



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MA SANTÉ 2022 UN ENGAGEMENT COLLECTIF

GROUPE DE SUIVI DU PACTE DE REFONDATION DES URGENCES

19 décembre 2019

PACTE de
refondation
des **urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

- ❖ Présentation des recommandations du rapport de T. Mesnier et P. Carli
- ❖ Mise en œuvre en région : actions de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes pour fluidifier l'aval des urgences
- ❖ Point d'avancement de la mise en œuvre du pacte de refondation des urgences



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

PACTE de refondation des **urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

**PRÉSENTATION DES RECOMMANDATIONS DE
LA MISSION DE T. MESNIER ET P. CARLI**

La méthodologie et le constat

Méthodologie de la mission



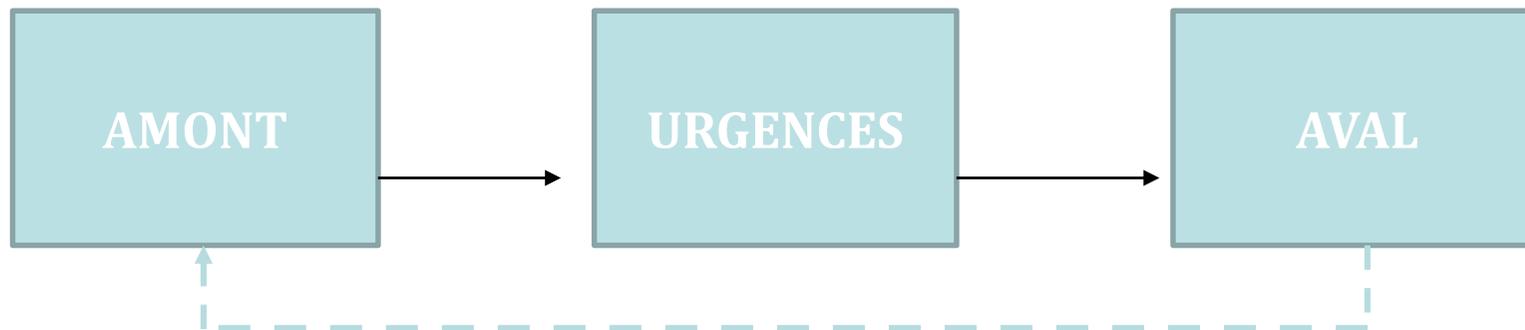
- ✓ **Auditions nombreuses**
- ✓ **Déplacements variés, dans des établissements de santé de toutes tailles, au sein des zones urbaines et rurales**
- ✓ **Remontées d'informations en provenance des ARS afin de rendre compte de pratiques locales diversifiées**
- ✓ **Réception de contributions très riches, en provenance de nombreux acteurs**

Structuration du rapport (1/2)

TOME 1

= ensemble des pistes de réflexion pour participer à la refondation des urgences, ayant conduit au Pacte annoncé en septembre 2019

= une approche globale et séquentielle afin d'aborder les trois segments interdépendants de la prise en charge des urgences



Structuration du rapport (2/2)

TOME 2

Trois mesures du Pacte

- L'organisation du SAS
- La gradation des structures d'urgences
- La réforme des transports médicalisés

Deux sujets complémentaires

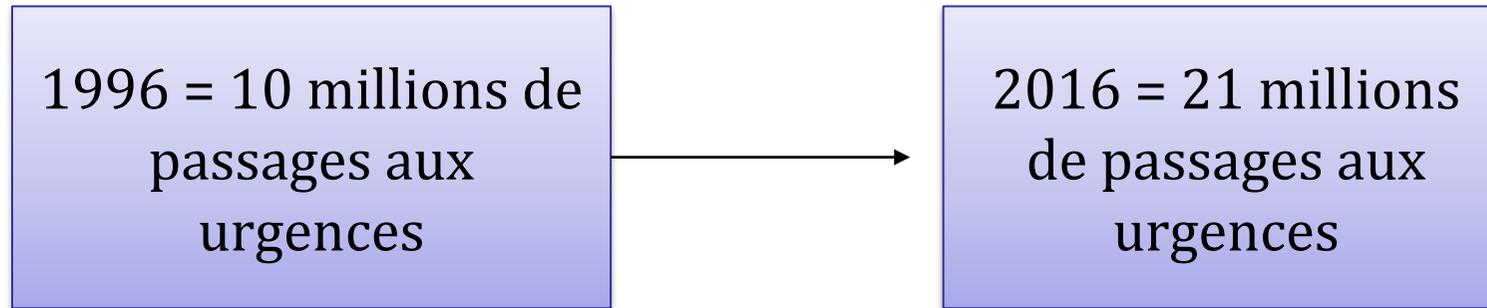
- La formation des médecins urgentistes
- Les permanences d'accès aux soins de santé

= Axes de développement voulus par la ministre à la présentation du Pacte

Principaux constats (1/2)

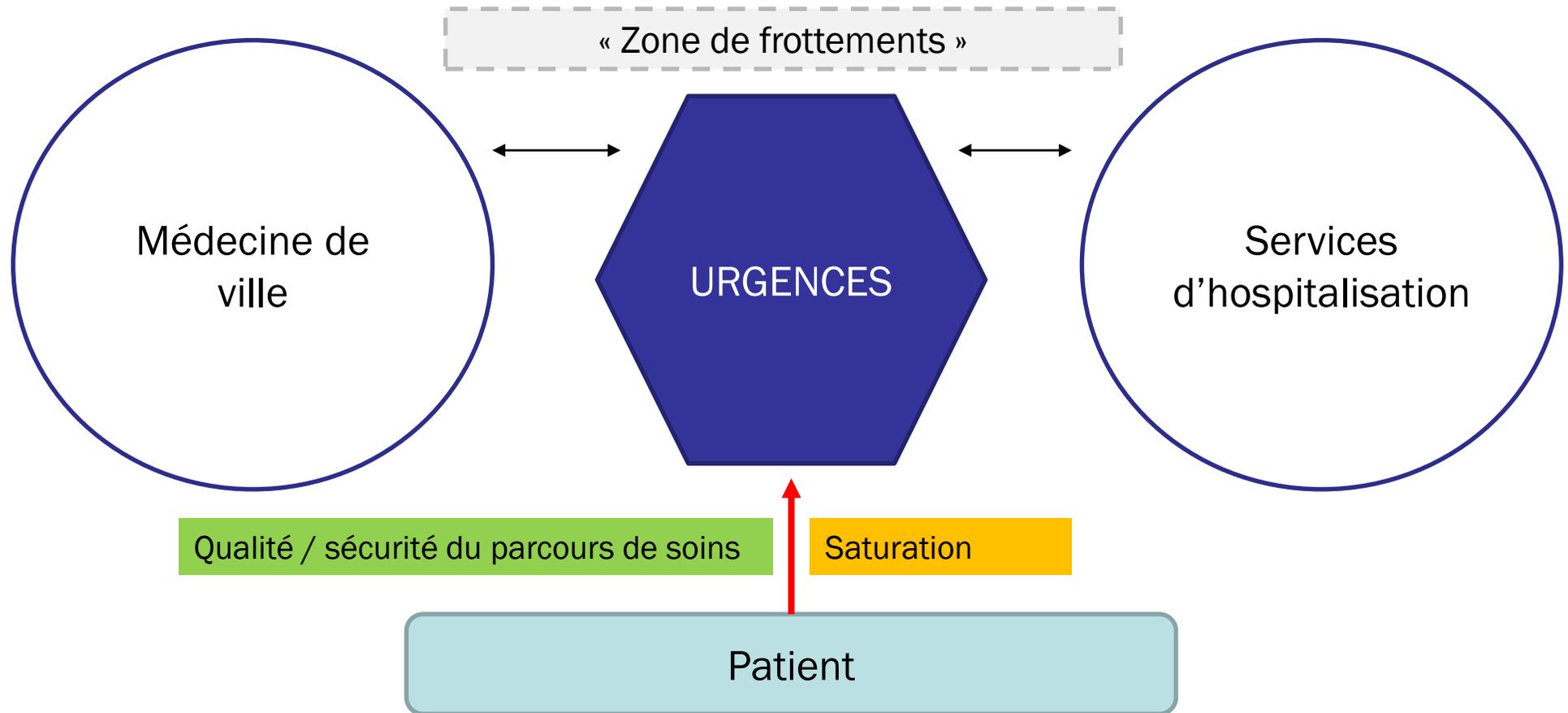
Les symptômes du malaise sont connus de tous

- augmentation des passages aux urgences



- hausse des temps d'attente
- difficultés d'hospitalisation en aval des urgences
- mécontentement des patients et des personnels, dont certains sont en grève depuis plusieurs mois, voire démissionnent
- glissement progressif des tâches en amont de l'hôpital vers les services d'urgence
- augmentation des agressions à l'encontre du personnel, etc.

Principaux constats (2/2)



Ce consensus permet de bénéficier d'une base solide pour construire des pistes d'amélioration prenant la forme d'une « boîte à outils » afin de traiter le problème le plus efficacement et rapidement possible



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

PACTE de refondation des **urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

**PRÉSENTATION DES RECOMMANDATIONS DE
LA MISSION DE T. MESNIER ET P. CARLI**

Le service d'accès aux soins (SAS)

« J'ai fait du service d'accès aux soins (SAS) la clé de voûte de cette refondation des urgences. Je souhaite que, dès l'été 2020, tous les Français puissent disposer d'un service apportant à toute heure une réponse à toute demande de soins ou toute question sur sa santé. »

Le SAS permettra à chacun d'accéder à distance, de manière simple et lisible, à un professionnel de santé qui pourra lui fournir un ensemble de réponses allant du conseil à la téléconsultation, en passant par l'orientation, selon l'état de santé de chacun, vers une consultation sans rendez-vous ou un service d'urgences avec déclenchement d'un SMUR ou un autre vecteur le cas échéant. Ce service sera fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les libéraux et les professionnels de l'urgence hospitalière, en lien avec les services de secours.

L'objectif et le calendrier sont ambitieux, mais nécessaires au vu des enjeux, pour les professionnels des urgences comme pour les patients. Une expertise approfondie sur les scénarios d'organisation et les missions de cette plateforme doit être menée au plus vite, pour permettre son déploiement à l'été 2020.

Plusieurs options sont en effet possibles notamment en matière d'accès téléphonique au SAS et de modalités de traitement des appels et les organisations territoriales pourraient, sous couvert d'un guichet lisible à l'utilisateur, varier dans leurs choix d'organisation. Des expertises techniques approfondies et des concertations nourries étaient donc encore nécessaires pour définir le périmètre et l'organisation du SAS.

Deux mois pour une équipe projet

- **Docteur Laurent BRECHAT**
- **Docteur Patrick GOLDSTEIN**
- **Docteur Alain PROCHASSON**
- **Madame Vanessa SOLVICHE**

Un changement de paradigme

Ne parlons pas que de permanence de soins

Ne parlons pas que de gardes

Ne parlons plus d'opposition entre la ville et l'hôpital

Ne parlons pas que de « docteurs »

Allons vers une nouvelle organisation professionnelle et collaborative de la réponse aux demandes de soins non programmés ambulatoires 24h/24 et tous les jours de la semaine

Un changement de paradigme

Alors on a écouté beaucoup

- Le présent et le futur
- L'ensemble des partenaires
- Et les usagers

Paroles d'usagers

- ❑ Défaut de compréhension du système de santé
- ❑ Mésusage du système de santé
- ❑ Trop de structures sont créées sans information du grand public sur leurs objectifs, sur leur organisation et sur leur modalité de prise en charge



Faites nous quelque chose de simple, après c'est votre affaire



**Principe du guichet unique
Urgence santé**

Conduite de projet

- ❖ Une conduite de projet consensuelle entre « la ville et l'hôpital »
Table rase du passé, construisons l'avenir
- ❖ Une analyse des flux d'urgence téléphonique sur les plateformes de réception



Santé > police + pompiers

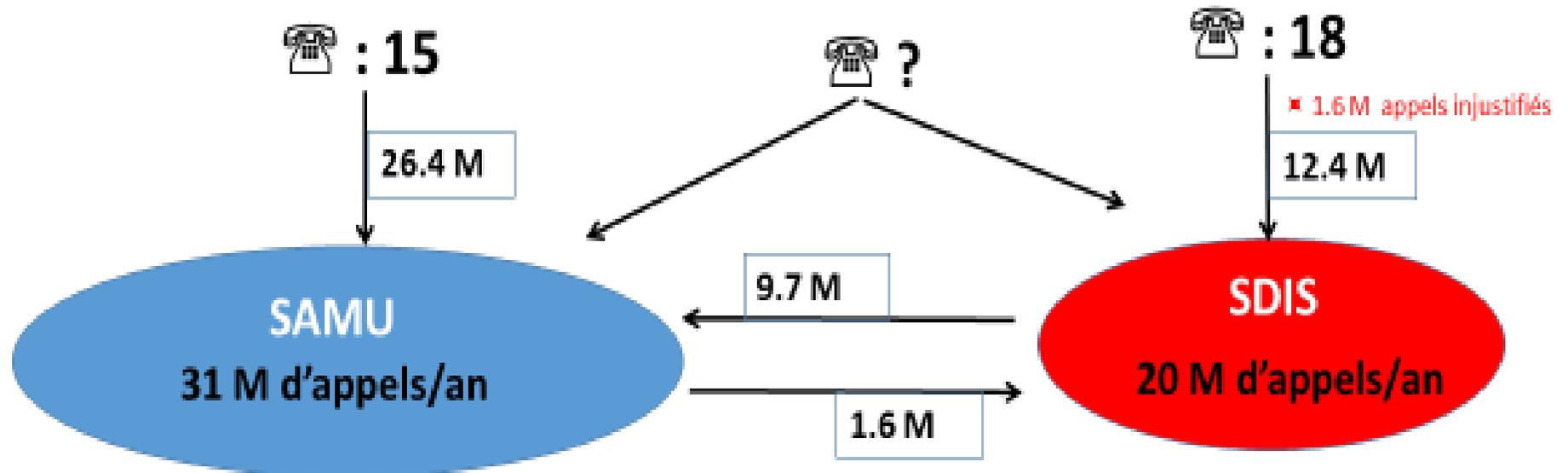
15 > 18 + 17



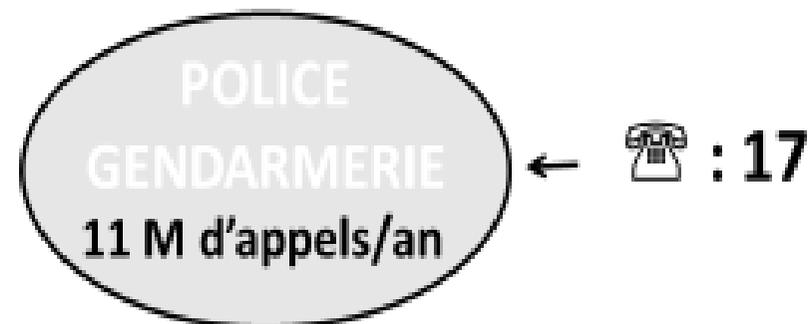
Émergence d'une individualisation d'un flux santé au travers d'un numéro dédié qui n'est plus...

Qui n'est pas...

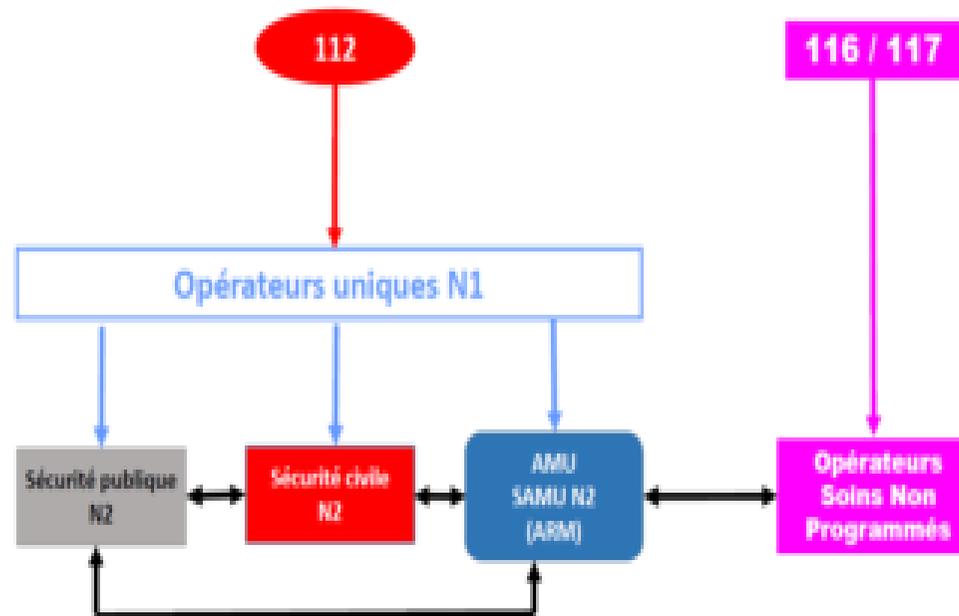
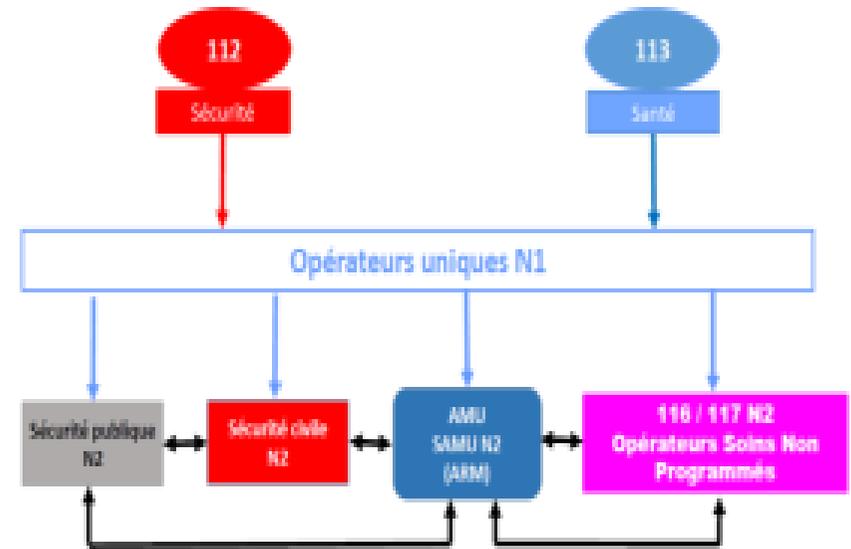
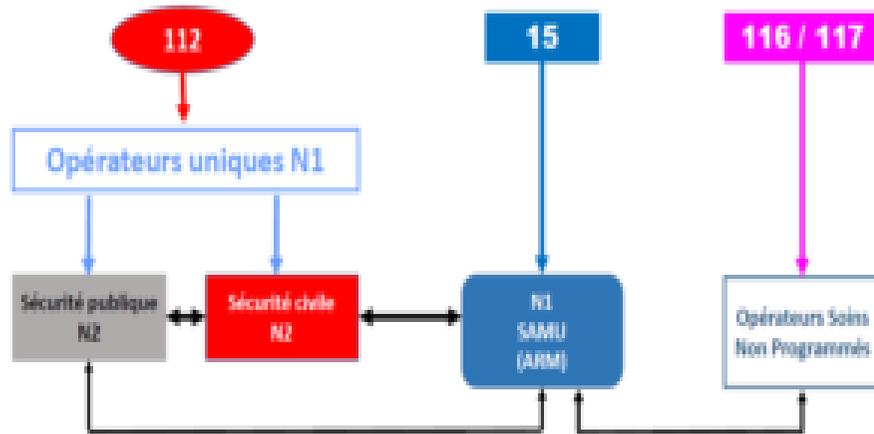
Sur les 50 millions d'appels réels d'urgence effectués par la population chaque année auprès de tous les numéros d'appels, 36 millions (73%) concernent le Samu.



La population a majoritairement recours au Samu lorsqu'elle a besoin de secours^[1] :



^[1] Rapport IGA/IGAS sur l'évaluation du fonctionnement du Centre National Relais (CNR 114), octobre 2017.

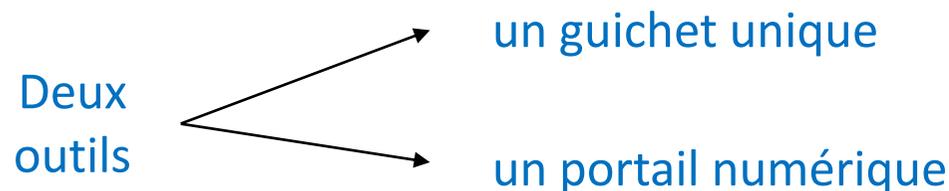


Le principe

- Un guichet unique
- 90 % des appels gérés en moins de 30 secondes
- Un niveau métier qualifié dès la réception d'appel ARM
- De nouveaux métiers au cœur de la plateforme, IPA, opérateur de soins non programmés

MAIS ATTENTION, il ne s'agit pas

- De se substituer au médecin traitant
- Ni d'occulter les autres partenaires de l'organisation de la médecine non programmée ambulatoire



Avis de France Assos Santé

Mission SAS

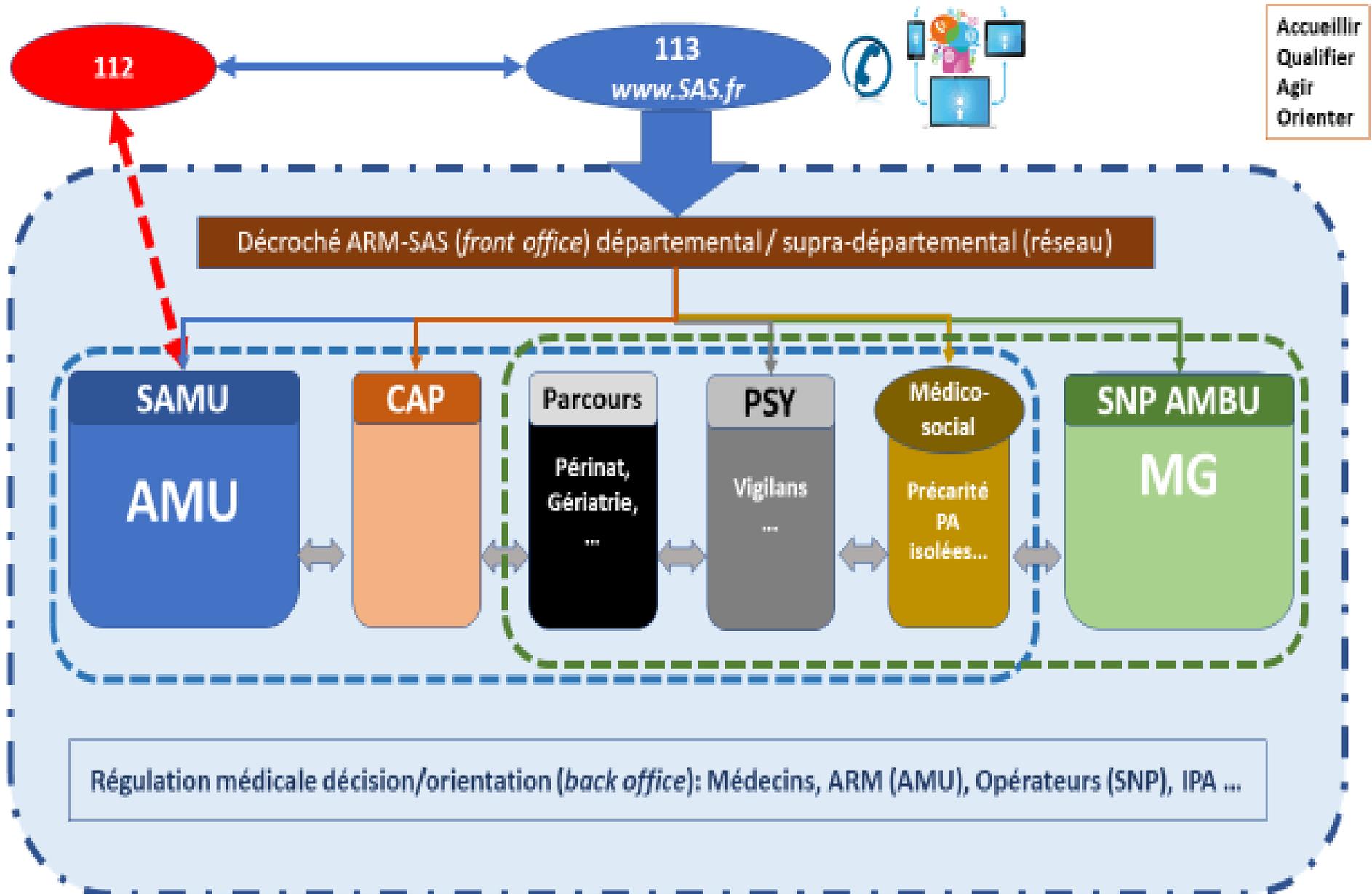
Paroles d'usagers 2

Sur la philosophie globale du SAS présentée par la mission : un avis favorable pour le numéro santé

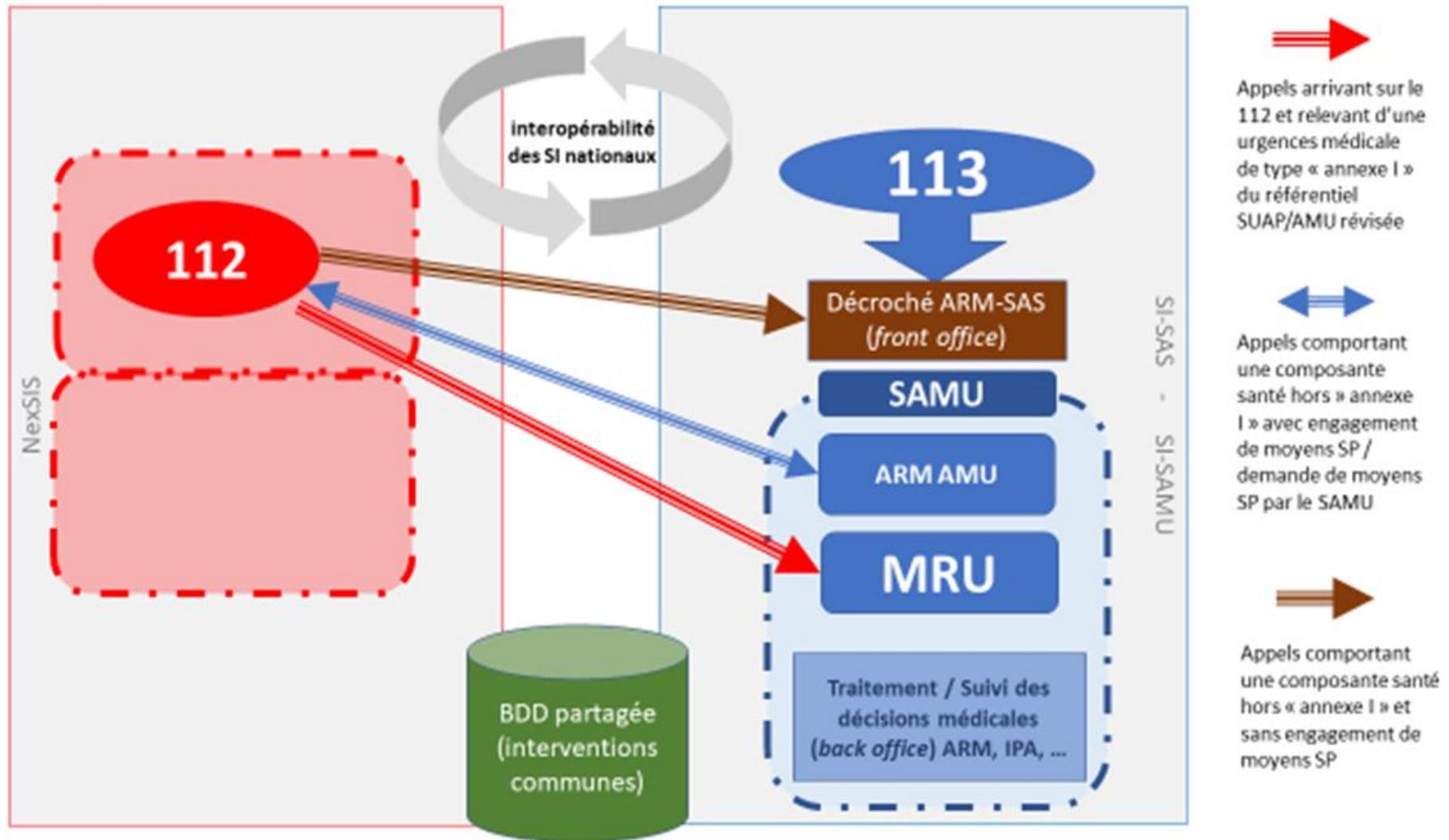
France Assos Santé est favorable aux propositions de configuration envisagées par la mission. Il nous semble que les schémas d'organisation présentés (front office/back office) modifient en profondeur l'organisation des soins non programmés pour faire face à une demande sociétale forte. L'unicité du numéro (113) ainsi que le nom (« urgences santé ») semble être en mesure d'apporter plus de lisibilité par rapport au système actuel.

France Assos Santé contre un numéro unique de gestion de toutes les urgences (y compris non médicales)

En revanche, nous ne sommes pas favorables à la mise en place d'un numéro unique gérant toutes les urgences (15, 17, 18, etc.) tel que pensé aux USA avec le « 911 ». L'appréciation d'une situation pour un incendie ou un problème de sécurité publique ne nous semble pas du même ressort que pour l'appréciation d'une situation médicale. Néanmoins, ces numéros d'urgence doivent être interconnectés (avec des processus communs pour gagner du temps et de la cohérence) pour faciliter le transfert d'informations entre les différents opérateurs.



Des relations 112 / 113 renforcées et modernisées



Médecine générale

Le SAS

❖ Des nouveaux facteurs clés de succès



❖ De nouveaux outils en phase avec leur époque

- ✓ **Agendas partagés**
- ✓ Régulation médicale délocalisée
- ✓ Téléconsultation
- ✓

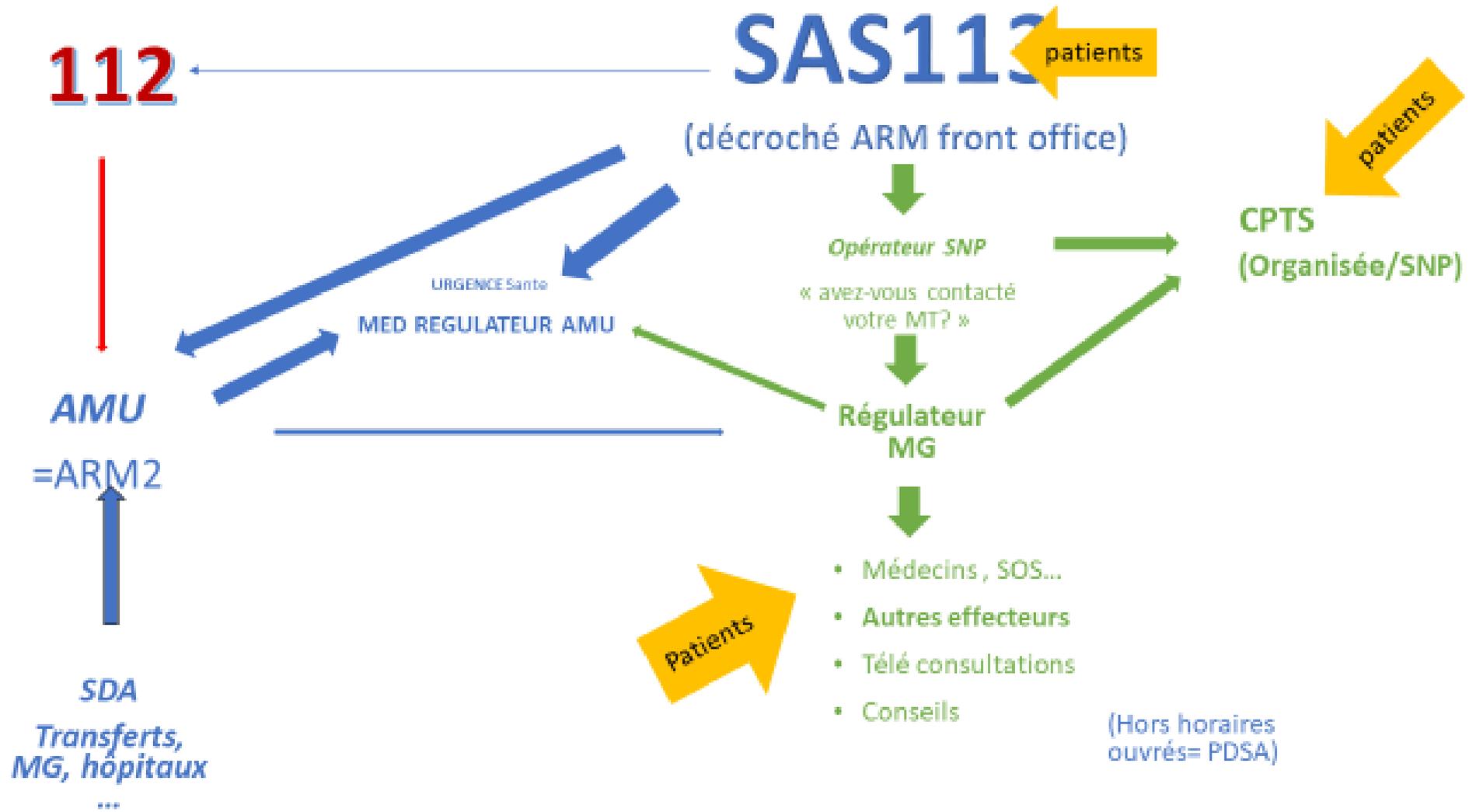
Information – Éducation

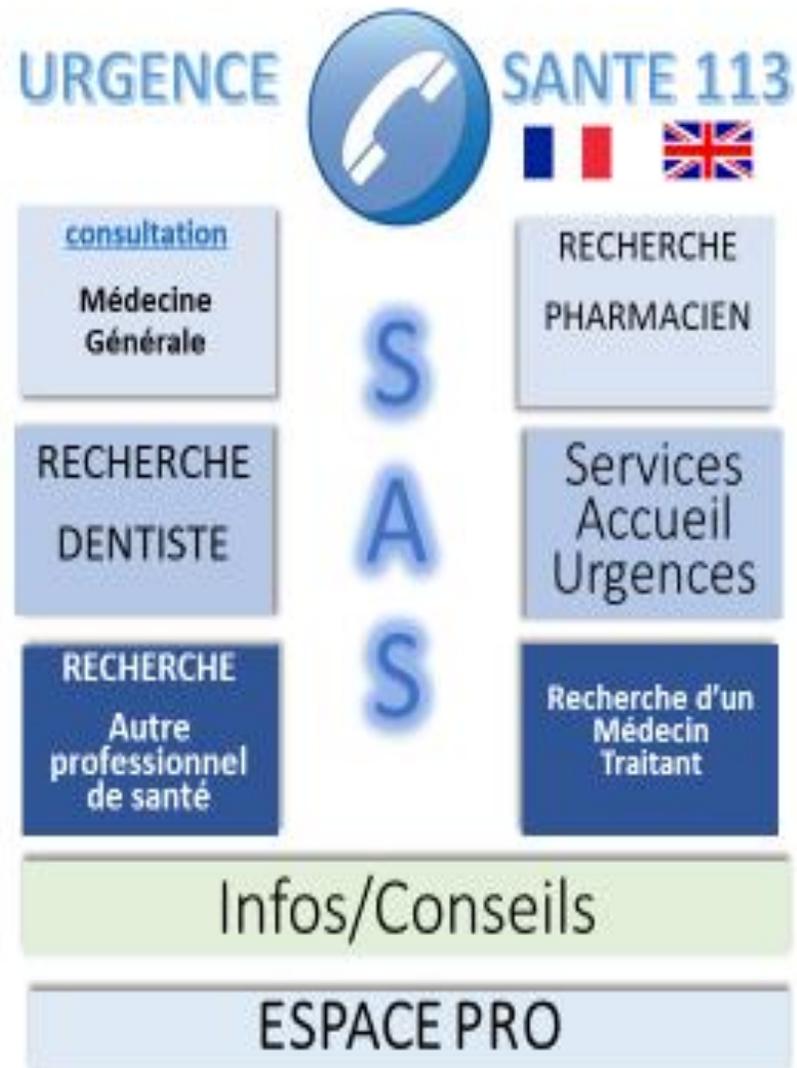
Santé = 113

APPLICATION / SITE INTERNET

Médecin traitant / ESP / CPTS

Il faut inculquer durablement d'une part le réflexe « urgence santé » avec le 113 et d'autre part les règles de bonne utilisation du système de soins dans les cas ne relevant pas de l'urgence.





DEMANDE CONSULTATION

CONTACTEZ EN PREMIER LIEU VOTRE MEDECIN TRAITANT

géolocalisation/ code postal

Secteur organisé CPTS/SNP?



Coordonnées MG ,
SOS,...



Absence de solutions



VOTRE MEDECIN TRAITANT



- Recherche par nom/ville



Agenda en ligne

- RDV possible avec son MT (ou téléconsultation...)?
- RDV avec un associé?(cabinet de groupe, ESP...)
- Renvoi sur l'organisation de réponse aux SNP de la CPTS

DEMANDE CONSULTATION

Pas de MT ou hors secteur

géolocalisation/ code postal

Secteur organisé CPTS/SNP?



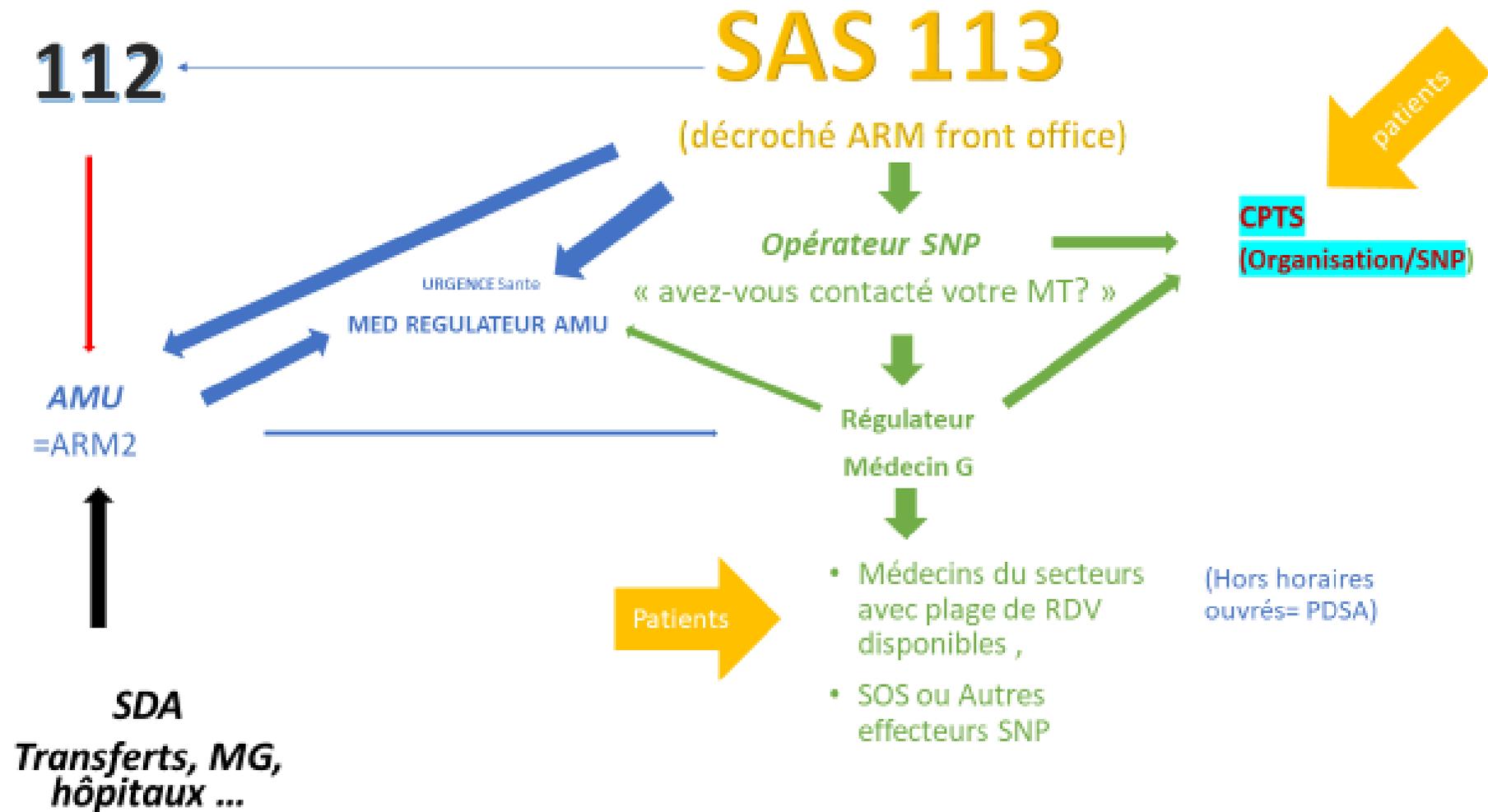
Coordonnées MG ,
SOS,...



Agenda en ligne

Absence de solutions





DEMANDE CONSULTATION
Pas de MT ou hors secteur
géolocalisation/ code postal

~~Secteur organisé CPTS/SNP?~~

~~Coordonnées MG,~~

~~SOS~~

Absence de solutions



Recherche pharmacie

Géolocalisation/code postal

Nécessite données actualisées



Espace pro

- ✓ Accès : ordinateur/ CPS puis accès mémorisé sur smartphone
- ✓ Permet de modifier ses informations professionnelles / tel, rdv Internet, organisation...
- ✓ Permet d'avoir accès à des numéros ou accès directs selon profession

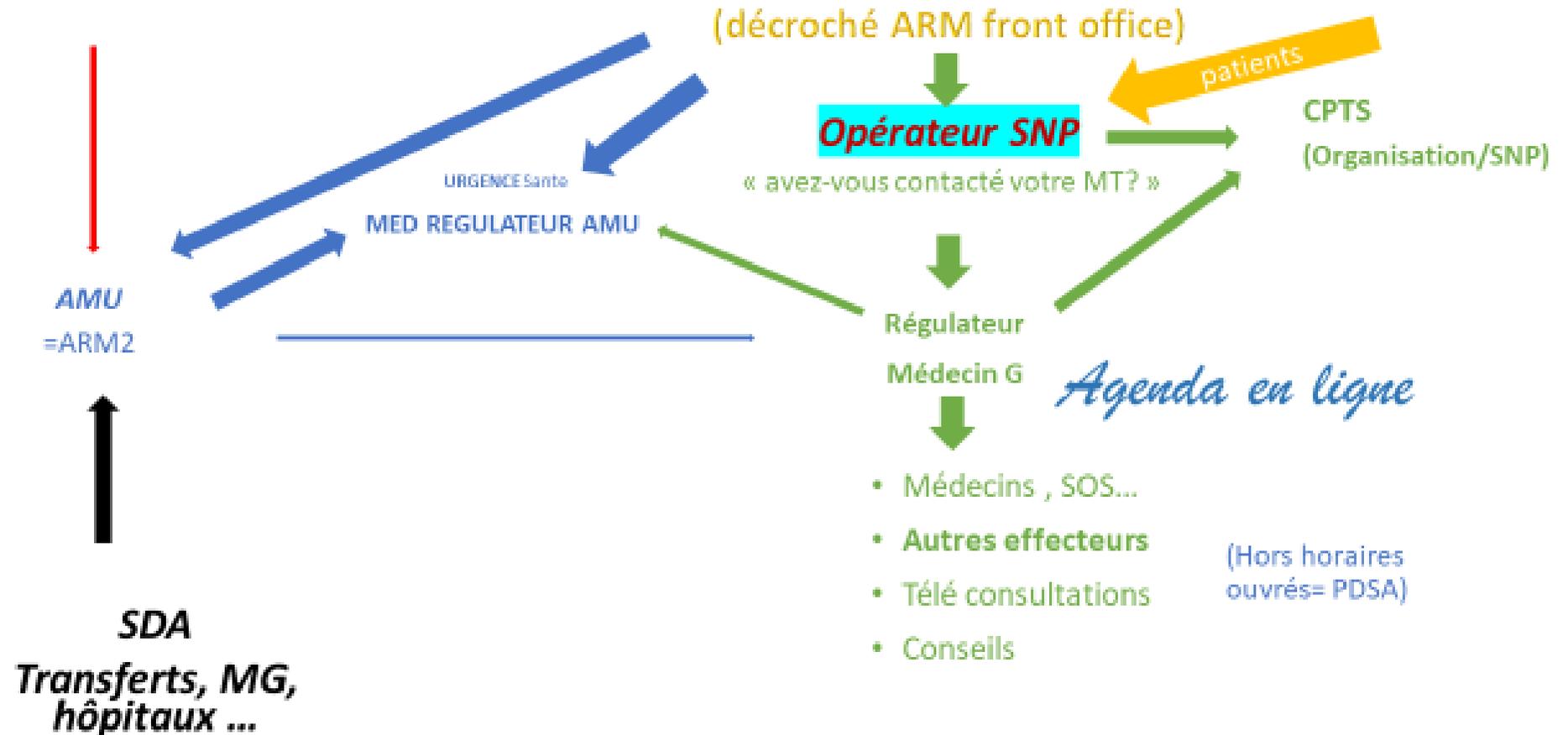
113

ACCÈS PRO DE SANTÉ



112

SAS113



Recherche MT

Géolocalisation/code postal

Informations sur médecin (secteur, tel, rdv Internet ...) , cabinet, ESP, MSP, CPTS



Les conditions du succès

Il y en a beaucoup mais avant tout une volonté partagée de construire

- Le SAS ce n'est pas l'hôpital
- Le SAS ce n'est pas le SAMU
- Le SAS ce n'est pas la médecine ambulatoire

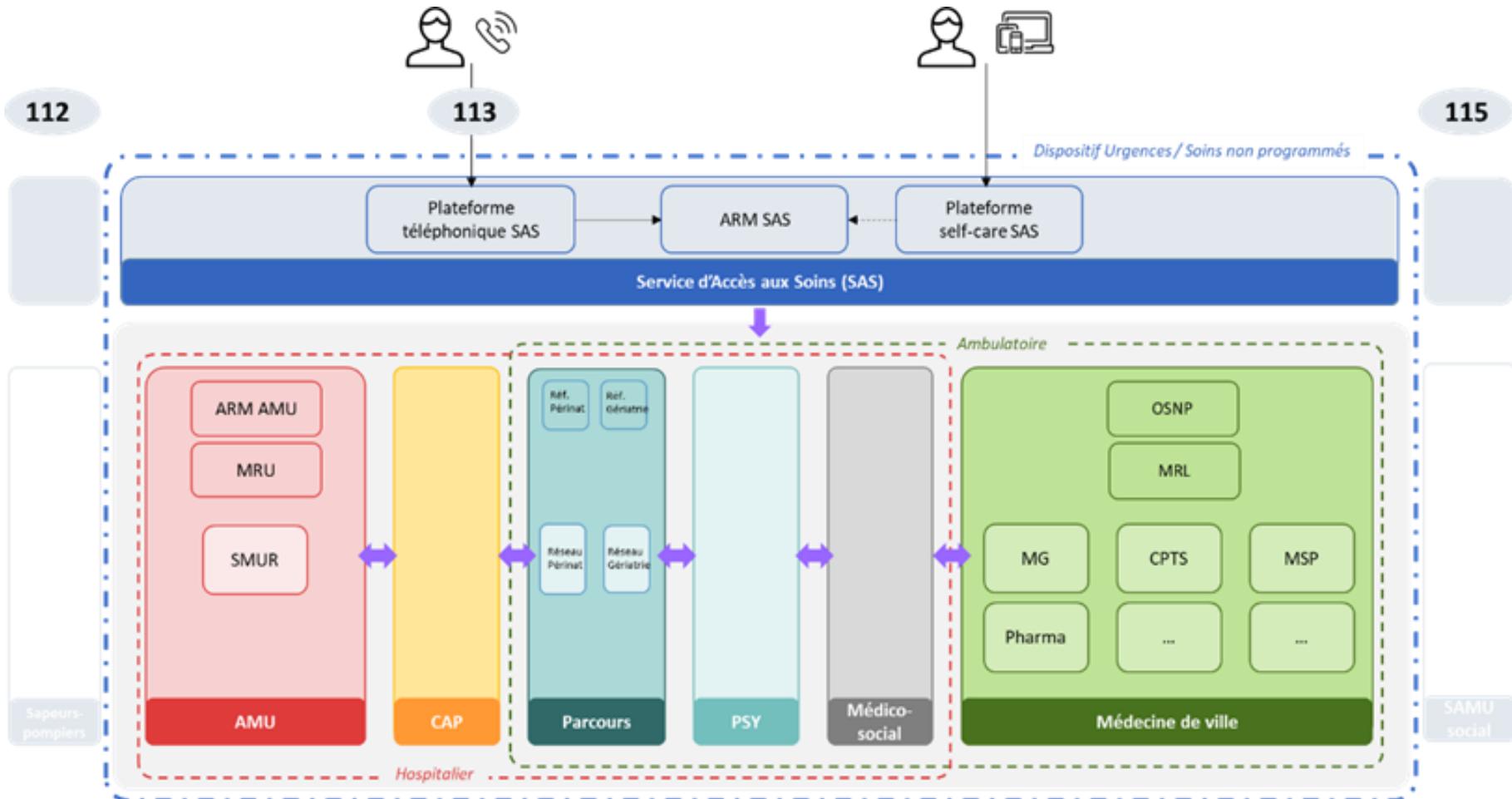
Le SAS c'est une

- Co-construction
- Co-direction
- Co-évaluation
- Co-gestion

Une gouvernance partagée

Un calendrier ambitieux

Les conditions du succès



Les conditions du succès

- Une communication et information copilotée par les MG concernant l'utilisation du système de soins centrée sur le MT, les MG, les ESP et les CPTS ;
- Une plateforme numérique santé NATIONALE en partenariat avec la médecine ambulatoire permettant aux patients de s'orienter dans le respect du parcours de soins ;
- Une régulation dont le front office sera cogéré par la médecine ambulatoire et l'AMU et dont le bras ambulatoire aura une totale autonomie, financière comme organisationnelle, déclinée par un modèle de financement conventionnel ;
- Un affichage très clair impliquant le respect des champs d'action de chacun dans la réponse : AMU qui est hospitalière et coordination des soins non programmés par les CPTS



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

PACTE de refondation des **urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

**PRÉSENTATION DES RECOMMANDATIONS DE
LA MISSION DE T. MESNIER ET P. CARLI**

Autres mesures approfondies par la mission

Gradation des structures d'urgence

Gradation des structures d'urgence

1

Recentrer les structures d'urgence sur le cœur de métier et garantir une réponse adaptée aux patients dans leur prise en charge

2

Réviser l'architecture des structures d'urgence en intégrant l'antenne de médecine d'urgence dans le dispositif

Gradation des structures d'urgence

3

Définir les modalités d'implantation, d'organisation et de fonctionnement des antennes de médecine d'urgence

4

Réviser le régime des autorisations de l'ensemble du dispositif Urgence pour l'adapter à la nouvelle architecture

Gradation des structures d'urgence

5

Prévoir le corpus d'accompagnement de mise en place de l'antenne

Réforme des transports médicalisés

Réforme des transports médicalisés

1

Améliorer la connaissance de l'organisation et de l'activité des TIIH urgents au niveau national en effectuant des remontées d'informations

2

Distinguer les TIIH relevant du transport urgent régulés par le Samu-Centre 15 et utilisant des moyens SMUR, de l'activité des TIIH ne relevant pas de l'aide médicale urgente

Réforme des transports médicalisés

3

Généraliser les TIH afin de développer les transports paramédicalisés entre établissements de santé et encadrer cette possibilité par des protocoles visant à déterminer clairement ses modalités d'activation et de réalisation tout en garantissant la sécurité de la prise en charge

4

Doter les TIH des outils nécessaires à l'élargissement de leur emploi, notamment la télémédecine embarquée, afin de faciliter les relations à distance avec le médecin régulateur du Samu-Centre 15 et le SMUR

Réforme des transports médicalisés

5

Développer un protocole de découplage de l'équipe d'intervention primaire du SMUR permettant, après la prise en charge sur place par le médecin en lien avec la régulation médicale du Samu-Centre 15, d'effectuer un transport paramédicalisé pour hospitaliser le patient

6

Encadrer au niveau national les réflexions et expérimentations portant sur l'utilisation des compétences paramédicales dans le cadre des interventions primaires

Formation des médecins urgentistes

Formation des médecins urgentistes

1

Établir des projections démographiques fines sur les dix prochaines années concernant les médecins urgentistes afin d'adapter le plus possible le nombre d'étudiants formés aux besoins

2

Adapter la maquette du DES de médecine générale pour prévoir un temps de régulation médicale (SAMU, régulation libérale, etc.), dans le contexte du futur déploiement du SAS

3

Adapter la maquette du DES de médecine d'urgence pour prévoir une expérience en médecine générale

Formation des médecins urgentistes

4

Déployer effectivement le régime de l'autonomie supervisée pour les internes de médecine d'urgence en fin de cursus

5

Créer une FST de médecine polyvalente afin d'encourager les parcours croisés entre médecine d'urgence et médecine polyvalente, spécialité positionnée en aval des urgences

6

Remplacer la capacité de médecine d'urgence en évaluant la pertinence d'une FST de Médecine d'urgence destinée aux médecins militaires en fonction de l'évolution du nombre d'inscriptions dans les années à venir

Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Permanences d'accès aux soins de santé

1

Réaffirmer l'obligation de la signature d'une convention entre PASS / CPAM pour fluidifier les relations

2

Identifier clairement le dispositif PASS au sein des établissements de santé et/ou des GHT et notamment des structures d'urgence avec une signalétique adaptée

3

Mettre en place un modèle d'allocation des ressources adapté

Permanences d'accès aux soins de santé

4

Identifier la structure PASS au sein de l'établissement de santé dans toutes ses dimensions : budget, effectifs dédiés, organisation et fonctionnement, orientations stratégiques...

5

Renforcer l'articulation et la coordination entre la PASS et la structure d'urgence de l'établissement de santé dans l'organisation de la prise en charge des personnes en situation de précarité

Permanences d'accès aux soins de santé

6

Actualiser le cahier des charges de 2013 en recentrant le rôle des PASS sur leurs missions fondamentales

7

Organiser et formaliser des échanges entre structures d'urgence et PASS pour parvenir à créer un travail collaboratif favorisant une orientation adaptée des personnes en situation de précarité



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

PACTE de refondation des **urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

**POINT D'AVANCEMENT
SUR LA MISE EN ŒUVRE DU PACTE**



REVUE GLOBALE D'AVANCEMENT SUR LE PACTE

Lancement du pacte de refondation des urgences

Installation de l'équipe-projet SAS

Groupe de suivi du pacte

Admissions directes : 1^{er} GT

Groupe de suivi du pacte et remise du rapport Mesnier-Carli

Lancement du comité national des coopérations interprofessionnelles

Réforme du financement : 1^{er} GT

Réforme des autorisations MU : GT

09/09

03/10

08/11

21/11

19/12

.../01

.../02

T1

IPA : 1^{er} GT

15/11

Groupe de suivi du pacte

.../02

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre 2019

Janvier 2020

Février

Mars

Pilotage du pacte
Travail avec les acteurs
Appui réglementaire
Délégations financières

05/11

Prime ARM : arrêté et décret JO

26/11

Réforme du financement : vote de la LFSS 2020

14/12

PC bilan radio IOA : arrêté au JO

.../02

Admissions directes

18/10

50 MMG : délégation financière (2,5 M€)

07/11

BJML : diffusion dans les ES

13/12

Prime de risque SU-SMUR : décret au JO

55

xx/12

Admissions directes et tiers-payant : délégations financières (10 M€ + 5 M€)

.../01

Equipes mobiles de gériatrie: cadrage missions

T1

PC sutures simples : publication si validation HAS

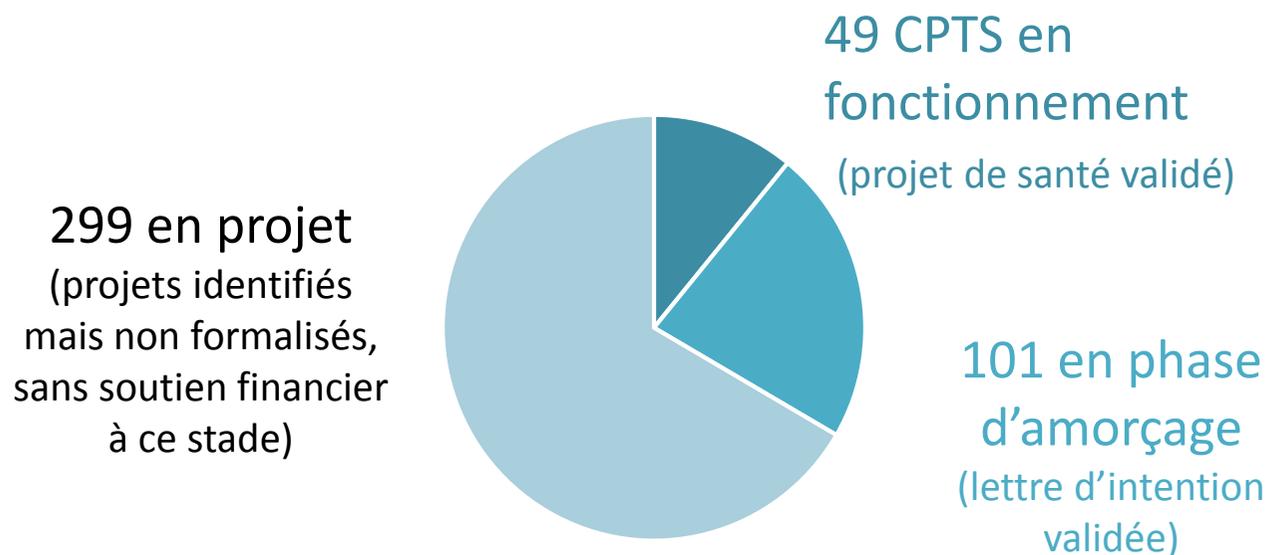
T1

Gestion de lits ou création de lits : délégation financière (35 M€)



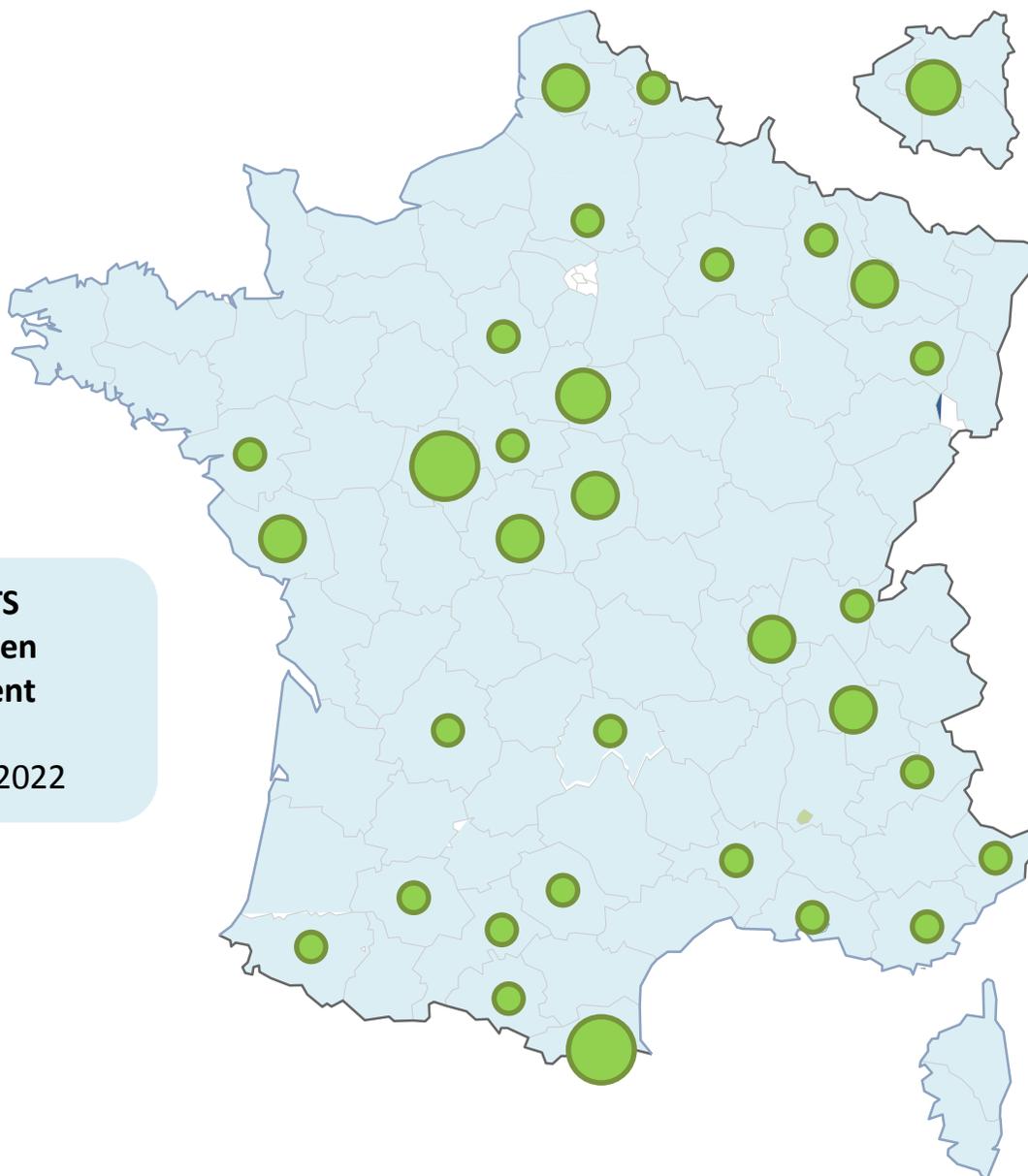
POINT D'ÉTAPE : DÉPLOIEMENT DES CPTS

	Indicateurs	Résultats	Cible année pleine 2022
Nombre de projets de CPTS	Projets de CPTS identifiés par les ARS	449 en novembre 2019 (200 en juin 2018)	1000 CPTS
Population couverte par un projet de CPTS	Nombre d'habitants couverts par une CPTS en projet ou en fonctionnement (estimation)	22 millions (estimation)	67 millions (couverture totale du territoire) en 2022

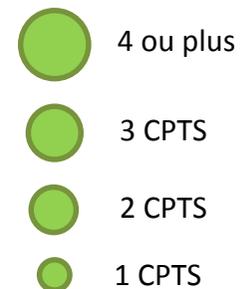




POINT D'ÉTAPE : DÉPLOIEMENT DES CPTS



CPTS en
fonctionnement



449 projets de CPTS
• Dont **49 CPTS en
fonctionnement**

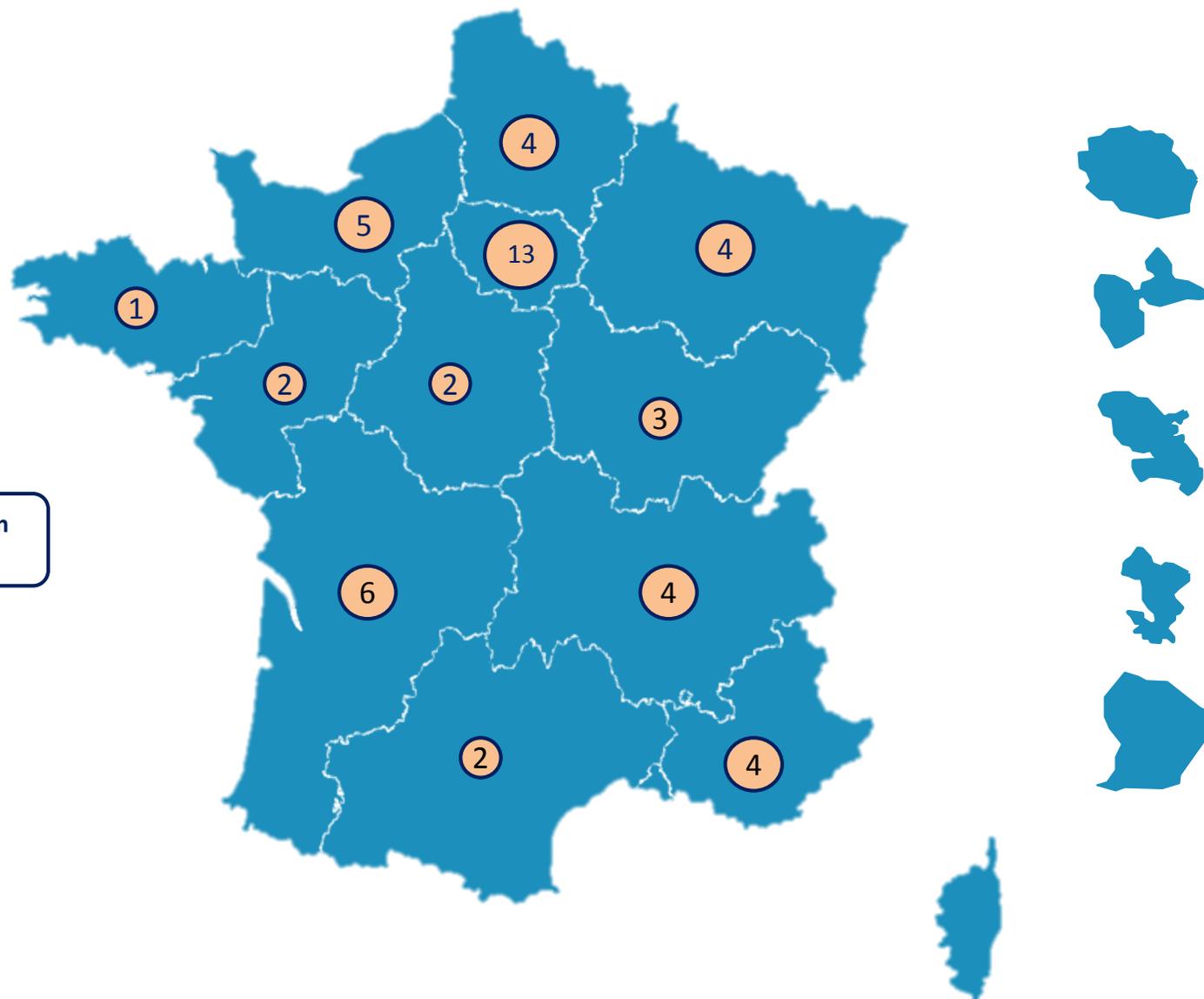
Objectif : 1000 en 2022

- 4 millions d'habitants
- 2025 communes couvertes
- 69 professionnels de santé libéraux en moyenne



POINT D'ÉTAPE : INSTALLATION DE NOUVELLES MMG À PROXIMITÉ DES SU À FORTE ACTIVITÉ

Objectif : 50 maisons médicales de garde (MMG) supplémentaires financées fin 2019



● Nombre de MMG par région financées en 2019 en plus



❑ RENFORCER ET RECONNAÎTRE LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS DES URGENCES

- ❑ Autorisation sur tout le territoire national par **arrêté du 29 novembre 2019** du protocole de coopération « *Évaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier ou l'infirmière organisateur de l'accueil, en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences* »
- ❑ Autorisation d'autres protocoles dans les prochaines semaines dès avis de la HAS : sutures de plaies simples par les infirmiers sur indication du médecin, prise en charge de pathologies simples par des professionnels non médecins, etc.
- ❑ Perception de la prime mensuelle de coopération de 100 € bruts pour tout personnel non médical de la FPH participant à la mise en œuvre d'un ou plusieurs protocoles

❑ MISE EN PLACE DU NOUVEAU DISPOSITIF SIMPLIFIÉ DES COOPÉRATIONS EN APPLICATION DE L'ARTICLE 66 DE LA LOI « MA SANTÉ 2022 »

- ❑ 3 décembre 2019 : approbation par délibération en Conseil d'État du décret définissant les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération
- ❑ Janvier 2020 : mise en place du comité national des coopérations interprofessionnelles
- ❑ Lancement d'appels à manifestation d'intérêt pour de nouveaux protocoles nationaux après concertation avec les professionnels, les ordres et les CNP



POINT D'ÉTAPE : ADMISSIONS DIRECTES DES PERSONNES ÂGÉES

- ❑ Objectif : développer des parcours structurés d'admissions directes non programmées en services d'hospitalisation pour **réduire les passages aux urgences évitables des personnes âgées.**

- ❑ **1^{ère} étape : Fin 2019 - début 2020**
- ❖ **Une définition partagée de ces parcours**
 - ❖ 1^{ère} réunion du GT le 21 novembre : définition des critères, des acteurs et des conditions de mise en œuvre de ces parcours
 - ✓ 2^{ème} réunion du GT le 8 janvier : finalisation de la définition des fonctions-clés de ces parcours et des conditions de mise en œuvre
 - ⇒ **Instruction prévue pour février 2020**
- ❖ **Un premier financement de 10 M€ en 3^{ème} circulaire budgétaire 2019** fondé sur les passages aux urgences des personnes âgées afin d'amorcer cette structuration permettant de soutenir des actions contribuant à ces parcours (numéro d'accès direct, structuration des filières gériatriques, formation aux gestes urgents et appel au 15 en EHPAD, etc.).

- ❑ **2^{ème} étape : 2020**
- ❖ Des travaux de mise en place des conditions nécessaires à la **construction d'un financement à la qualité** de ces parcours
- ❖ **Un 2^{ème} financement engageant les acteurs sur les territoires** sur la base d'un travail et d'une contractualisation des ARS – un appui de l'ANAP et de la certification V2020
- ❖ **Des travaux afin de soutenir ces parcours à destination des CPTS et des EHPAD**



- ❑ **Les principes de la réforme du financement des urgences ont été actés dans le PLFSS 2020** voté au Parlement : article 36
 - Une dotation populationnelle, répartie entre les régions en tenant compte des caractéristiques de la population, des territoires et de l'offre de soins au sein de chaque région
 - Des facturations à l'activité tenant compte de l'intensité de la prise en charge
 - Une dotation complémentaire pour les établissements qui satisfont à des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge
 - Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021

- ❑ **Des groupes de travail vont être lancés dès début 2020** et tout au long de l'année pour préciser l'ensemble des éléments nécessaires à la mise en œuvre de ce nouveau modèle de financement.



POINT D'AVANCEMENT SUR LE PACTE : AUTRES MESURES

- IPA : **groupes de travail** réunis depuis novembre 2019. Les échanges se poursuivent avec les professionnels en vue de consolider les attendus en ce qui concerne les compétences et les domaines d'intervention. Puis nécessité de préciser le référentiel activité-compétences et le référentiel de formation
- Équipes mobiles de gériatrie intervenant sur les lieux de vie des personnes âgées : travaux du groupe sont finalisés, diffusion d'un cadre d'orientation précisant les missions, les modalités d'intervention et les indicateurs d'évaluation en janvier
- Prime de risque : publication au **JO du 13 décembre 2019** du décret élargissant les conditions d'attribution, pour résoudre certaines difficultés apparues à l'été
- Tiers-payant dans les MMG : Une **délégation financière de 5 M€** va être faite dans le cadre de la **3^e circulaire de délégation budgétaire 2019** pour accompagner l'équipement des médecins libéraux en terminaux mobiles et permettre le dispositif.
- BJML : L'indicateur a été **mis à disposition des établissements**.
- Gestion des lits : Un financement sera attribué dès la **première circulaire budgétaire 2020** pour favoriser le déploiement des dispositifs ou la création de lits là où l'analyse territoriale aurait fait apparaître un besoin.
- PASS: des crédits supplémentaires sont délégués fin 2019 et début 2020
- Urgences pédiatriques et urgences psychiatriques: nécessité de travaux et mission Pédiatrie



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

PACTE de refondation des **urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

MISE EN ŒUVRE EN RÉGION
ARS AUVERGNE-RHÔNES-ALPES

« 3 Briques »

Anticiper

- **Déploiement du BJML**

Veiller

- **Outil HET**

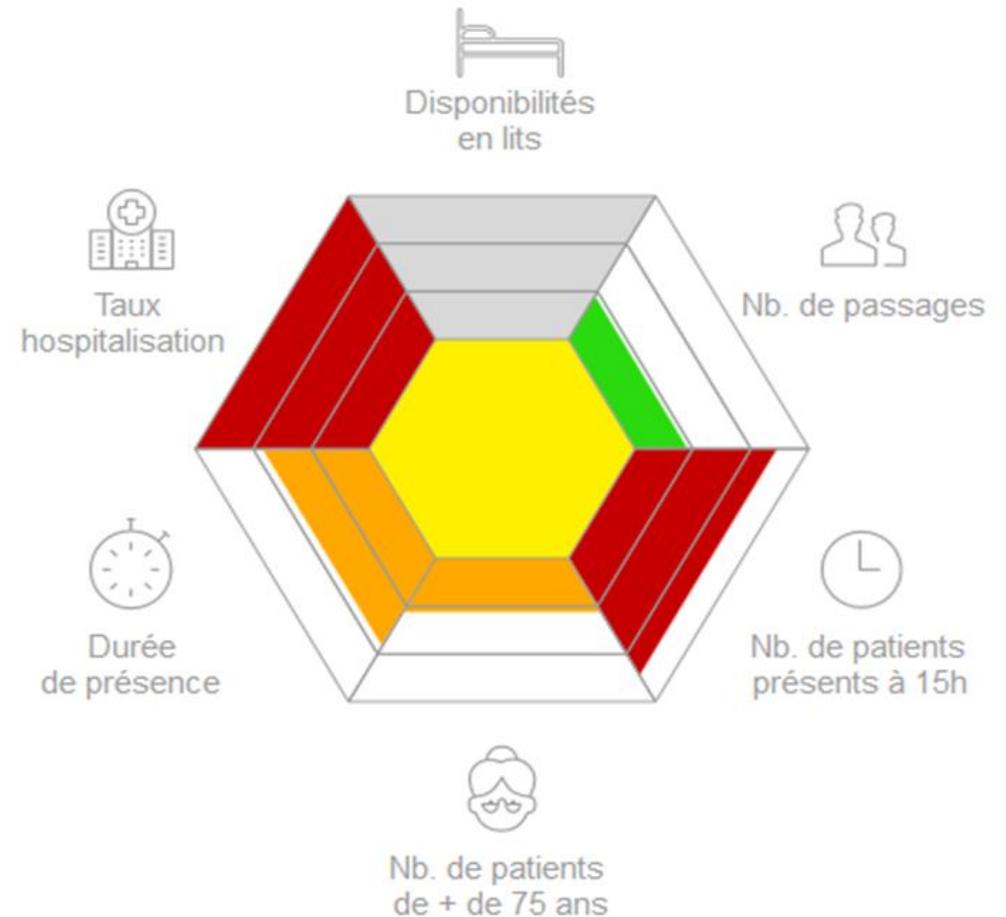
Adapter

- **Dispositif « unité tampon »**

- **4 réunions de présentation du BJML** organisées entre le 4 novembre et le 21 novembre, animées conjointement par l'ORU, le GCS Sara et l'ARS
- Le BJML s'appuie sur l'historique des RPU (résumés de passages aux urgences)
- **Incitation à une mobilisation « collective » du BJML :**
 - Impliquant, au-delà des services d'urgences, les directions hospitalières, les présidents de CME, les GHT
 - reposant sur des dispositifs de gestion des lits au sein des établissements ou du GHT dans un objectif d'amélioration globale du parcours du patient dans l'établissement.
- **Mise à disposition du BJML pour chaque établissement : 6 décembre**
- **Mise à disposition des BJML pour chaque établissement support de GHT : 16 décembre**
- Accompagnement individualisé des établissements demandeurs en lien avec l'ORU, le GCS Sara et l'ARS

➤ Mise à disposition d'un outil de suivi des tensions hospitalières

- Mis à disposition régionalement depuis le 5 décembre
- Mobilisation d'indicateurs de tensions
- Introduction du concept de « Tension solidaire »



- IT 1 Disponibilité en lits d'aval
- IT 2 Nombre de passages aux urgences
- IT 3 Nombre de patients présents à 15h
- IT 4 { Nombre de patients de plus de 75 ans
Nombre de patients de moins d'1 an (services d'urgences pédiatriques uniquement)
- IT 5 Durée de présence aux urgences
- IT 6 Taux d'hospitalisation après passage aux urgences

➤ **Dispositif « unité tampon »**

Encourager l'ensemble des dispositifs favorisant la gestion de l'aval des urgences en cas de tensions hospitalières comme :

- La mise en place d'unités supplémentaires sur secteur existant
- La réouverture de lits
- La mention de lits surnuméraires

Allocation d'une aide versée a priori de 25 ou 50 000 euros pour soutenir les surcoûts en matière de personnels non médicaux

Coût total : 2,4 M€ pour 2020

La reconduction fera l'objet d'une évaluation dès la fin de l'hiver.



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

PACTE de refondation des **urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

MERCI !