L'ARS assurera en Nouvelle-Aquitaine la mise en œuvre des 12 mesures prévues dans Le «Pacte de refondation». Elles permettront de compléter et d'amplifier la stratégie déjà engagée au sein de notre région dans le cadre du projet régional de santé (PRS).

Consolider l'offre de soins, en amont des urgences

Afin de faciliter l'accès à la médecine de ville, l'ARS soutient le **développement des maisons et des centres de santé** . Ces structures, qui regroupent des professionnels médicaux et paramédicaux, permettent aux patients de bénéficier d'une prise en charge pluriprofessionnelle et répondent aux besoins de soins non programmés. Grâce à une politique volontariste, le nombre de maisons de santé en Nouvelle-Aquitaine (environ 170) a augmenté de près de 30 % depuis 2017. L'ARS accompagne également la création des centres de santé médicaux ou polyvalents, au travers d'une aide au démarrage de ces structures (15 projets de centres de santé retenus en 2017-2018).

Le **déploiement progressif des communautés professionnelles territoriales de santé** (une trentaine de projets recensés en Nouvelle-Aquitaine), dont l'ARS soutient le développement en lien avec les unions régionales des professionnels de santé (URPS) et l'Assurance maladie, doit également permettre de mieux répondre à un égal accès à la médecine de ville. Ces communautés qui ont vocation à coordonner des professionnels de santé de premier recours et éventuellement de deuxième recours ainsi que des acteurs médico-sociaux et sociaux, ont notamment pour mission de faciliter l'accès à un médecin traitant et aux demandes de soins non programmés à l'échelle d'un territoire.

Pour les **demandes de soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux**, le nouveau cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), en vigueur depuis le 1er novembre 2018, vise notamment à :

-garantir dans l'ensemble de la région, une réponse adaptée aux besoins de soins, les soirées

de semaine, les week-ends et jours fériésÂÂ en adaptant les gardes des médecins (spécificités locales, démographie et activité) pour améliorer les conditions d'exercice des professionnels (limiter la fréquence des gardes) et l'attractivité des territoires ;

-favoriser le déploiement de dispositifs permettant de renforcer le lien ville/hôpital (exÂÂ : maisons médicales de garde adossées à un service d'urgence, expérimentations sur les soins non programmés…) ;

-étendre la régulation libérale, au niveau des SAMU-Centre 15, entre 19h et 20h en semaine ainsi que le samedi matin entre 8h et 12h.

La mise en place de maisons médicales de garde (25 en Nouvelle-Aquitaine financées à hauteur de 450ÂÂ 000 €), en particulier, contribue directement au désengorgement des services d'urgences, en apportant une alternative immédiate pour la prise en charge des soins ne relevant pas de l'urgence vitale.

Enfin, une **expérimentation est en cours dans le département des Landes**. Les médecins libéraux se sont organisés pour étendre la régulation libérale à la tranche horaire 18h-20h (financée par l'ARS) et
assurer une réponse aux demandes de soins non programmés
durant ce créneau au niveau des cabinets médicaux.

Conforter le fonctionnement des services d'urgence

Depuis plusieurs années, l'ARS mène une politique dynamique d'accompagnement et de suivi des structures d'urgences avec la réalisation d'un **programme d'audit de l'ensemble des services** . Cette démarche permet d'**identifier et de diffuser les bonnes pratiques de prise en charge et d'organisation**
: le renforcement de la fonction d'accueil et d'orientation, l'amélioration des circuits internes aux urgences, l'organisation des filières pour la prise en charge des patients, la mise en place de gestionnaires de lits et la commission des admissions non programmées. Par ailleurs, différents outils contribuent à l'anticipation des tensions. Ainsi, le répertoire opérationnel des ressources (ROR), qui permet de disposer en temps réel des disponibilités en lits, comporte, depuis cette année, un module permettant de disposer de données prévisionnelles sur l'activité des services

d'urgences.

Afin de **répondre aux défis de la démographie médicale**, un travail est mené afin de favoriser la mutualisation des ressources entre établissements et de renforcer l'attractivité de l'exercice médical. Ainsi, l'ARS promeut la mise en place d'
équipes d'urgentistes de territoire
au niveau des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Sur le modèle de l'équipe d'urgentistes de la Vienne, l'ARS a proposé d'étendre ce type d'organisations à d'autres territoires. Afin de généraliser ce dispositif, l'ARS a décidé de prendre en charge le financement, sur une année, de temps de chef de pôle urgentiste préfigurateur au niveau de chaque GHT. Ces préfigurateurs devront préparer la constitution d'une équipe d'urgentistes de territoire (travail préparatoire de concertation, harmonisation des pratiques, mise en place de protocoles avec les filières d'amont et d'aval).

Par ailleurs, des actions spécifiques sont conduites dans l'objectif d'améliorer la réponse aux demandes de transports urgents en journée, en lien avec les acteurs concernés (SAMU, transporteurs sanitaires, SDIS), avec la mise à disposition de ressources dédiées. Ainsi, l'ARS a financé, dès cette année, les premiers **coordonnateurs ambulanciers** au niveau de 5 SAMU, dispositif qui sera généralisé à l'ensemble des SAMU en 2020. L'ARS a également mis en **place une**
plateforme régionale
en vue d'apporter des réponses rapides aux
demandes de transports
dans le cadre des sorties d'hospitalisations et des services d'urgences, ce qui doit contribuer à
faciliter la gestion de l'aval des urgences
.

Enfin, le **déploiement des médecins correspondants du SAMU**, dont le nombre (70) a doublé en moins de deux ans, contribue à
améliorer l'accès aux soins urgents dans les territoires les plus éloignés des structures d'urgence
et à sécuriser les prises en charge, en lien avec la régulation des SAMU-Centre 15. Ces médecins interviennent en première intention, dans l'attente d'un relais de prise en charge par le SMUR.

Adapter la réponse aux besoins des patients

Pour limiter les hospitalisations évitables des résidents d'EHPAD et favoriser des réponses mieux adaptées aux besoins des personnes âgées, l'ARS finance actuellement **42 dispositifs d'astreinte ou de garde d'infirmier de nuit en EHPAD pour un montant total de 4 millions d'€ par an** .
Ces astreintes ou gardes mutualisées permettent de couvrir actuellement environ 200 EHPAD. L'objectif est de généraliser progressivement ce dispositif à l'ensemble des EHPAD de la région.

C'est dans cette même logique que l'ARS soutient, dans la Vienne, le **dispositif de «télé-régulation»** qui permet de mettre en lien les médecins régulateurs du SAMU-Centre 15 avec différents acteursÂÂ : EHPAD (48 établissements concernés), transporteurs sanitaires, sapeurs-pompiers et médecins correspondant du SAMU. Au niveau des EHPAD, la visiorégulation et la possibilité pour le personnel de transmettre en temps réel des bilans structurés au SAMU-Centre 15, aide à la prise de décision et contribue à limiter les hospitalisations des personnes âgées.

Les **équipes mobiles de gériatrie** (33 en Nouvelle-Aquitaine financées à hauteur environ de 12 millions d'€), équipes hospitalières pluridisciplinaires et transversales, jouent un rôle essentiel. Elles contribuent également à limiter les hospitalisations en intervenant dans les lieux de vie des personnes âgées.

Est actuellement expérimenté dans la région le recours à l'**hébergement temporaire en EHPAD de personnes âgées dépendantes suite à une sortie d'hospitalisation** , avec une réduction du reste à charge, comme prévu dans le pacte de refondation des urgences. Ce dispositif doit permettre de préparer le retour à domicile et constitue **une réponse aux besoins d'aval des urgences** .