



Ministère des affaires sociales et de la santé

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Bureau Premier Recours (R2)

Dossier suivi par Delphine VALLET

Tel : 01 40 56 43 98

Delphine.vallet@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé
(pour mise en œuvre)

INSTRUCTION N°DGOS/R2/2012/267 du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents.

Validée par le CNP, le 28 juin 2012 - Visa CNP 2012-164

Classement thématique : Accessibilité aux soins urgents en moins de trente minutes.

Résumé :

Dans le cadre de l'objectif de l'amélioration de l'accès aux soins urgents de la population en moins de trente minutes, il est demandé aux ARS :

- d'identifier les territoires où le délai de prise en charge de la population pour des soins urgents est supérieur à trente minutes et de le transmettre à la DGOS ;
- de faire part des initiatives ou solutions qu'elles ont mises en place sur leur territoire pour répondre aux besoins de soins de la population, y compris s'il s'agit de dispositifs non prévus par les textes.

Mots-clés : temps d'accès ; structure des urgences, SMUR ; médecins correspondants du SAMU, soins urgents, territoires.

Textes de référence :

Annexes :

Annexe 1 - Grille de réponse.

Annexe 2 - Méthodologie de calcul des temps d'accès.

L'accès de la population à des soins urgents en moins de trente minutes est une priorité du Gouvernement.

L'objectif est qu'une réponse au besoin de soins urgents de la population soit proposée sur tout le territoire, en s'appuyant sur l'ensemble des effecteurs de médecine d'urgence (structure des urgences, SMUR, le cas échéant organisation d'un réseau de médecins correspondants du SAMU) et en recherchant toutes les solutions qui peuvent être déployées localement, dans le respect des exigences de qualité et de bonnes pratiques.

Pour répondre à cet objectif, il convient d'abord d'identifier les territoires et la population situés à plus de trente minutes d'accès de soins urgents et de dresser un état des lieux des solutions qui sont déployées localement.

L'ensemble des solutions qui pourront être mobilisées, y compris celles relevant de dispositifs innovants qui nécessiteraient une modification des textes, seront expertisées par le niveau national afin de déterminer leur faisabilité et potentiel de déploiement puis seront concertées avec les différents acteurs.

La démarche s'inscrit dans le calendrier suivant :

1. une phase d'identification et d'état des lieux (juin/octobre 2012)
2. une phase de concertation organisée au niveau national (octobre / décembre 2012)
3. une phase de mise en œuvre (2013/2015).

La présente instruction s'inscrit dans la première phase et consiste à :

- identifier les territoires dont la population est située à plus de trente minutes d'effecteurs de soins urgents (structure des urgences, SMUR, le cas échéant médecins correspondants du SAMU) ;
- identifier les solutions mises en place ou à mettre en place dans les territoires situés à plus de trente minutes d'effecteurs de soins urgents (médecins correspondants du SAMU ; médecins exerçant en un hôpital local ou dans une maison de santé pluriprofessionnelle et formés à l'urgence).

I – Identification des territoires et de la population situés à plus de trente minutes de soins urgents

Pour déterminer les communes situées à plus de trente minutes d'accès d'un effecteur de soins urgents, vous procéderez de la manière suivante :

- en vous appuyant sur la base de données relative aux temps d'accès, par commune, à une structure des urgences ou à un SMUR¹ élaborée par la DREES, vous indiquerez d'abord les communes situées à plus de trente minutes d'une structure des urgences ou d'un SMUR ;
- vous analyserez ensuite cette liste de communes au regard des implantations mentionnées dans le SROS-PRS, de la présence de médecins correspondants du SAMU ou non sur le territoire de la commune, ou de toute autre réponse aux besoins de soins urgents de la population, mise en place sur le territoire visé, de manière conforme aux textes.

Le tableau présenté en annexe 1 reprend dans les premières colonnes ces deux aspects du diagnostic du territoire. L'annexe 2 rappelle la méthodologie de calcul des temps d'accès utilisée par la DREES.

Les données devront être transmises sous un format Excel, dans le format prévu en annexe 1, le cas échéant accompagnées d'une cartographie des territoires couverts et non couverts en moins de trente minutes.

¹ Base de données élaborée par la DREES et relative aux temps d'accès, par commune, à une structure des urgences ou à un SMUR transmise par messagerie électronique le 8 juin dernier.

La base de données transmise sera actualisée au cours de l'été avec les données de la SAE 2011. Dans cette nouvelle base seront distingués d'une part les temps d'accès à la structure des urgences la plus proche et d'autre part les temps d'accès au SMUR le plus proche afin que vous puissiez réaliser un diagnostic le plus précis possible. Par ailleurs, la DREES mettra à votre disposition trois mesures : le temps d'accès en heures creuses, le temps d'accès en heures pleines ainsi que la distance en km route. Cette nouvelle base vous sera communiquée dans les prochaines semaines.

L'indicateur de référence de temps d'accès, qui détermine les zones qui répondent déjà à l'engagement du Président de la République, reste le temps moyen (moyenne entre heure pleine heure creuse) fourni dans la base DREES déjà en votre possession (envoi par mail du 8 juin 2012).

Les propositions de solutions que vous formulerez pour les zones non accessibles en moins de trente minutes pourront prendre en compte les données complémentaires qui vous seront transmises prochainement (le temps d'accès en heures creuses, le temps d'accès en heures pleines ainsi que la distance en km route).

II. Partage d'expériences : recensement des solutions mises en place localement et identification des points faibles ou bloquants des dispositifs existants

En sus de ce travail de diagnostic des territoires, il vous est demandé de partager les initiatives ou solutions mises en place localement pour répondre au besoin de soins urgents de leur population.

L'objectif est de diffuser les bonnes pratiques, identifier les points bloquants des dispositifs existants et, le cas échéant, faire évoluer les textes réglementaires si de nouvelles solutions se révèlent généralisables et efficaces. Toutes les initiatives locales et les axes d'amélioration identifiés en région seront expertisés et soumis à concertation.

Des travaux sont d'ores et déjà en cours au niveau national pour identifier les dispositifs qui pourraient être assouplis (expertise en cours sur le statut et le financement des médecins correspondants du SAMU par exemple), ainsi que les dispositifs innovants qui nécessiteraient une adaptation du corpus juridique actuel. Ces travaux seront menés en lien avec les ARS, les représentants des professionnels de l'urgence et les représentants des collectivités territoriales de manière concertée.

III. Calendrier de la démarche et concertation

Les éléments transmis par les ARS feront l'objet d'une synthèse nationale et seront partagés avec les différents partenaires (ARS, professionnels, élus).

En effet, la seconde phase de la démarche repose sur un travail concerté avec les ARS, les représentants des professionnels de l'urgence et les collectivités territoriales, notamment pour s'assurer de la faisabilité des solutions préconisées et pour garantir l'articulation et la pertinence des solutions avec les problématiques locales.

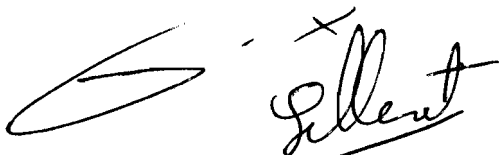
Cette phase de partage du diagnostic et des solutions envisageables doit avoir lieu à l'automne, c'est-à-dire entre octobre et novembre 2012.

☛ Un retour est demandé **avant le 14 septembre 2012**.

Les éléments sont à envoyer sous un format Excel, conformément à la trame qui vous est présentée en annexe 1, au bureau R2 à l'adresse fonctionnelle suivante :
DGOS-R2@sante.gouv.fr

Pour toutes difficultés liées à la mise en œuvre de l'instruction, vous pouvez contacter par messagerie le bureau R2 de la DGOS (DGOS-R2@sante.gouv.fr)

Pour la ministre et par délégation

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. SELLERET', with a stylized flourish above the name.

François XAVIER SELLERET
Directeur général de l'offre de soins

ANNEXE 1 – Grille de réponse à renseigner sous format EXCEL

REGION :

POP. TOTALE :

% DE LA POPULATION DE LA REGION QUI ACCEDE A DES SOINS URGENTS EN MOINS DE 30 MINUTES :

Accès en moins de 30 mns par SU	
Accès en moins de 30 mns par SMUR	

Département	Territoire de santé	DIAGNOSTIC TERRITOIRE		SOLUTIONS			Observations
		Commune dont le temps d'accès à un SU ou un SMUR est supérieur à 30 minutes	Population (nombre d'habitants de la commune)	Réponse apportée par la présence de MCS ² sur le territoire	Autres réponses sur le territoire ³ , à droit constant?	Réponses possibles / envisageables ? ⁴	

² « médecin correspondant du SAMU » ; réponse par oui ou non, en minuscule et non précédé d'un espace

³ Autres solutions mentionnées dans le SROS-PRS ou prévues par d'autres schémas (par exemple, médecins impliqués dans un hôpital local ou dans une maison de santé pluriprofessionnelle formés à l'urgence, médecins sapeurs pompiers, autre effecteur formé à l'urgence)

⁴ Solutions qui pourraient être mises en place, à droit constant ou avec évolutions réglementaires (préciser)

ANNEXE 2 – Rappel sur la méthodologie utilisée par la DREES

Le bordereau Q13 de la SAE permet aux établissements de déclarer les autorisations de structure des urgences (générales et/ou pédiatriques) et des SMUR (généraux et/ou pédiatriques) dont ils disposent. D'autre part, on dispose également via la SAE de la commune d'implantation de chacun de ces établissements.

La table URGENCES recense ainsi les communes dont un ou plusieurs des établissements disposent de ces autorisations. La variable « *urgences_gen* » prend ainsi la valeur 1 si la commune dispose d'une structure des urgences générales ; « *urgences_ped* » vaut 1 si la commune dispose d'une structure des urgences pédiatriques ; « *smur_gen* » vaut 1 si la commune dispose d'un SMUR général ; « *smur_ped* » vaut 1 si la commune dispose d'un SMUR pédiatrique.

La variable « *urgences* » vaut 1 si la commune dispose d'une structure des urgences, que celle-ci soit générale ou pédiatrique. De même, la variable « *smur* » vaut 1 si la commune dispose d'un SMUR, que celui-ci soit général ou pédiatrique

Enfin, pour les temps d'accès, on regroupe structure des urgences et SMUR. On considère ainsi qu'une commune est « équipée » d'un service d'urgences générales si l'un des établissements qui y est implanté déclare une structure des urgences générales ou un SMUR général (variable « *total* »). 539 communes sont dans ce cas. De même, une commune est « équipée » d'un service d'urgences pédiatriques si l'un des établissements qui y est implanté déclare une structure des urgences pédiatriques ou un SMUR pédiatrique (variable « *total_ped* »). 96 communes sont dans ce cas.

C'est à partir de ces deux variables « *total* » et « *total_ped* » que sont calculés les temps d'accès figurant dans la table TEMPS_THEORIQUES_URG_COMR. Le temps théorique d'accès aux urgences générales (« *tps_theo_urg* ») est ainsi obtenu en calculant pour chacune des 36 682 communes françaises le temps de trajet à la commune équipée la plus proche, grâce au logiciel Odomatrix. Cette opération est répétée pour les urgences pédiatriques (« *tps_theo_urg_ped* »).

Le logiciel Odomatrix calcule des temps de chef-lieu à chef-lieu (généralement les mairies des communes). Par conséquent, les établissements et les habitants d'une commune sont tous localisés au chef-lieu. Ainsi, les habitants d'une commune auront tous le même temps d'accès, et celui-ci sera nul par convention s'ils habitent une commune équipée. Ce temps est par ailleurs une moyenne entre le temps de trajet en heures creuses et le temps de trajet en heures pleines. Dans cette table figurent également la population communale en 2008, le département, la région et le territoire de santé auquel appartient la commune.

ANNEXE 3

Objectif : Permettre une prise en charge des soins urgents de l'ensemble de la population en moins de 30 minutes

- ✓ Périmètre : * seuls les soins URGENTS sont visés
 - * les soins urgents se distinguent des soins non programmés
- ✓ Au 31.12.2010 : 93.32% de la population accède à une structure des urgences ou à un SMUR en moins de 30 minutes (source base DREES sur données SAE 2010)

	Soins urgents	Soins non programmés
Qui ?	SAMU, SMUR, SU Le cas échéant, les médecins correspondants du SAMU	En priorité les médecins généralistes de ville A défaut toute autre structure accessible
Quand ?	Réponse H24 Objectif : en moins de 30 minutes	Réponse H24 Importance de la mise en place d'une réponse en journée + dispositif PDSA
Quoi ?	Prise en charge médicale de l'urgence Appréciation par la régulation médicale	Prise en charge en 1 ^{ère} intention de patients non programmés non urgents
Comment ?	Implantation d'un ou plusieurs offreurs de soins urgents en fonction des besoins identifiés et des temps d'accès pour la population => Implantations définies dans le SROS	Structuration de l'offre de 1 ^{er} recours Elaboration des cahiers des charges de PDSA