organisations ont d'ores et déjà été mises en œuvre pour mobiliser les IDEL en réponse aux besoins de visites à domicile non programmées, elles pourront continuer d'être mobilisées le temps nécessaire à la constitution des astreintes.

L'évaluation de cette mesure portera, dans toutes les régions volontaires, sur :

- Nombre de secteurs avec une permanence des soins réalisée par des IDE ;
- Nombre et types d'actes réalisés en permanence des soins ambulatoire ;
- Cotations visites à domicile de soins infirmiers.

Juridiquement, cette mesure sera mise en place dans les prochains jours par arrêté.

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

Afin de favoriser la prise en charge de motifs de recours fréquents et peu graves, les six protocoles de soins non programmés autorisés seulement en MSP et centres de santé depuis 2020 sont autorisés pour les 3 mois d'été dans le périmètre plus large des CPTS ayant signé un 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 (art 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.

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 [Les protocoles nationaux de coopération - Ministère de la Santé et de la Prévention \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr). 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 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 2021-584 du 12 mai 2021 et de l'article D. 1434-44 du code de la santé publique.

L'évaluation de cette mesure portera sur

- le nombre de nouvelles équipes déclarées durant les 3 mois d'été
- le nombre de forfaits versés dans le cadre de ces protocoles durant les 3 mois d'été

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

a) Maintenir le maillage territorial des SMUR

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

L'article D.6124-11 du code de la santé publique prévoit les modalités de prise en charge des patients aux urgences en cas de « permanence médicale ou non médicale commune » entre le SU et le SMUR, ainsi que les modalités d'organisation en cas de sortie SMUR.

Vous apprécierez, en lien avec les acteurs concernés, notamment le CTRU, la possibilité de mettre en place 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. 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.

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.

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

Il vous est demandé d'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.

L'évaluation de cette mesure portera sur :

- Le nombre de nouveaux contrats de MCS ;
- Le nombre d'interventions réalisées par les MCS.

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

Afin de sécuriser la réponse à l'aide médicale urgente dans les secteurs éloignés des SMUR et en accord avec les implantations actuelles et celles potentiellement déjà envisagées par les 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 être déployés.

Pour l'application de cette mesure, vous vous rapprocherez des services d'incendie et de secours afin d'identifier les éventuels besoins liés notamment à un délai d'intervention d'un SMUR supérieurs à 30 minutes. Cette analyse des besoins tiendra compte également de la densité de la population ainsi que du volume d'interventions réalisées par les SMUR durant les périodes estivales antérieures.

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, et sous réserve de l'accord du SIS, vous pourrez acter l'installation d'un VLI sapeurs-pompiers jusqu'au 30 septembre 2022. Cette organisation fera l'objet d'une information large, notamment à destination des préfets.

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.

Vous procéderez à l'évaluation de ce dispositif à travers :

- Le nombre d'implantations nouvelles effectuées en concertation et en accord entre le SIS, le SAMU et les ARS ;
- Le nombre de sorties à la demande du SAMU.

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

La mesure consiste en une dérogation temporaire aux articles du code de la santé publique obligeant à ce que l'équipage d'un SMUR soit médicalisé, afin de permettre la création d'équipes paramédicales de médecine d'urgence (EPMU).

Dans le cadre d'une adaptation 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 précoce, avant-coureur d'un SMUR et adaptée à certaines situations d'urgence. 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.

Les professionnels de santé qui composeront ce vecteur 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.

Vous veillerez 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.

L'évaluation de cette mesure portera sur :

- Nombre d'EPMU actives pour éviter de découvrir totalement les territoires sans SMUR ;
- Nombre et typologie des interventions par catégorie ;
- Délais d'intervention.

L'application dérogatoire et temporaire de cette mesure répond à un besoin d'adaptation et de gradation qu'il conviendra de définir ultérieurement, en lien avec les représentants professionnels concernés. Cette mesure entrera en vigueur dans les prochains jours par arrêté.

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)

Sur le fondement de l'arrêté qui sera pris dans les prochains jours, 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 ne nécessitant pas de plateau technique.

Cette mesure vise à recentrer la structure des urgences sur son cœur de métier, avec deux options complémentaires :

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

L'évaluation de cette mesure portera sur :

- Nombre de services d'urgence concernés ;
- Evolution de l'activité des SU/SMUR du territoire ;
- Nombre de passages régulés et accueillis au sein de la structure ;
- Nombre de passages régulés sans accueil au sein de la structure ;
- Nombre d'EIG déclarés ;
- Nombre de réadmissions après une première orientation du SAMU ou du SAS vers un autre effecteur de soins.

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

Sur le fondement du même arrêté, 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.

Cette mesure doit permettre d'optimiser la gestion des ressources humaines médicales et paramédicales rares en nuit profonde et, le cas échéant, de 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.

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.

L'évaluation de cette mesure portera sur :

- Nombre de SU réduisant leurs horaires d'ouverture dans une logique de mutualisation territoriale
- Nombre de SU réduisant leurs horaires d'ouverture sans tenir compte de l'organisation territoriale ;

- Complétude des tableaux de service (PM et PNM) des structures des urgences continuant à assurer la PDS et bénéficiant de renforts des structures fermées ;
- Nombre de personnels mis à disposition en dehors de sa structure ;
- Nombre d'établissements privés réduisant leurs horaires d'ouverture.

b) Renforcer les effectifs

Maintenir le recours à la dérogation exceptionnelle à l'éviction Covid des professionnels de santé

Compte tenu de la situation que traversent les secteurs sanitaires et médico-sociaux, de, le Ministère a sollicité fin juin 2022 le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) pour actualiser ses **recommandations quant à l'éviction pour les professionnels en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux (EMS)** formulées en décembre 2021³.

Le HCSP considère, dans son nouvel avis du 1^{er} juillet 2022, que dans un contexte de formes asymptomatiques fréquentes et d'une moindre détection des personnes positives aux sous-variants d'Omicron, **la recommandation de permettre exceptionnellement le maintien au travail des personnels soignants asymptomatiques ou pauci-symptomatiques sans signes cliniques respiratoires susceptibles de majorer l'excrétion virale (toux, éternuements) reste justifiée en établissement de santé, établissement social ou médico-social et en ville en termes de rapport bénéfice/risque pour les patients.**

Vous pouvez ainsi, avec les établissements de votre région, maintenir cette dérogation exceptionnelle qui doit, dans tous les cas, se mettre en place dans le strict respect des conditions suivantes :

- Ne pas prendre en charge des patients à risque de forme grave, non vaccinés ou en échec de vaccination connue ;
- Ne pas partager de repas ou de pauses avec d'autres personnels soignants, en respectant les conditions d'aération des salles de pause ;
- Respecter les mesures barrières et le port d'équipements de protection individuelle (EPI) (dont le port d'appareils de protection respiratoire) pendant toute la durée de la présence sur le lieu de travail.

Ces mesures doivent s'accompagner d'un renforcement des mesures barrières pour tous les soignants afin de prévenir l'écllosion de clusters. Les responsables d'établissements sont chargés de veiller à l'application de ces recommandations tant que la vague épidémique se poursuit.

Cette dérogation pourra être réévaluée en fonction de l'évolution de l'épidémie et des connaissances sur les nouveaux variants.

Accélérer le traitement des dossiers de VAE pour les AS/AP

Afin d'accélérer le traitement des dossiers de validation des acquis de l'expérience (VAE) pour les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, la composition des jurys peut être adaptée **jusqu'au 30 septembre 2022.**

La sortie de crise sanitaire et le contexte inédit de tensions sur les ressources humaines du système de santé conduisent à d'importants besoins d'aides-soignants et d'auxiliaires de puériculture pour faire face

³ Haut Conseil de la santé publique 2021 <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1133> ; <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1134>

aux fortes sollicitations du système de santé. Or, les professionnels de santé devant être membres des jurys sont fortement sollicités par ailleurs alors que l'examen de demandes de validation des acquis de l'expérience permettrait à de nouveaux professionnels diplômés d'exercer rapidement.

Dès lors, l'arrêté à paraître vise à permettre de réduire le nombre minimum de membres nécessaire pour constituer un sous-groupe d'examineurs des dossiers de validation des acquis de l'expérience pour les diplômés d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture à deux personnes dont au moins un représentant qualifié des professions.

En parallèle, il vous est rappelé que l'arrêté du 10 juin 2022 propose pour cet été des conditions dérogatoires permettant l'accélération et la fluidification du processus de diplomation en IFSI et IFAS. Dès lors, les futurs infirmiers et aides-soignants ayant terminé leur formation, sont autorisés, à titre temporaire, à exercer dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Il vous est demandé de bien veiller à son application.

L'évaluation de cette mesure portera sur le nombre de dossiers de VAE traités pendant les trois mois d'été.

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

Pour organiser et permettre d'assurer la mission de PDSES, en particulier pour les 3 mois prochains, 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 PDSES – 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 PDSES en coordonnant l'ensemble des acteurs.

Afin de répartir la pénibilité de la PDSES 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 PDSES 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, pour les 3 mois à venir, et l'élaboration de plan d'actions communs permettant de garantir la mission de PDSES 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 code de la santé publique.

Il est demandé aux ARS de suivre le nombre et le type de lignes PDSES mutualisées entre publics et privés pendant la période de l'été.

Autoriser les étudiants de 3^{ème} cycle avec licence de remplacement à travailler à l'hôpital public

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.

Ce dispositif permet d'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 de rétablir un équilibre avec le

secteur libéral qui bénéficie déjà de la possibilité de recourir ponctuellement aux étudiants de 3^e cycle pour des remplacements de praticiens. 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.

L'évaluation de cette mesure portera sur le nombre d'étudiants ayant sollicité une demande de remplacement auprès de leur ordre et sur le nombre de remplacements effectivement réalisés.

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

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 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 dans le cadre du SUAP.

La mesure consiste à **encourager les établissements de santé à contractualiser avec davantage de membres du 3SM**, qu'ils soient volontaires ou professionnels.

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 DDSIS et du médecin chef du SDIS.

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'ES.

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

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.

Tous les acteurs mobilisés dans le traitement des dossiers seront réunis dans les prochains jours pour convenir des efforts complémentaires à engager, chez chacun d'entre eux, au service d'une accélération plus significative.

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

Il a été décidé de reconnaître, à titre exceptionnel et pour la durée limitée de l'été, 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. 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

A 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 seront 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 AT-MP.

Ils devront être rémunérés selon les forfaits nationaux fixés dans l'arrêté à paraître, à savoir :

- Les infirmiers diplômés d'Etat 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'Etat 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 : 30 euros par heure ou 41 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

Les établissements sont incités à poursuivre et accélérer le déploiement des plans de titularisation des agents contractuels mis en place pour résorber l'emploi précaire conformément aux accords du Ségur, 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.

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. Une enveloppe budgétaire a été prévue à cet effet pour 2022.

c) Reconnaître les sujétions particulières de l'exercice professionnel dans les établissements de santé assurant la continuité des soins

Majorer, pour l'été, l'indemnité de sujétion de nuit et des heures de nuit pour les personnels médicaux et non médicaux, en attendant l'ouverture d'une négociation sur la reconnaissance globale de la pénibilité

Un arrêté interministériel, publié en début de semaine prochaine, organisera, uniquement pour les trois prochains mois, le doublement de l'ensemble des taux des indemnités de nuit perçues par les fonctionnaires de la fonction publique hospitalière. Cette mesure vise à reconnaître les contraintes attachées au travail de nuit et faire face aux difficultés de la période estivale et aux tensions anticipées sur l'offre de soins dans de nombreuses régions.

En application de ce texte, le taux de l'indemnité horaire pour travail normal de nuit passe de 0,17 euros à 0,34 euros. Le taux de la première majoration pour travail intensif passe de 0,90 euros à 1,80 euros. Le taux de la seconde majoration pour travail intensif passe de 1,26 euros à 2,52 euros. Les conditions d'attribution de ces indemnités sont inchangées.

L'indemnité de sujétion de garde est en parallèle majorée de 50% pour les personnels médicaux des établissements publics de santé.

L'ensemble de ces mesures s'appliquent du 1^{er} juillet au 30 septembre 2022.

Afin d'indiquer aux professionnels de santé que ces mesures sont prises en compte à compter du 1^{er} juillet et de leur adresser ce message positif, il vous sera demandé de transmettre aux établissements un courrier signé par le Ministre de la santé et de la prévention qu'ils devront largement diffuser aux professionnels.

Une évaluation sera faite de ces mesures pour notamment mesurer leur impact effectif sur l'amélioration de l'attractivité du travail de nuit, dans le cadre plus global de la réflexion qu'il s'agira d'ouvrir sur les modalités pérennes d'une meilleure reconnaissance de la pénibilité et des conditions de travail la nuit.

Mieux rémunérer le travail réalisé les jours fériés lors des « ponts estivaux »

Le fonctionnement des établissements hospitaliers lors des jours fériés et des longs week-ends associés (« ponts »), notamment autour du 14 Juillet ou du 15 août, constitue un enjeu particulièrement fort et complexe. Afin d'assurer la continuité des soins lors de ces périodes, les établissements peuvent mobiliser l'intégralité des dispositifs de rémunération ouverts par la réglementation, y compris la survalorisation de la rémunération des heures supplémentaires, étendue à l'été.

Soutenir les équipes de psychiatrie et de maternité de la chaîne de soins non programmés en accordant le bénéfice de la prime de risque aux centres d'accueil et de crise (anciennement urgences psychiatriques) et aux urgences gynéco-obstétricales

L'Etat réunira, dès le mois de juillet, l'ensemble des parties prenantes pour déterminer les modalités concrètes de l'extension, d'ici l'automne, de l'indemnité forfaitaire de risque bénéficiant aux personnels exerçant au sein des services d'accueil des urgences (SAU) et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), aux services d'urgences psychiatriques et d'urgences gynécologiques. Ce travail visera à mieux reconnaître la situation des centres d'accueil de crise en psychiatrie, ou encore des urgences gynécologiques, qui peuvent faire face aux mêmes difficultés que les services d'urgence autorisés.

Appliquer les rémunérations forfaitaires des médecins urgentistes prévus par la réglementation à l'ensemble des services d'urgence privés mettant en œuvre des gardes

Afin d'assurer une répartition de la charge PDSES des structures d'urgence (SU), il est préconisé d'appliquer les modalités de rémunérations forfaitaires sur le FIR propres aux professionnels libéraux à l'ensemble des urgentistes privés réalisant des gardes pour assurer le fonctionnement de ces services.

L'application de l'article 1er de l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique, permet en effet l'indemnisation sur le FIR des médecins des établissements privés titulaires d'une autorisation de médecine d'urgence.

Ces rémunérations doivent répondre aux montants et conditions de versement prévus par l'arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé.

Ces indemnités forfaitaires sont cumulables avec les suppléments s'appliquant entre 20h et 00h créés pour rémunérer les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (SUF : 20h -22 h ; SUN 22h – 8h).

Ce faisant, le FIR sera abondé en 3^{ème} arrêté 2022 afin de prendre en compte cette rémunération des médecins urgentistes libéraux effectuant des gardes dans ces services.

Il vous est demandé d'établir un état des lieux des lieux des urgences privées financées sur le FIR à ce jour et de chiffrer l'impact de l'application des rémunérations forfaitaires PDSES sur le FIR des médecins urgentistes libéraux, prévues par les arrêtés précités.

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

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 services des urgences.

Il est préconisé dès lors, dès cet été, 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).

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

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, relayé par la cellule d'orientation, doit être assurée en permanence par un référent médical au sein des services concernés.

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.

Un suivi du nombre d'appels et d'admissions directes dans les services hospitaliers devra être mis en place afin de suivre, d'évaluer et de faire évoluer le dispositif.

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

Afin de diminuer la pénibilité de l'exercice en services d'urgences (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, il est demandé aux ARS 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.

Dans le cadre de ces priorités, les postes de dépenses énumérés par l'instruction du 14 décembre 2021 précités demeurent des axes pertinents pour la mise en place de ces dispositifs, en particulier lorsqu'ils sont susceptibles d'apporter une réponse dès l'été 2022 au besoin de fluidification de la gestion des lits d'aval.

Un accompagnement financier de 35 millions d'euros d'aides à la contractualisation non reconductibles pour l'exercice 2022, seront versés dans le cadre de la deuxième circulaire budgétaire en septembre 2022.

Ces crédits sont répartis entre régions en fonction de la combinaison des deux critères suivants :

- Poids de la population régionale ;
- Taux de recours à l'hospitalisation en médecine de la population, pondéré par le nombre de lits de médecine par habitant.

Répartition des crédits AC non reconductibles par région concernant les crédits de gestion des lits – délégation en C2 2022

Région	Montants délégués 2022
01-Guadeloupe	360 250 €
02-Martinique	384 828 €
03-Guyane	354 733 €
04-La Réunion	602 955 €
11-Ile de France	5 902 036 €
24-Centre-Val de Loire	1 422 745 €
27- Bourgogne Franche Comté	1 538 861 €
28- Normandie	1 753 195 €
32- Hauts de France	3 054 587 €
44-Grand Est	2 791 921 €
52-Pays de Loire	1 994 565 €
53-Bretagne	1 790 509 €
75-Nouvelle Aquitaine	3 026 022 €
76-Occitanie	2 930 723 €
84-Auvergne-Rhône Alpes	3 944 256 €
93-Provence Alpes Cote d'Azur	2 581 044 €
94-Corse	385 600 €
Mayotte	181 170 €
TOTAL	35 000 000 €

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

Le dispositif de l'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.

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.

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.

Afin de faciliter le recours au dispositif HT-SH pendant la période estivale 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 et son caractère temporaire pendant la période estivale 2022 ;
- 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.

Des crédits ont été alloués aux ARS à hauteur de 24 millions d'euros en financement complémentaire au titre de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation dans le cadre de la circulaire budgétaire des établissements et services médico-sociaux du 12 avril 2022.

Améliorer le recours à l'hospitalisation à domicile, notamment par l'évaluation HAD systématique à l'entrée en EHPAD et le développement de l'HAD comme alternative à l'UHCD (implantation d'un personnel de liaison HAD au SU)

L'HAD constitue un levier pour éviter les hospitalisations des résidents d'ESMS et les hospitalisations via les urgences. Elle constitue également une solution d'aval mobilisable par le champ MCO, en particulier en période de tension hospitalière. La réactivité de sa mise en œuvre est fonction, entre autre, de son anticipation par les prescripteurs.

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 urgences des résidents.

Dans le champ sanitaire, les coopérations fondées sur l'implantation de personnel de liaison appartenant à l'HAD au sein structures d'urgences des établissements 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.

Modalités de suivi :

Pourcentage de patients admis en HAD post SU (dont UHCD) ;

Pourcentage de résidents d'EHPAD bénéficiant d'une évaluation HAD « ex/ante ».

5) Poursuivre le soutien aux établissements de santé par la prolongation de la garantie de financement jusqu'à la fin de l'année 2022

Afin de soutenir les établissements de santé faisant face à des perturbations résultant des conséquences durables de la crise sur leurs activités et leurs ressources, la **garantie de financement, déjà en place depuis le début de la crise sanitaire Covid, est prolongée jusqu'au 31 décembre 2022.**

Ce dispositif dérogatoire au droit commun du financement des établissements de santé poursuit un triple objectif :

- Eviter tout risque de rupture de trésorerie pour les établissements de santé dont l'activité serait perturbée par la crise sanitaire et ses impacts durables sur leur fonctionnement ;
- Sécuriser le financement des établissements et leur donner une visibilité budgétaire ;
- Permettre aux établissements de se consacrer pleinement à la prise en charge des patients.

Les dispositions de mise en œuvre du dispositif prévues par l'arrêté du 10 mai 2022 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de covid-19 pour l'année 2022 seront ajustées en conséquence

Les ARS devront rapidement préparer le retour à la tarification de droit commun au 1^{er} janvier 2023 en veillant notamment à suivre attentivement l'évolution de l'activité des établissements de santé sur le second semestre 2022.

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