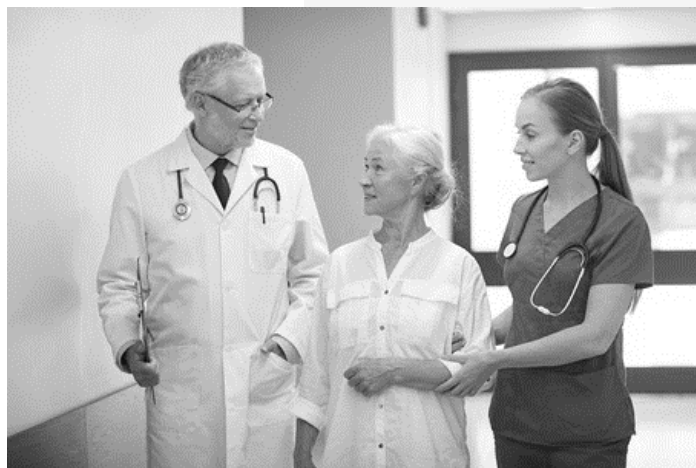


Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Evaluation du Service Infirmier d'Orientation



Rapport final d'évaluation

Intégrant les remarques formulées suite au COPIL du 27 mars 2025

SOMMAIRE

1.	Synthèse.....	4
2.	Introduction	6
2.1.	Objet, périmètre et historique du dispositif SIO	6
2.2.	Périmètre et méthode d'évaluation.....	8
3.	Axe 1 : Evaluation de la faisabilité	9
3.1.	Pilotage régional de l'expérimentation	10
3.1.1.	<i>Emergence du dispositif.....</i>	<i>10</i>
3.1.2.	<i>Conduite de projet à l'échelle régionale</i>	<i>10</i>
3.2.	Mobilisation des IDEL et zonage	11
3.2.1.	<i>Définition des modalités d'astreinte, en termes d'horaires et de zonage</i>	<i>11</i>
3.2.2.	<i>Degré de couverture des besoins en astreinte.....</i>	<i>12</i>
3.2.3.	<i>Actions mises en œuvre pour susciter l'adhésion des IDE.....</i>	<i>13</i>
3.3.	Mise en place effective de la régulation régionale par l'URPS, en lien avec les SAMU/SAS	14
3.3.1.	<i>Conduite de projet à l'échelle de chaque département</i>	<i>14</i>
3.3.2.	<i>Description du processus de la VINP.....</i>	<i>16</i>
3.3.3.	<i>Organisation au sein du SIO.....</i>	<i>17</i>
3.4.	Mise en place de l'astreinte et des interventions ; différences territoriales ; enjeux.....	19
3.4.1.	<i>Enjeu d'équipement des IDEL effectrices</i>	<i>19</i>
3.5.	Opérationnalité du système de télécommunications et d'information.....	19
3.5.1.	<i>Présentation du logiciel métier utilisé par la cellule d'orientation du SIO</i>	<i>19</i>
3.5.2.	<i>Télécommunications dans les processus d'orientation et de VINP.....</i>	<i>20</i>
3.6.	Modes de facturation et de contrôle des interventions	20
4.	Axe 2 : Evaluation de l'efficacité / efficience.....	22
4.1.	Précisions méthodologiques	22
4.2.	Effectivité de l'orientation des patients du SAS vers une VINP.....	23
4.2.1.	<i>Evolution de l'activité.....</i>	<i>23</i>
4.2.2.	<i>Procédure d'orientation des patients du SAS vers une VINP.....</i>	<i>24</i>
4.3.	Résultats de la VINP et suites en matière de soins	26
4.3.1.	<i>Caractérisation de la patientèle touchée.....</i>	<i>26</i>
4.3.2.	<i>Maintien à domicile.....</i>	<i>27</i>
4.3.3.	<i>Recours aux soins post-VINP.....</i>	<i>28</i>
4.3.4.	<i>Certificats de décès.....</i>	<i>29</i>
4.3.5.	<i>Impact sur les parcours de soins.....</i>	<i>30</i>
4.4.	Expérience des patients et des professionnels sur les régulations et les interventions	31
4.5.	Utilisation des différentes astreintes prévues et différences territoriales	33
4.5.1.	<i>Caractérisation des fluctuations d'activité</i>	<i>33</i>
4.5.2.	<i>Niveau d'utilisation des astreintes.....</i>	<i>34</i>

4.6.	Nature des interventions en EHPAD ; degré de recours	36
5.	Axe 3 : Reproductibilité.....	38
5.1.	Influence de certains facteurs territoriaux sur le déroulement du SIO et des VINP	39
5.2.	Soutenabilité économique dont impact transports	42
5.2.1.	<i>Coût des VINP et astreintes pour l'Assurance Maladie.....</i>	<i>42</i>
5.2.2.	<i>Niveau d'acceptation de la rémunération des IDEL effectrices</i>	<i>46</i>
5.2.3.	<i>Fonctionnement interne du SIO</i>	<i>46</i>
5.2.4.	<i>Coût du SIO pour l'URPS.....</i>	<i>49</i>
5.3.	Articulation avec d'autres réformes en cours	50
5.4.	Projection d'un déploiement régional	52
5.4.1.	<i>Projections d'activité et hypothèses de coût</i>	<i>52</i>
5.4.2.	<i>Transposabilité ; trajectoire budgétaire et de déploiement le cas échéant.....</i>	<i>54</i>

1. Synthèse

Le service infirmier d'orientation (SIO) est coordonné par l'URPS infirmiers et vise à mettre en œuvre un parcours coordonné de visites infirmières à domicile, activées sur demande du Service d'accès aux Soins (SAS) en réponse à des demandes de soins non programmées. Il dispose d'une logistique interne qui remplit les missions suivantes :

- les visites à domicile infirmières non programmées,
- les astreintes pour assurer la disponibilité d'infirmiers libéraux en vue de ces visites, obéissant à une répartition par territoires infra-départementaux et à des tranches horaires,
- les gardes des infirmiers orienteurs, répondant par voie téléphonique aux demandes en provenance des services d'accès aux soins (SAS).

Initié en Auvergne Rhône Alpes dans le sillage de l'épidémie COVID et conforté en juillet 2022 dans le cadre des mesures Braun, il a été déployé d'abord sur l'Isère et la Loire, puis étendu au Rhône et au Puy de Dôme début 2024. Il organise des visites à domicile sur commande du service d'accès aux soins (SAS) assurés par des infirmiers libéraux, assortis d'astreintes. Le dispositif repose sur deux modes de financement : une tarification dérogatoire mise en place par le Ministère de la Santé pour les visites et astreintes, ainsi qu'un financement dédié alloué par l'ARS pour assurer l'orientation des demandes, par le biais d'une plateforme organisée sous le couvert de l'URPS infirmiers.

L'évaluation de ce dispositif dans son ensemble a été assurée au premier trimestre 2025, avec un recul de 2 ans d'activité pour les départements de l'Isère et de la Loire et de près de 9 mois sur les départements du Rhône et du Puy de Dôme. Elle a permis de recueillir tout d'abord une appréciation de l'intérêt et des limites des visites infirmières non programmées (VINP), ainsi que des astreintes, avant de s'interroger sur l'opportunité d'une extension régionale de ce dispositif et les ajustements éventuellement souhaitables.

Il en ressort que les responsables des services de régulation médicale soutiennent l'intérêt de la visite infirmière non programmée, en tant que complément utile dans le panel des effecteurs de soins à la disposition des services d'accès aux soins (SAS) pour traiter certains appels. L'analyse du profil des patients et situations donnant lieu à VINP montre qu'il adresse avant tout des personnes âgées et/ou en situation de maladie chronique, pour des tableaux cliniques ne relevant pas de manière évidente de l'aide médicale urgente mais nécessitant a minima une évaluation par un professionnel de santé, voire certains actes paramédicaux. En première indication, le recours est quantitativement un peu plus élevé dans les agglomérations qu'en zone rurale, à population égale.

Les statistiques de consommation de soins montrent également l'efficacité des VINP pour éviter à ces patients un déplacement et un passage aux urgences, voire une hospitalisation, puisque cela aurait constitué la principale solution offerte aux médecins régulateurs à défaut d'une possibilité de visite à domicile. Les données des CPAM confirment la proportion relevée par l'URPS de l'ordre de 75% de maintiens à domicile, avec un bénéfice pour le patient et également pour le réseau hospitalier en toute période et particulièrement en période de tensions. Les délais d'intervention sont bien maîtrisés aux alentours d'1 h en moyenne (incluant une demi-heure de déplacement), de même que les principes de retour d'information systématique au SAS ainsi qu'aux médecins traitants et infirmiers référents.

La faisabilité d'une réponse en VINP à l'échelle d'un territoire comporte 2 prérequis :

- Le recours effectif des médecins régulateurs à cette forme nouvelle d'effectif, et donc leur adhésion à cette solution. Les courbes de montée en charge du dispositif sont très progressives et continues. Les médecins régulateurs interrogés laissent entendre que même au terme de 2 ans, les territoires les plus avancés ont vocation à augmenter le recours
- La disponibilité d'infirmiers pour assurer les VINP de manière réactive dans un maillage suffisant du territoire, ainsi que la garantie de la qualité d'intervention.

Sur ce second point, l'URPS a expérimenté le recours à des astreintes d'IDE libérales financées par les CPAM, assortie d'une équipe assurant le recensement des infirmiers volontaires ainsi que le traitement des demandes et appelé « service infirmier d'orientation » (SIO) ; le SIO a été structuré de manière mutualisée pour l'ensemble de la région et plus particulièrement les 4 SAS expérimentateurs et financé sur fonds propres de l'URPS puis avec l'appui du FIR. L'URPS a développé les éléments nécessaires en termes de système d'information et de téléphonie pour soutenir ce mode d'intervention ainsi que les protocoles et procédures organisationnelles.

Dès le démarrage, l'URPS a constaté que le nombre de VINP sollicitées par les régulateurs était très faible, et notamment inférieur au nombre de lignes d'astreinte par département. Partant de ce constat, le SIO a su moduler la désignation d'astreintes afin de ne pas les généraliser mais se concentrer sur les tranches horaires et territoires les plus susceptibles de comporter des VINP à assurer. C'est ainsi par exemple que le maillage dans la Loire a été divisé par deux alors qu'il se fondait initialement sur le maillage de la permanence des soins en médecine générale. Cela entraîne d'ailleurs l'émergence de « VINP hors astreinte » : le SIO se met en capacité de trouver un IDEL pour répondre à une demande du SAS, qu'il y ait ou non une astreinte prévue à proximité du domicile du patient. Le zonage géographique a été revu s'affranchissant des cartes initiales de PDSA médicale en faveur de regroupements.

Cette évaluation met en évidence également, d'une part, le fort taux de satisfaction des patients ayant bénéficié de la VINP (près de 1000 patients interrogés par l'URPS) l'ayant apprécié comme sécuritaire et qualitative et d'autre part, l'importante adhésion du corps infirmier au SIO, regroupant ainsi tous les cabinets infirmiers du territoire régional en un seul canal pour les mobiliser.

Sur le plan économique, la justification de la triade associant VINP, astreinte et garde du SIO suppose de comparer son coût avec son alternative principale, qui consiste à ce que le régulateur décide d'un transport vers un lieu de soins médicaux non programmés, et plus couramment d'un service d'accueil des urgences (SAU). Une première appréciation aboutit à considérer que ces deux options ont un coût quasiment équivalent à fin 2024. Il faut cependant préciser que cette appréciation fluctue avec le temps en faveur du SIO, car l'augmentation du nombre de VINP permet de mieux amortir le coût « fixe » des astreintes et celui de la garde SIO interdépartementale. Par ailleurs, ce calcul ne tient pas compte des coûts d'hospitalisations que les VINP permet d'éviter, et qui conforte l'intérêt de ces visites. L'exclusion est due à la difficulté d'apprécier factuellement la part d'hospitalisations évitées grâce à la VINP.

Sur janvier à septembre 2024, les VINP des 4 départements expérimentaux représentent environ 50 000 € de dépenses pour le régime général, les astreintes 150 000 € et le SIO 400 000 €, soit 600 000 € environ au total ; ce montant est à rapprocher de l'économie de 600 000 € que le dispositif a permis de générer en évitant les passages aux urgences et transports associés. Le montant de l'économie pourrait être majoré par l'inclusion des coûts d'hospitalisation évités.

Le SIO semble encore en capacité de monter en charge avant que l'organisation actuelle se trouve saturée au point d'engendrer un allongement des délais ; le cas échéant, cela devrait pouvoir être traitée de manière graduée, en priorisant les plages horaires de forte sollicitation. La possibilité de régulation à distance a été éprouvée, ce qui en facilite l'exercice pour des IDEL expérimentées. Le choix d'une mutualisation interdépartementale du SIO trouve son sens dans un niveau d'activité encore modeste par département. En outre, cette permanence permet de répondre à d'autres besoins de sollicitation d'infirmiers libéraux tels que les certificats de décès ou le recours par des services hospitaliers (sorties d'hospitalisation ou HAD) ; de ce point de vue, il n'y a pas de partage des coûts associés au SIO entre les dispositifs qui en bénéficient.

A ce sujet, le SIO assure à la demande de l'ARS l'intermédiation des demandes d'EHPAD nécessitant un appui infirmier en urgence ; la mission confiée par l'ARS est de répondre à des demandes qui n'ont pas trouvé réponse avec les systèmes habituels. Par conséquent, on note que les demandes se situent majoritairement sur des périodes en tension. Les services de l'Agence ont attiré l'attention sur l'intérêt d'une telle voie de dernier recours dans l'intérêt de la sécurité du résident, la carence risquant autrement d'aboutir à une hospitalisation

Sur un plan méthodologique, le projet (et sa comparaison avec deux autres régions, Hauts de France et Nouvelle Aquitaine) met en exergue l'implication très étroite de l'URPS pour garantir les conditions de succès et proposer une solution relativement « clés en main » aux SAS comme aux IDEL des territoires. Un point d'attention a été évoqué en matière de publicité et d'égal accès des professionnels à la réalisation des VINP et des astreintes, dans la perspective d'une pérennisation, et le SIO paraît s'y être préparé. Par ailleurs, les Hauts de France ont su développer une solution exclusivement numérique ne mobilisant pas de garde infirmière. Le développement des méthodes d'intervention se poursuit, notamment en ce qui concerne l'harmonisation du matériel utile aux VINP ainsi que la protocolisation de certaines évaluations cliniques.

L'évaluation s'est efforcée de projeter les effets organisationnels et financiers d'une extension du dispositif sur d'autres départements. Leur faisabilité reste conditionnée aux enjeux de démographie des infirmiers, particulièrement en tension sur certains territoires, ainsi qu'à l'accélération de l'appropriation de la VINP par les médecins régulateurs.

2. Introduction

2.1. Objet, périmètre et historique du dispositif SIO

L'initiative du Service Infirmier d'Orientation (SIO) a vu le jour sous l'égide de l'URPS infirmier ARA en 2020, en réponse à la crise sanitaire du COVID-19. Le dispositif, ayant montré son intérêt, a été labellisé CNR santé en 2023 et s'est déployé sur les départements de l'Isère, du Rhône, de la Loire et du Puy-de-Dôme. Dans le cadre officiel du CNR, l'Isère et la Loire ont ainsi débuté l'expérimentation le 1^{er} décembre 2023, le Rhône le 5 février 2024, et le Puy-de-Dôme le 26 mars 2024.

Le SIO est un service régional constitué d'infirmières coordinatrices en charge de mobiliser des infirmières libérales volontaires, à la suite d'une sollicitation du SAS. Dans le cadre d'une demande de soins non programmés (en dehors de situations nécessitant une aide médicale urgente), une IDEL se déplace au domicile du patient, qui n'a pas la capacité de se déplacer, avec pour vocation d'éviter le recours à un transport sanitaire et un passage aux urgences. Le rôle de l'IDEL est le suivant :

- Evaluer l'état clinique du patient et vérifier l'absence de critère de gravité
- Effectuer un acte thérapeutique infirmier si besoin.
- Codécider avec le médecin régulateur du devenir du patient l'objectif étant de réduire les passages aux urgences évitables et de refamiliariser le patient au besoin
- Orienter vers les services sociaux lors de situation complexes diagnostiquées par l'IDEL effecteur lors de la visite non programmée (en cours d'expérimentation dans la Loire).

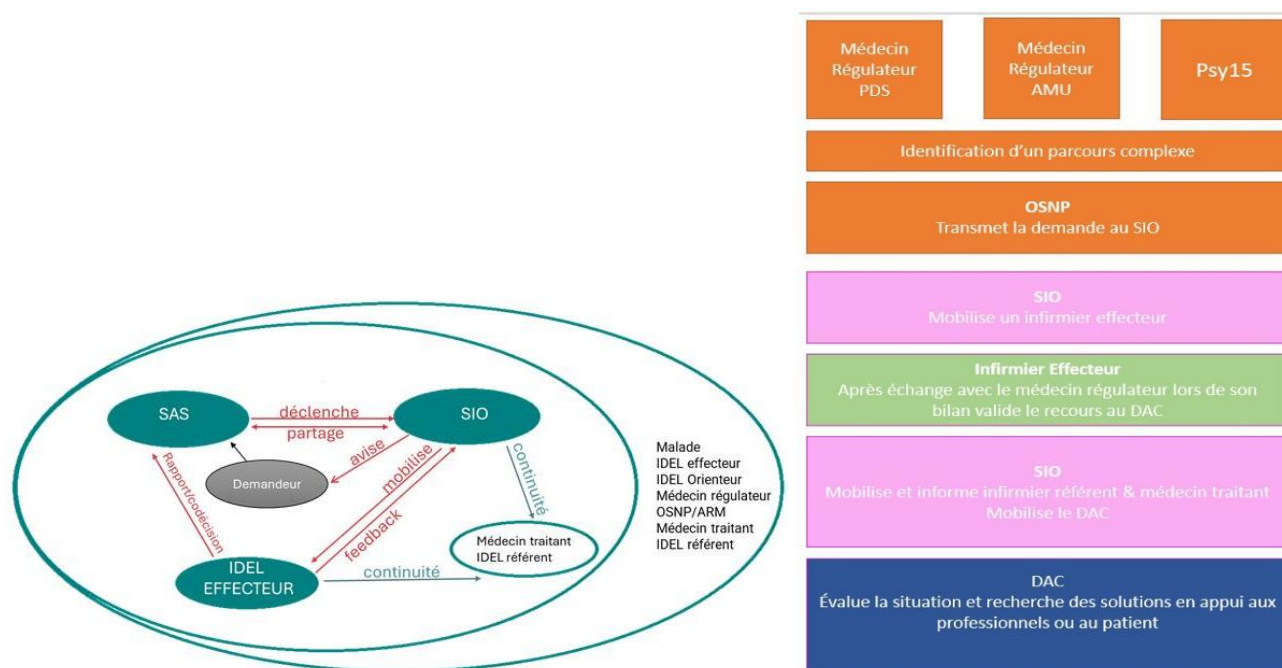


Figure 1 : Schémas établis par l'URPS pour présenter le dispositif SI et le parcours d'une demande d'intervention

L'IDEL se déplace au domicile du patient après régulation par le SAS – centre 15. La demande est transmise au SIO, implantée à Rive de Gier pour l'ensemble des 4 départements, qui déclenche la venue d'une IDE intégrée dans ce dispositif sous la forme d'une astreinte.

Une couverture est assurée 7j/7 en journée mais aussi en début de nuit (jusque minuit) pour les départements du Rhône, de la Loire et de l'Isère.

Les objectifs du dispositif SIO sont de :

- Améliorer le parcours de soins du patient, par une plus grande coordination des professionnels de santé (SAS, IDEL, médecins généralistes) ;
- Apporter une réponse à la demande de soins non programmés à domicile, notamment des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
- Répondre aux demandes de renforts infirmiers en EHPAD sur le territoire ;
- Participer à l'atteinte de l'objectif de la mesure 5 du Pacte de Refondation des Urgences visant à réduire les passages aux urgences et à promouvoir les admissions directes en service hospitalier ;
- Apporter un appui à la permanence des soins ambulatoires (PDSA), dans des secteurs en difficultés de ressources médicales pour l'assurer.

Le financement du dispositif s'inscrit dans le cadre de l'article 43-1 de l'arrêté du 1er juin 2021 décrivant les mesures complémentaires à celles issues de la lutte contre la Covid-19, et destinées à garantir la prise en charge des besoins en santé de la population sur tous les territoires, notamment en matière de soins de médecine d'urgence ou de soins non programmés. Cet article reconnaît au niveau national :

- la rémunération des IDEL effectrices pour des périodes d'astreintes,
- la tarification propre aux visites infirmières non programmées (VINP) à hauteur d'un AMI 5,6, qui se cumule avec les astreintes et les frais de déplacement.

2.2. Périmètre et méthode d'évaluation

L'évaluation est structurée selon trois axes, en s'inspirant des méthodes utilisées pour l'évaluation d'expérimentations Articles 51 :

- L'évaluation de la faisabilité du dispositif, en termes d'organisation sur les différents territoires expérimentaux
- L'évaluation de l'efficacité / efficience du dispositif, en termes de résultats en santé par rapport à ses objectifs
- L'évaluation de la reproductibilité de l'expérimentation, c'est-à-dire les conditions sous lesquels elle peut être pérennisée et la mise en perspective de ses résultats par rapport aux conditions de droit commun

Pour traiter ces trois axes dans le cadre de l'évaluation finale, plusieurs modalités d'évaluation ont été mobilisées :

- Analyse de documents transmis par l'URPS IDEL ARA
- Analyse de données transmises par l'URPS et les CPAM
- Sollicitation des différentes parties prenantes (notamment DTARS, CPAM, SAMU, SAS) pour recueillir leur expérience du projet et, en complément, d'acteurs extérieurs au projet pour disposer d'une comparaison entre dispositifs similaires. Le détail des entretiens ayant eu lieu est exposé dans le tableau ci-dessous.

Echanges	Acteurs	Dates	Modalité
Visite sur site URPS IDEL ARA	URPS IDEL ARA	24 janvier 2025	Présentiel
Entretiens conjoints par département DTARS / CPAM	DTARS et CPAM des départements 38, 42, 63 et 69	17-22 janvier 2025	Distanciel
Entretiens conjoints par département SAMU / SAS	SAMU des départements 38, 42 et 69* SAS des départements 42, 63 et 69*	20-30 janvier 2025	Distanciel
Entretien ARS NA / HDF	ARS des régions Nouvelle-Aquitaine et Hauts-de-France	NA : 4 février 2025 HDF : 20 mars 2025	Distanciel
Entretien ARS ARA - DA	Référente régionale ressources humaines et aidants – Direction de l'Autonomie – ARS Auvergne-Rhône-Alpes	5 février 2025	Distanciel

* Par absence de réponse à nos sollicitations, nous n'avons pas pu échanger avec le SAS 38 et le SAMU 63.

3. Axe 1 : Evaluation de la faisabilité

L'appréciation de la faisabilité du projet porte sur les choix organisationnels opérés et sur la conduite générale du projet, en recensant les acteurs et outils sollicités. Cet axe comporte ainsi les sous-questions évaluatives suivantes :

- Pilotage régional de l'expérimentation
- Mobilisation des IDEL et zonage
- Mise en place effective de la régulation régionale par l'URPS, en lien avec chaque SAMU / SAS
- Mise en place de l'astreinte et des interventions, différences territoriales, enjeux
- Opérationnalité du système de télécommunications et d'information
- Modes de facturation et de contrôle des interventions

Points saillants

- Montée en charge progressive et qui se poursuit
- Facteurs clés de succès : engagement des régulateurs médicaux pour susciter le recours, et garantie de réponse assurée par l'URPS à une échelle régionale
 - Effort conséquent du porteur pour garantir un vivier de professionnels suffisant sur chaque territoire
- Effort considérable d'organisation et de traçabilité de la réception des demandes jusqu'aux suites d'intervention, garantissant des délais réactifs et une qualité de réponse aux besoins du régulateur ; système d'information développé ad hoc et étendu à d'autres besoins du système de santé (HAD, certificats de décès, ...)
- Recherche permanente d'efficience, notamment en révisant dès les premières semaines le maillage des astreintes et leur mode de financement ; aboutissant à un bilan économique favorable
- Importance d'un service ouvert sur des plages horaires et des zones territoriales étendues et homogènes
- Qualité de service garantie par le SIO, interlocuteur unique tant auprès du régulateur SAS que des des infirmiers
- Soutien assez unanime des différents intervenants (SAS, SAMU, IDE, SIO) sous les conditions précitées
 - Intérêt d'une mutualisation territoriale du SIO ; régionale actuellement, peut-être à d'autres échelles dès lors que le degré de recours le justifierait. Enjeu de la sécurisation et de la mobilisation des IDEL en cas de situation sanitaire exceptionnelle
 - Opportunité de déployer d'autres parcours sécurisés en cas de pérennisation du SIO : parcours complexe (parcours BIS du SNP), parcours RAAC, parcours immunothérapie en HAD

3.1.1. Emergence du dispositif

Les prémices du projet SIO (Service Infirmier d'Orientation) ont émergé parallèlement dans la Loire et dans l'Isère.

Du côté ligérien, le SAMU, le SAS et l'URPS IDEL ARA se sont concertés pendant la crise du Covid pour mettre en place un dispositif d'évaluation clinique infirmière qui permette d'aider les médecins régulateurs aux évaluations cliniques infirmières sur des suspicions d'infection au Covid-19. Une cellule de régulation s'est alors installée à Rive-de-Gier (département d'exercice de la secrétaire générale de l'URPS Infirmiers, Louise Ruiz) et sollicitait des IDEL volontaires issues d'un appel à tous les IDEL du département pour se rendre au domicile des patients pour des dépistages et évaluation clinique infirmière. Les acteurs de ce dispositif ont ensuite exprimé leur intérêt pour prolonger le dispositif sous une autre forme à l'issue de la crise Covid. Le dialogue avec la CPAM et la DTARS 42 a alors permis d'accompagner le projet et de trouver des moyens de financement. Le lien avec le Conseil National de la Refondation (CNR) s'est ainsi opéré et un cahier des charges a été défini au printemps 2023. L'ARS a ensuite pu débloquer des financements – alors que le dispositif avait auparavant été financé uniquement sur le budget de l'URPS (soit les cotisations des IDEL et les réserves financières de l'URPS).

En parallèle, en 2022, un projet est né entre l'URPS médecin, l'URPS IDEL, le GCS Sara et le SAMU 38 pour tester un modèle de téléconsultations SOS Médecins à la demande du 15 avec une IDE sur place dans le Voironnais et la Bièvre. Le projet a finalement abandonné la téléconsultation qui était trop complexe à mettre en oeuvre d'une manière temporelle lors d'une SNP et a mis en place une visite infirmière non programmée qui s'est inscrite dans le cadre de la mission Braun; . Ce projet a ensuite convergé vers le dispositif en place dans la Loire.

En effet, pour les acteurs ligériens, la prise de contact avec le CNR en 2022 a permis d'engager une réflexion sur le modèle de financement du projet. La réflexion a porté d'une part sur les modalités de rémunération des IDEL : les porteurs de projet souhaitaient mettre en place une cotation d'acte spécifique VINP (Visite Infirmière Non-Programmée) qui n'existait alors pas dans la nomenclature – des échanges entre CNAM et CPAM ont alors eu lieu, en ARA mais également en associant d'autres régions intéressées à l'échelle nationale. Le sujet a été débloqué par l'intervention du Ministre Braun, au travers des mesures qui ont apporté la possibilité de cumuler l'astreinte et un Acte Médico-Infirmier de coefficient 5,6¹. D'autre part, la réflexion s'est portée sur l'intérêt de faire bénéficier d'autres territoires des coûts d'ingénierie du projet. Ainsi, l'ARS a désigné deux autres départements de la région pour prendre part à l'expérimentation CNR.

Enfin, l'URPS et l'ARS ARA ont convenu d'intégrer à l'expérimentation un appui spécifique à l'attention des EHPAD, portant sur l'ensemble des départements de la région, afin de les aider en cas d'urgence à identifier un IDEL volontaire pour des interventions ponctuelles auprès des résidents.

3.1.2. Conduite de projet à l'échelle régionale

■ Phase de mise en œuvre

A l'échelle régionale, l'URPS IDEL ARA a joué un rôle central dans la mise en œuvre du dispositif. Elle a été motrice du dispositif, tout d'abord via les projets initiés dans la Loire et l'Isère, puis, dans le cadre du CNR, en sollicitant les SAMU et SAS des départements expérimentateurs et en participant à la mise en œuvre du SIO : constitution et installation de la cellule d'orientation SIO à Rive-de-Gier, recrutement et formation des IDE orienteuses et des IDE effectrices, définition des modalités du SIO dans chaque département (zonage, horaires). Plus particulièrement sur le recrutement des IDE volontaires, l'URPS a été autonome dans la promotion du dispositif auprès des professionnels, pour y susciter un niveau

¹ [Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire - Légifrance](#)

d'adhésion suffisant. Certaines DTARS remarquent que cette promotion pourrait aussi être étendue, par exemple en impliquant le Conseil de l'Ordre, afin de toucher les IDE moins proches de l'URPS.

D'autre part, l'URPS est aussi à l'origine de la plateforme IDELINE, principal outil informatique du SIO qui recense les infirmiers disponibles ainsi que les interventions réalisées, et qui sera abordé plus largement dans la partie sur l'opérationnalité du système de télécommunications et d'information.

En synthèse, l'URPS a joué un rôle clé dans le pilotage régionalisé et la gestion du dispositif, à la fois par la mise en place d'une cellule unique d'orientation pour l'ensemble des départements expérimentateurs, mais aussi par la mutualisation des pratiques entre départements.

■ Phase de fonctionnement

Dans le fonctionnement du dispositif, l'URPS assure toujours l'activité de réception et de traitement des appels en un point unique pour les 4 départements, avec une mutualisation des plannings et une production d'analyses quantitatives : il s'agit notamment de documenter, et de partager avec les autres parties prenantes départementales, des informations sur le rythme d'activité, la proportion de demandes satisfaites, les délais d'intervention et leurs motifs. Cette centralisation est globalement perçue comme bénéfique par les acteurs rencontrés (SAMU, SAS, CPAM, DTARS). Une DTARS propose cependant comme piste d'amélioration de rendre plus visible le tableau d'astreinte géré par le SIO, afin d'améliorer sa vision prévisionnelle sur la couverture effective des lignes d'astreinte.

De plus, l'URPS constate aujourd'hui que le SIO permet une mutualisation des compétences IDE à l'échelle de la région, ainsi qu'un assouplissement des frontières entre départements ou entre CPTS : c'est l'IDEL la plus proche du patient géographiquement qui est sollicitée en première intention, même si cela ne respecte pas systématiquement les limites départementales.

3.2. Mobilisation des IDEL et zonage

3.2.1. Définition des modalités d'astreinte, en termes d'horaires et de zonage

La sectorisation de PDSA médecins a servi de canevas initial à l'URPS pour le zonage des lignes d'astreintes. Au vu de l'activité, celui-ci s'est rapidement avéré inadéquat, car trop fin. Des agrégats ont donc été réalisés, pour arriver à la définition de 4 à 7 zones par département, qui sont actuellement les suivantes :

- Isère : Bourgoin-Jallieu, Voiron, Vienne, Grésivaudan, Grenoble – La Mure
- Loire : St-Etienne, Montbrison, Vallée du Gier, Roanne, Charlieu
- Rhône : Lyon Métropole, Beaujolais / Val de Saône, Ouest rhodanien, Vallée du Gier
- Puy-de-Dôme : Clermont-Ferrand / Cournon / Mont-Dore, Riom / Puy Guillaume / Thiers, St Eloy les Ancizes, Tauves, Giat Pontaudur, Issoire, Ambert.

Ces zones ont encore vocation à évoluer. Il a par exemple été rapporté que la zone définie pour le sud Isère (« Grenoble – La Mure ») engendrait de trop grands déplacements pour les IDEL effectrices. La CPAM 38 indique en effet qu'en moyenne 32 km sont facturés pour une intervention.

Quant aux horaires, ils ont aussi été définis par département, selon l'activité. Dans le Puy-de-Dôme par exemple, le SIO est ouvert de 8h à 20h 7j/7 tandis que dans les autres départements il fonctionne jusqu'à minuit 7j/7 (l'extension au début de nuit date de 2024 et explique certaines majorations du nombre d'astreintes visibles dans les graphiques suivants). En effet, ce SAS en lien avec l'URPS n'a pas jugé opportun d'ouvrir d'emblée le dispositif sur des périodes aussi conséquentes, et limité l'étendue dans un premier temps à la journée.

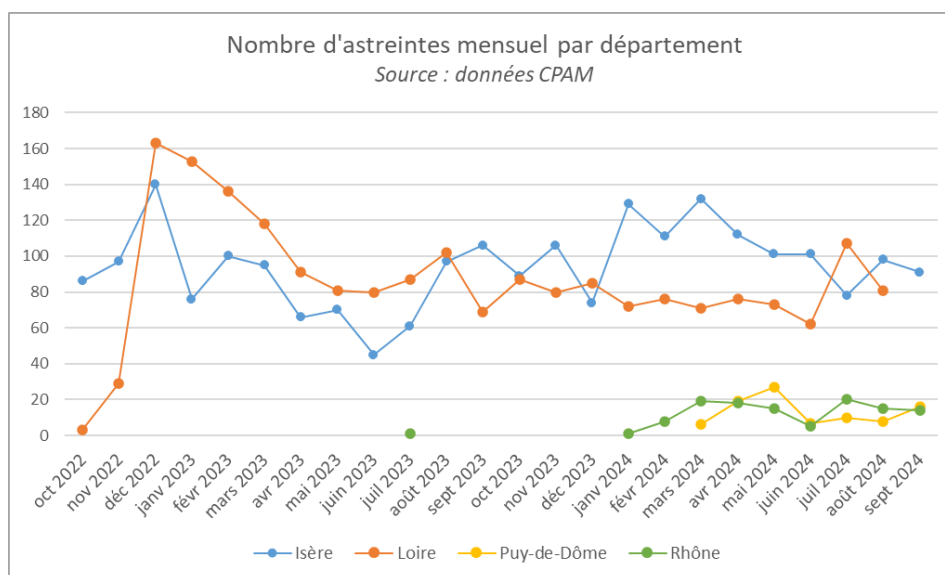
3.2.2. Degré de couverture des besoins en astreinte

Les premières semaines d'expérimentation ont conduit l'URPS à constater que le niveau de sollicitation par ligne d'astreinte était trop faible pour justifier toutes les lignes. De manière pragmatique, cela l'a conduit à sélectionner les lignes réellement armées et financées dans un souci de pertinence. Ainsi, les lignes d'astreinte ne sont pas toujours armées, non par manque d'IDEL volontaires, mais pour correspondre aux besoins, variables selon les périodes. Le parti pris de l'URPS a ainsi été de solliciter les IDEL de deux manières différentes :

- Soit sous forme d'astreinte planifiée à l'avance, et rémunérée comme astreinte : en général les week-ends et en début de nuit systématiquement, et parfois en journée en semaine, sur des territoires très demandeurs comme certaines grandes villes : Grenoble, St-Etienne, Bourgoin-Jallieu... La rémunération d'une astreinte implique, en principe, la disponibilité de l'IDEL sur une période définie pour intervenir pour toute demande du SIO, à l'échelle d'un territoire infra-départemental préalablement défini.
- Soit sous forme de mobilisation de l'IDEL volontaire la plus proche du patient (quand il n'y a pas d'IDEL d'astreinte) : le SIO sollicite alors les différents cabinets d'IDEL à proximité du domicile du patient, via IDELINE jusqu'à obtenir une réponse positive. Le délai de recherche peut parfois être plus important mais reste compatible avec les engagements du SIO.

En revanche, lorsque l'URPS sollicite les IDEL pour une astreinte, celle-ci est systématiquement couverte (l'évaluateur n'a pas eu connaissance de cas de carence) ; le tarif a été calibré d'une manière suffisamment attractive au regard du niveau de sollicitation que l'astreinte représente.

Le graphique ci-dessous présente ainsi l'évolution du nombre d'astreintes mensuel par département, sur toute la durée de l'expérimentation. La diminution du nombre d'astreintes la plus flagrante s'est faite dans la Loire, entre décembre 2022 et mai 2023, avec une division par deux du nombre d'astreintes mensuel ; dans ce département, le schéma initial se fondait sur le zonage de la PDSA médicale et s'est rapidement montrée surdimensionnée par rapport au degré de recours aux VINP. Dans ce département, le nombre d'astreintes mensuel s'est stabilisé entre 60 et 80 en 2024, avec des pics d'astreintes en été. En Isère, la tendance d'évolution est moins évidente. En général, l'Isère sollicite entre 80 et 110 par mois. Des creux et des pics d'astreintes sont cependant observés sur certains mois. Du côté du Rhône et du Puy-de-Dôme, les nombres d'astreintes mensuels sont compris entre 5 et 20, sans tendance d'évolution qui se dégagerait déjà nettement. Les fluctuations peuvent être liées au nombre de weekends ou jours fériés dans le mois.



Les données CPAM mises à la disponibilité de l'évaluateur ne permettent pas d'avoir une analyse de l'évolution des astreintes différenciée en fonction des périodes de la journée ou des jours de la semaine. L'URPS évoque néanmoins des priorisations privilégiant les débuts de nuit ainsi que les week-ends, en mutualisant éventuellement certains secteurs géographiques lorsque le recours est faible (et avec la limite, le cas échéant, des refus associés aux distances d'intervention entre le domicile du patient et celui du professionnel).

Les données URPS témoignent cependant de l'effort du SIO pour adapter son volume d'astreinte à l'activité, et aboutissent aux mêmes constats même si elles peuvent comporter quelques écarts par rapport aux données de facturation de l'Assurance Maladie. Le recensement des astreintes et de l'activité effectué entre août 2022 et mai 2023 montre en effet une diminution progressive du nombre d'astreintes sollicitées. De plus, le pic d'astreintes en décembre 2022 reflète le pic d'activité qui a lieu au même moment, et témoigne ainsi de l'adaptabilité du SIO aux variations d'activité.

Nombre d'astreintes mensuelles		Nombre de sorties mensuelles	
Mois	Nbre d'astreintes	Nbre de sorties	
août-22	265	Août-22	31
sept-22	289	Sept-22	21
oct-22	218	Oct-22	16
nov-22	228	Nov-22	12
déc-22	239	Déc-22	35
janv-23	229	Jan-23	16
févr-23	196	Fév-23	17
mars-23	189	Mars-23	13
avr-23	132	Avr-23	23
mai-23	99	Au 14 mai 2023	14

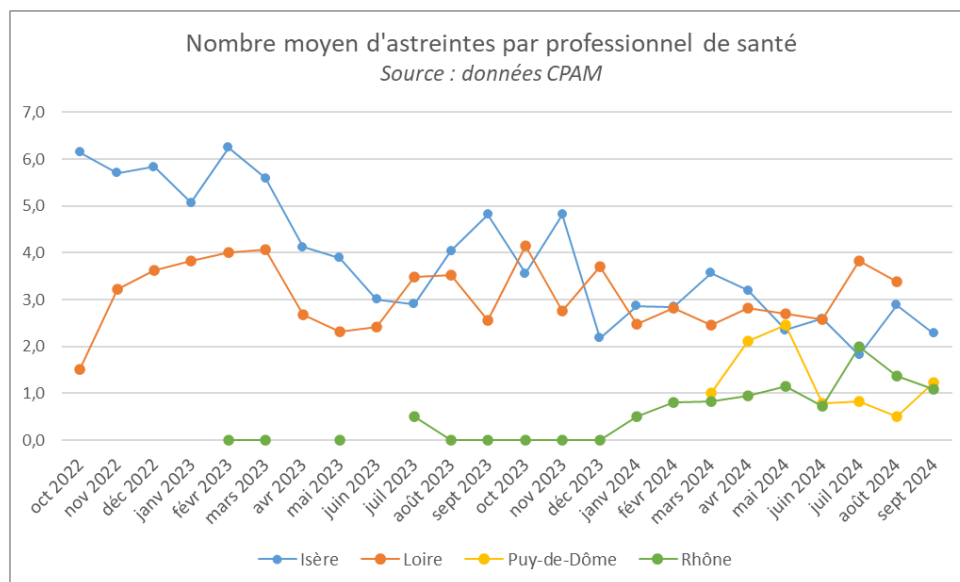
Adaptation des astreintes infirmières par rapport à la volumétrie. Source : données URPS

3.2.3. Actions mises en œuvre pour susciter l'adhésion des IDE

La communication auprès des IDE a principalement été faite par l'URPS, par appel à volontaires dans la base de l'URPS, ainsi que par les CPAM au travers des instances paritaires.

Le graphique ci-dessous, issu de données transmises par les CPAM, montre le nombre moyen d'astreintes par professionnel de santé par mois. En Isère, les IDEL effectuaient en moyenne plus de 5 astreintes par mois au début de l'expérimentation. Le nombre d'astreintes par IDEL a ensuite diminué au fur et à mesure que le dispositif prenait de l'ampleur, sans diminution simultanée du nombre d'astreintes global. Dans le Rhône, inversement, le nombre d'astreintes par IDEL a augmenté dans les premiers mois de l'expérimentation, au fur et à mesure que le nombre d'astreintes a augmenté. Dans la Loire, le nombre d'astreintes par IDEL oscille entre 2 et 4 par mois depuis le début de l'expérimentation, alors que, dans le même temps, le nombre global d'astreintes a diminué : ainsi les IDE ligériennes ont été de plus en plus nombreuses à prendre part au dispositif. Quant au Puy-de-Dôme, le faible recul ne permet pas encore de dégager une réelle tendance sur le degré de sollicitation des IDEL, alors que l'URPS confirme l'engagement d'un nombre suffisant de volontaires pour assurer des SNP.

Enfin, plus globalement, dans les départements les plus expérimentés (Isère et Loire), les IDEL sont sollicitées en moyenne pour 3,3 astreintes par mois selon les bases de la CPAM.



Les entretiens apportent un éclairage qualitatif sur l’adhésion des IDEL au dispositif. Selon l’URPS, le manque de garantie actuel sur la pérennité du système constitue un frein aux adhésions. Ainsi, les IDEL volontaires pour le SIO le sont principalement par engagement personnel. Par exemple, certaines IDEL volontaires sont aussi engagées en tant que sapeur-pompiers : une certaine porosité se fait entre les deux types d’engagement. En revanche, presque aucun cabinet infirmier n’a été amené à modifier son fonctionnement pour pouvoir prendre part au SIO.

L’enquête menée par l’URPS en juin 2024 auprès des 119 IDEL effectrices des 4 départements expérimentateurs révèle que 50% des IDEL effectuent les astreintes pendant leurs jours de travail, 12% les effectuent pendant ou hors de leurs jours de travail et 38% les effectuent hors de leurs jours de travail. Ce dernier gros tiers d’IDEL effectrices témoigne, pour certaines professionnelles, d’approches très différentes du cumul d’activité programmées et non programmées sur une même journée, entre cabinets.

Pour l’URPS, le passage au droit au commun permettrait aux IDEL d’avoir plus de perspectives en participant au SIO et de l’inclure dans leurs activités journalières. L’appel public à volontaires serait alors à formaliser, afin de faire vivre un vivier de taille raisonnable tout en garantissant une totale transparence sur les critères d’accès et en manifestant l’égalité d’accès pour les infirmiers intéressés.

D’autre part, le SIO apporte un outillage des IDEL effectrices et un accompagnement méthodologique de la VINP : afin d’homogénéiser le mode d’intervention des IDEL lors des VINP et de s’assurer qu’ils disposent des méthodes nécessaires pour assurer leur intervention, les IDEL disposent d’un dossier outil comprenant des fiches d’évaluations et des fiches cliniques spécifiques selon les cas. Cet outillage, en plus de venir appuyer la qualité de la visite, permet de faciliter l’intégration de nouvelles IDEL effectrices au dispositif.

3.3. Mise en place effective de la régulation régionale par l’URPS, en lien avec les SAMU/SAS

3.3.1. Conduite de projet à l’échelle de chaque département

- Implication des SAMU et SAS

A l’échelle départementale, l’adhésion et le soutien des SAMU et SAS au dispositif était un prérequis au fonctionnement de l’expérimentation : ils ont intégré le SIO dans leurs pratiques, comme effecteur du SAS. L’orientation de patients vers les VINP ne peut se matérialiser qu’à la condition d’instaurer un nouveau réflexe d’adressage parmi les médecins

régulateurs, comme une alternative plus pertinente à l'envoi d'un transport et/ou à l'adressage vers le service des urgences.

Selon les départements et leurs calendriers d'émergence des SAS, la mise en œuvre du SIO a pu se faire de manière concomitante avec celle des SAS. Les SAS les plus anciens (Isère, Rhône) au moment de la mise en œuvre du SIO ont pu consacrer plus d'énergie à l'intégration du SIO à leurs pratiques que les SAS les plus récents (Loire, Puy-de-Dôme), qui plaçaient alors en priorité leur mise en fonctionnement et le recrutement de régulateurs.

Les SAMU et SAS ont mené un travail de communication auprès des ARM et des médecins régulateurs pour les informer sur le dispositif et en promouvoir le recours. Tous témoignent d'une entrée relativement lente (plusieurs mois, voire un an) du SIO dans les habitudes des médecins régulateurs. En effet, ceux-ci sont nombreux et effectuent quelques régulations chaque mois, induisant une certaine inertie dans les changements de pratiques. Des rappels réguliers ont ainsi été réalisés, par mail, par visioconférence ou à l'oral pendant les sessions de régulation, sur l'existence de cette solution. La communication continue toujours au fil des nouvelles évolutions du dispositif (changements d'horaires, ajout des certificats de décès...). L'un des SAS a soulevé en entretien l'intérêt d'une communication commune SAS / SIO pour présenter le dispositif et répondre plus facilement aux questions du côté du SAS. Un support de communication commun pourrait aussi servir d'outil de communication mobilisable auprès des CPTS et IDEL du territoire.

Pour mettre en œuvre le SIO, les SAMU et SAS ont aussi dû l'intégrer comme nouvelle décision possible dans leurs logiciels métier. L'impact du SIO sur l'organisation du SAS est finalement limité, puisque la VINP prend place aux côtés d'autres possibilités d'effectif déjà paramétrées, et est d'un recours facilité par le SIO : les OSNP sollicitent directement l'IDEL d'orientation du SIO, sans avoir besoin d'engager directement la recherche d'IDEL effectrice.

Les IDEL rappellent le SAS à l'issue de leur intervention pour faire part de leur compte-rendu auprès du médecin régulateur et de se concerter sur les suites à donner. Selon les SAS, les IDEL bénéficient d'un numéro dédié pour ces appels ou rappellent le 15.

Les SAS ont confirmé la faible proportion d'aléas associés au SIO, tant en termes de déclenchement qu'en termes de retour d'information au médecin régulateur à l'issue de la VINP. Un SAMU / SAS rapporte toutefois que, à la suite de quelques retours sur de longs délais d'attente de mise en relation avec le médecin régulateur à l'IDEL à l'issue de la VINP, un rappel a été nécessaire auprès des ARM : les IDEL doivent être prioritaires quand elles rappellent.

Enfin, les SAMU et SAS ont, selon les départements, participé aux côtés de l'URPS à la réflexion sur les modalités de mise en œuvre du SIO. En particulier, le SAMU / SAS de l'Isère prend part à une réflexion conjointe avec l'URPS et la DTARS sur la mise à disposition auprès des IDEL effectrices d'une trousse de matériel. Ce sujet sera développé dans la partie sur la mise en place de l'astreinte et des interventions.

■ Implication des CPAM et DTARS

L'implication des CPAM et DTARS s'est faite de manière variable selon les départements.

Les CPAM financent les astreintes et les VINP selon la mission Braun et en assurent le contrôle d'activité dans le cadre de la facturation, et ont été amenées à s'impliquer de manière variable dans sa mise en œuvre, notamment dans la phase de démarrage. Certaines ont participé plus activement à la promotion du dispositif, par exemple auprès des commissions paritaires locales des IDEL, alors que cette implication n'a pas été nécessaire dans d'autres départements.

Les DTARS ont aussi été impliquées de manière hétérogène, les DTARS d'initiation du projet ayant assuré une intermédiation plus conséquente avec le siège de l'Agence et l'échelon national que pour les départements associés dans un 2^e temps. Elles ont participé aux communications régulières entre acteurs du projet (principalement SAMU, SAS et SIO). La DTARS du Puy-de-Dôme a aussi eu une forte implication auprès du SAMU et du SAS pour les inciter à se mobiliser auprès du SIO, dans un contexte conjoncturel de difficulté à engager un nombre suffisant de médecins régulateurs pour faire aboutir le SAS (leur mobilisation s'était faite plus spontanément dans les autres départements).

Enfin, en termes de communication entre acteurs, celle-ci se fait aussi de manière plus ou moins formalisée selon les départements. En Isère, un Comité de Pilotage dédié aux VINP regroupant SAMU, SAS, SIO et DTARS se réunit trimestriellement (mensuellement au moment de la mise en œuvre) afin de partager les variations d'activité et les retours qualitatifs du terrain, et d'échanger sur les évolutions à faire prendre au dispositif (territoire couvert, horaires, équipements à déployer...). Dans le Puy-de-Dôme et le Rhône, la CPAM ou la DTARS participent aux Comités de Pilotage

ou Comités Opérationnels réguliers du SAS, plutôt qu'une instance dédiée. A l'inverse, dans la Loire, la communication se fait de manière fluide, mais sans instance particulière. En effet, le SIO étant né avant le SAS, il n'a pas été intégré initialement aux réunions régulières de celui-ci.

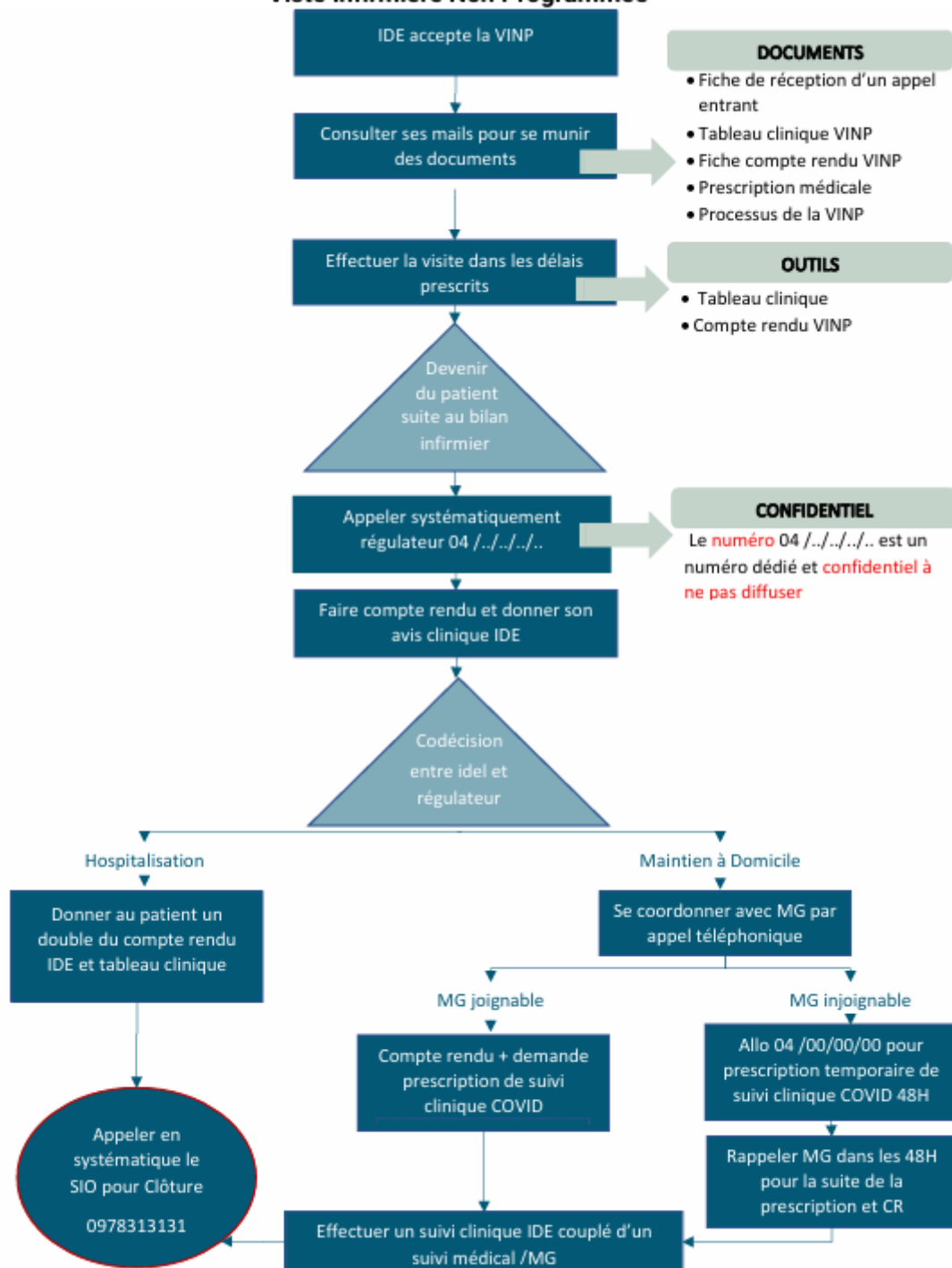
Par ailleurs, une seule CPAM soulève un manque de fluidité dans sa communication avec l'URPS, notamment sur des alertes sur les paiements d'astreintes de la part de la CPAM non entendues et sur un manque de partage d'informations sur le positionnement d'astreintes par l'URPS. Un Comité de Pilotage trimestriel CPAM / URPS a ainsi été instauré.

Dans l'ensemble, l'implication de l'URPS ressort comme un critère de réussite du projet, sur les 4 départements visés, et permet de limiter les besoins d'implication opérationnelle des autorités administratives. Le SIO s'inscrit dans le sillage du déploiement des SAS et les instances de pilotage de ces derniers s'avèrent adaptées pour rendre compte de l'activité des VINP auprès des acteurs de chaque département.

3.3.2. Description du processus de la VINP

L'URPS a construit le logigramme suivant, décrivant le processus de mobilisation d'une IDE pour une VINP. Après avoir été contactée par le SAS, qui exprime un besoin de VINP, c'est la cellule d'orientation du SIO, située à Rive-de-Gier, qui contacte l'IDE effectrice pour lui transmettre le besoin. Une fois que l'IDE a accepté, puis effectué la VINP, elle appelle le régulateur pour lui faire part du compte-rendu de la visite. Après codécision entre le régulateur et l'IDEL, le patient peut être transporté vers l'hôpital ou maintenu à domicile. Dans ce dernier cas, l'IDEL est chargée de joindre le médecin traitant ou l'infirmière référente du patient pour l'informer de la VINP, et ainsi assurer la continuité des soins du patient.

PROCESSUS DE LA VINP Viste Infirmière Non Programmée



Document élaboré par Louise RINZ - janvier 2022

URPS INFIRMIERS LIBERAUX D'Auvergne-Rhône-Alpes

siège social : 21 Quai Antoine Riboud 69002 - Lyon

Tel : 04 73 91 08 68

Antenne administrative : 15 rue du pré la reine 63100 Clermont Fd

contact@urps-inf-aura.fr

3.3.3. Organisation au sein du SIO

La cellule d'orientation se situe dans les locaux dédiés au SIO, au sein de l'hôpital de Rive-de-Gier. Elle repose sur un poste de traitement des appels en provenance des SAS, sur l'ensemble des horaires d'ouverture du SIO, et bénéficie d'un

temps de secrétariat en soutien. Une douzaine d'IDEL se relayent sur ce poste de coordination. Elles ont été formées par l'URPS. A ce propos, l'IDEL rencontrée par les évaluateurs a souligné que l'appropriation des réflexes de coordination n'était pas immédiate : il y a un intérêt à maintenir un nombre raisonnable d'IDE d'orientation afin qu'elles puissent développer et utiliser leur expertise en coordination ; une douzaine d'intervenantes garantit une réactivation des compétences chaque semaine.

Trois lignes téléphoniques sont gérées par l'IDE d'orientation : une ligne dédiée aux appels SAS, une ligne dédiée aux appels hors SAS et une ligne directe SIO. Le bureau de la secrétaire étant situé dans la même pièce que celui de l'IDEC, celle-ci peut recevoir de l'aide de la part de la secrétaire en cas de sur-sollicitation téléphonique, pour réceptionner certains appels et mettre en attente.

Enfin, à chaque appel, l'IDE remplit une fiche patient, sur papier, permettant de tracer le motif de l'appel et les suites à donner. L'IDEL effectrice est ensuite mobilisée via IDELINE. La fiche papier permet de tracer les moyens mobilisés et de recueillir les retours de la part de l'IDEL effectrice.

Zoom sur le dispositif de participation des IDEL aux soins non programmés mis en place par l'ARS Nouvelle-Aquitaine

À la suite du rapport Braun de 2023, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a mis en place un dispositif permettant aux IDEL de prendre part aux soins non programmés. Le pilotage du projet s'est fait par l'URPS médecin, avec une participation de l'URPS infirmier. L'URPS médecin a également été chargé du financement (versement FIR, avec paiement des sorties d'astreinte par l'Assurance Maladie), de la coordination et de la logistique.

Le principe de fonctionnement est le suivant. Les IDE s'inscrivent individuellement sur le logiciel de planning FlexiVac. La régulation du SAS peut ensuite activer une IDE d'astreinte, avec le choix entre trois actions différentes : réalisation d'un acte infirmier à domicile, conseil, téléconsultation assistée par une IDE.

La mise en place du projet s'est faite à l'été 2023 sur 8 des 12 départements de la région Nouvelle-Aquitaine. Le dispositif a pleinement fonctionné pendant les deux mois d'été. Début 2025, seuls 2 départements continuent d'utiliser ce dispositif (Lot-et-Garonne et Pyrénées-Atlantiques), avec l'engagement de 3 CPTS qui souhaitent le développer.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine tire un bilan mitigé de ce dispositif, en particulier en raison d'une mise en œuvre jugée trop rapide pour obtenir l'adhésion des professionnels concernés, qui n'ont pas été concertés en amont sur les modalités de mise en œuvre. Le dispositif n'a rencontré que peu d'adhésion auprès de la régulation, avec des difficultés dans la lisibilité du dispositif (modalités de mise en œuvre non homogènes) et dans l'utilisation d'un nouveau logiciel (FlexiVac).

De plus, le déploiement d'astreintes à grande échelle sans engagement, au moins informel, des médecins régulateurs des SAMU / SAS à solliciter le dispositif et sans coordination facilitante des horaires et du traitement des demandes, a engendré un coût très élevé du dispositif au regard d'un niveau de sollicitation trop faible.

Cet exemple, et les entretiens menés avec les différents acteurs du SIO en Auvergne-Rhône-Alpes, soulignent ainsi l'importance d'impliquer les parties prenantes dès les prémices du projet, afin, d'une part, de construire avec elles des modalités de mise en œuvre qui garantissent une adhésion des professionnels au projet, et d'autre part, de s'assurer de l'adhésion préalable des régulateurs pour susciter du recours dès le démarrage. En particulier, les SAMU et SAS sont à associer de manière prioritaire, tandis que l'association de la profession IDEL peut se faire de manière plus naturelle par la suite.

3.4.1. Enjeu d'équipement des IDEL effectrices

Les IDEL volontaires disposent d'une liste rédigée par l'URPS en concertation avec les professionnels, précisant l'équipement de base dont il est recommandé de se doter pour les VINP, sans toutefois le constituer en obligation.

Les entretiens avec les SAMU et SAS des 4 départements expérimentateurs confirment un besoin de définition d'un équipement minimal des IDEL effectrices, qui reste cependant proche des outils et consommables qu'une IDEL est susceptible de mobiliser. Elles interviennent actuellement avec leur propre matériel, qui varie donc d'une IDEL à l'autre. Une liste ou une mise à disposition de matériel commun entre les volontaires permettrait de standardiser les possibilités de soin des effectrices et d'éviter les situations où le patient est orienté vers une hospitalisation par défaut matériel, et non par besoin.

La définition du contenu d'une trousse minimale soulève néanmoins des questions logistiques d'encombrement ou de péremption de consommables, notamment lorsqu'il s'agit de DM comportant des tailles différentes (ex : sondes urinaires), et de financement.

A l'échelle de l'Isère, les acteurs SAMU / SAS 38, DTARS 38 et SIO ont décidé d'approfondir ce point et de définir une trousse de matériel minimal pour faire des gestes techniques ou thérapeutiques. Ce travail porte sur la définition du contenu de la trousse, mais aussi sur le financement, le nombre de trousses (idéalement, une par IDEL – mais l'alternative peut être de les mettre à disposition dans les CH ou les EHPAD) et leur réapprovisionnement une fois le matériel utilisé. En effet, dans la première expérimentation mise en place en Isère, un sac à dos avec des médicaments de base avait été constitué avec SOS Médecins et SAMU, et déposé dans des cabinets infirmiers. Celui-ci a été retiré lors de l'inclusion des VINP parmi les mesures Braun, qui ne prévoyaient pas cette possibilité.

De manière similaire dans la Loire, un travail avait été amorcé entre URPS, SAMU et SAS pour que les IDEL puissent disposer d'une base de matériel antalgique. Le projet a finalement été abandonné car trop complexe en termes de responsabilité civile et de sécurité de la prescription.

3.5. Opérationnalité du système de télécommunications et d'information

3.5.1. Présentation du logiciel métier utilisé par la cellule d'orientation du SIO

Le SIO s'inscrit dans un objectif plus large poursuivi par l'URPS, visant à faciliter l'identification et la mobilisation d'une IDEL pour les autres services de soins, hospitaliers comme en ville. A ce titre, la plateforme nommée IDELINE, avait été développée par l'URPS avant la crise du Covid afin de répertorier les IDEL et recenser leur zone et période d'intervention : le but était alors de pouvoir identifier les IDEL à solliciter en cas de besoin, notamment pour faciliter le retour à domicile et éviter les ruptures hôpital / ville dans les parcours de soins. La plateforme permet de communiquer sur la disponibilité d'IDEL et d'en encourager le recours, en constituant un recensement régional. L'inscription à IDELINE est libre et gratuite (pas d'abonnement) pour toute IDEL en situation d'exercice.

Si IDELINE a été développée avant Covid dans l'esprit d'une plateforme de mise en relation entre professionnels aussi bien de la ville que de l'hôpital, elle est depuis devenue un opérateur privilégié pour d'autres besoins, dont la VINP, PRADO, la réhabilitation améliorée après chirurgie, l'identification d'IDEL formées à l'ETP, aux certificats de décès, à la prescription vaccinale et à toutes autres appétences infirmières. La plateforme est systématiquement utilisée par la cellule d'orientation du SIO pour mobiliser tracer le parcours coordonné entre SAS, SIO et IDEL effecteurs. Elle est utilisée à toute fin de traçabilité aussi bien pour le parcours coordonné avec astreinte que sans astreinte.

D'autres solutions informatiques comparables à IDELINE existent (Libheros ou Inzee Care) mais l'URPS a privilégié un développement spécifique dont il est le propriétaire. La sécurité des données de santé sont confiées à un hébergeur habilité, COREYE.

3.5.2. Télécommunications dans les processus d'orientation et de VINP

Au niveau de l'orientation, un effort de traçabilité de la demande, de l'intervention et des résultats est réalisé, allant jusqu'au rappel post-intervention de l'IDEL effectrice. En effet, lorsque l'IDE d'orientation reçoit l'appel du SAS, elle remplit une fiche patient, sur papier, permettant de tracer le motif de l'appel et les suites à donner. L'IDEL effectrice est ensuite mobilisée via IDELINE. La fiche papier permet de tracer les moyens mobilisés, puis de recueillir les retours de la part de l'IDEL effectrice.

En revanche, les communication SAS <> IDEL orienteur <> IDEL effecteur passent par téléphone et sont tracés par IDELINE. Toutes les communications sont enregistrées, sécurisée et sous le contrôle du DPO. cf Logigramme

Enfin, la pérennité de l'utilisation du SIO dépend fortement des systèmes d'information et de télécommunication utilisés. En effet, la facilité d'identification des solutions qui s'offrent à l'IDE coordinatrice d'une part, et au régulateur d'autre part, ainsi que la fluidité de communication entre SAS, IDEL effectrice et coordination du SIO, sont des prérequis à une adhésion élargie des professionnels au dispositif.

3.6. Modes de facturation et de contrôle des interventions

La mission flash sur les urgences et soins non programmés pour l'été 2022, conduite par le Dr François Braun, a abouti à la recommandation de « mobiliser les infirmier(e)s libéraux volontaires pour assurer une réponse aux SNP à la demande de la régulation médicale du SAMU-SAS ». L'arrêté du 1^{er} juin 2021, relatif aux mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé maintenues en matière de lutte contre la covid 19, a ensuite été amendé par l'article 43-1 décrivant les mesures complémentaires destinées à garantir la prise en charge des besoins en santé de la population sur tous les territoires, notamment en matière de soins de médecine d'urgence ou de soins non programmés.

Ainsi, l'article 43-1 reconnaît au niveau national la facturation par les IDEL effectrices avec accord d'une rémunération de 78€ par période de 6h pour les astreintes effectuées en PDSA et de 60€ par période de 6h pour les astreintes effectuées hors PDSA. De plus, la facturation de l'AMI 5,6 est cumulable avec celle des astreintes et avec les frais de déplacement pour les visites à domicile sollicitées par la régulation pendant une période d'astreinte et non cumulable dès lors qu'un autre acte thérapeutique a été facturé.

La déclinaison des modalités de facturation par le SIO sont décrites dans un document de l'URPS à destination des IDEL effectrices :

- Facturation de soins ou de la visite par les logiciels de facturation habituels de l'IDEL, avec un numéro de prescripteur défini spécifiquement pour la régulation ;
- Facturation des déplacements en IFD (Indemnité Forfaitaire de Déplacement) si la visite se fait dans la commune du cabinet de l'IDEL, à laquelle s'ajoute l'IHK (Indemnité Horaire Kilométrique) si le déplacement se fait dans une autre commune ;
- Facturation mensuelle des astreintes sur un bordereau spécifique adressé au SIO.

Comme évoqué précédemment (dans le paragraphe sur le degré de couverture des besoins en astreinte), le SIO sollicite les IDEL selon deux processus distincts, avec leurs modes de facturation associés :

- D'une part, un tableau d'astreintes est défini plusieurs semaines à l'avance par l'URPS, en concertation avec les IDE volontaires. En fin de mois, les astreintes sont facturées par les IDEL sur un bordereau spécifique transmis

au SIO afin qu'ils soient vérifiées avant l'envoi aux CPAM pour la mise en paiement. Chaque lot de bordereau est assorti du tableau d'astreinte. Ainsi, le contrôle nominatif des astreintes à payer est entièrement confié à l'URPS, la CPAM assurant un contrôle au global et sollicitant le SIO pour toute précision avant paiement.

- D'autre part, les visites et actes sont facturés directement à la CPAM par les IDEL. Quelques aléas ont été reportés à ce sujet : notamment sur une forte fréquence de retards de facturation et sur des erreurs de facturation (principalement sur le numéro de prescripteur spécifique aux VINP – erreur qui n'empêche pas la rémunération mais ne permet pas de repérer spécifiquement les VINP dans les bases de données des CPAM). Des rappels ont été effectués par les CPAM pour diminuer la fréquence de ces erreurs de facturation.

4. Axe 2 : Evaluation de l'efficacité / efficience

L'appréciation de l'efficacité et de l'efficience du projet s'intéresse à la réponse du dispositif aux objectifs définis préalablement et à la satisfaction de ses utilisateurs. Cet axe comporte ainsi les sous-questions évaluatives suivantes :

- Effectivité de l'orientation des patients du SAS vers une VINP
- Résultats de la VINP et suites en matière de soins
- Expérience des patients et des professionnels sur la régulation et les interventions
- Niveau d'utilisation des différentes astreintes prévues et différences territoriales
- Nature des interventions en EHPAD ; degré de recours

Points saillants
- En pratique, un dispositif qui vise en particulier des publics vulnérables : personnes âgées, en (et ?) ALD. - Forte montée en charge qui amène à des précautions sur le degré de recours à maturité ; un taux de recours qui atteint 4 VINP/ 100 000 habitants à 2 ans (voire approche des 6 / 100 000 sur les EPCI les plus avancés) et que les médecins régulateurs anticipent en doublement - Prévalence apparente en zone urbaine ; délais et distances d'intervention maîtrisés, de même que le déroulement (garantie de réponse, garantie de CR) - Effectivité de la substitution au transport vers les urgences - Volet social à ne pas négliger ; intérêt d'une coordination forte avec les DAC. - Soutien méthodologique du SIO auprès des IDEL pour équiper les interventions (grilles d'évaluation, formations courtes, réflexion sur le matériel) - Un taux de maintien à domicile relevé par l'URPS à près de 80% et plutôt confirmé dans les données de l'Assurance Maladie

4.1. Précisions méthodologiques

Les résultats présentés dans cet axe se basent, en plus des propos recueillis lors des entretiens, sur l'analyse des données transmises par les CPAM des 4 départements expérimentateurs et par l'URPS. La source est SIAM ERASME, base de données couvrant l'ensemble des soins facturés au Régime Général sur 2 années (avec une quasi-exhaustivité ; les patients de certains régimes spécifiques tels que les sections locales mutualistes ne sont pas prises en compte, par exemple). Les données utilisées pour constituer les graphes présentant une analyse agrégée sur les 4 départements sont détaillées par département dans des tableaux en annexe.

Les données URPS et les données CPAM peuvent présenter des résultats bruts différents, mais les conclusions et tendances dégagées sont globalement les mêmes selon que l'on utilise l'une ou l'autre de ces sources de données. Par exemple, le tableau ci-dessous présente une comparaison des sorties référencées entre avril et septembre 2024 dans les données CPAM et dans les données URPS.

	Nb de sorties selon les CPAM	Nb de sorties selon l'URPS
Isère	557	864
Loire	296	449
Puy-de-Dôme	46	50

Rhône	49	78
-------	----	----

Comparaison du nombre de sorties selon les CPAM et selon l'URPS entre avril et septembre 2024

Les différences de résultats ici peuvent principalement s'expliquer par :

- L'exclusion dans SIAM ERASME des autres régimes et plus particulièrement les régimes agricole (MSA) ou relevant de certaines branches de la fonction publique, qui représentent une part importante de la patientèle sur les territoires visés
- le code prescripteur qui n'est pas utilisé systématiquement par les infirmiers.

Ainsi, dans la suite du rapport, entre deux jeux de données similaires transmis par les CPAM et par l'URPS, les données CPAM sont exploitées en priorité car elles ont été transmises sous un format facilitant l'analyse. Les données URPS sont quant à elles utilisées pour compléter l'analyse ou apporter un point de vue complémentaire.

En outre, les départements ont des poids différents dans les analyses agrégées : en effet, le nombre de VINP réalisées depuis le début de l'expérimentation varie d'un département à l'autre. S'il n'est pas précisé de différences significatives entre départements dans l'analyse, c'est que la même tendance est observée dans les 4 départements.

Le nombre de visites et les périodes considérées par département dans les données CPAM sont récapitulées dans le tableau suivant :

	Isère	Loire	Puy-de-Dôme	Rhône
Période de soins considérée	Nov. 2022 – Déc. 2024	Oct. 2022 – Sept. 2024	Avril 2024 – Sept. 2024	Fév. 2023 – Sept. 2024
Nombre de VINP recensées par les CPAM	1 383	751	46	77
Nb de sorties recensées SIO (VINP ou autre motif sur orientation SIO)	2023 : 784 2024 : 1 796	2023 : 420 2024 : 908	2024 : 122	2024 : 134
Moyenne mensuelle d'après données CPAM	53	31	8	4

Données transmises par les CPAM et utilisées pour les analyses présentées dans ce rapport

Enfin, la nature des données CPAM impose une certaine précaution méthodologique : en effet, ces données sont issues de la facturation déclarée par les IDEL effectrices. Leur exhaustivité et leur fidélité à la réalité (notamment en ce qui concerne les dates déclarées) dépendent donc entièrement de la rigueur des IDEL dans leurs déclarations de facturation.

4.2. Effectivité de l'orientation des patients du SAS vers une VINP

4.2.1. Evolution de l'activité

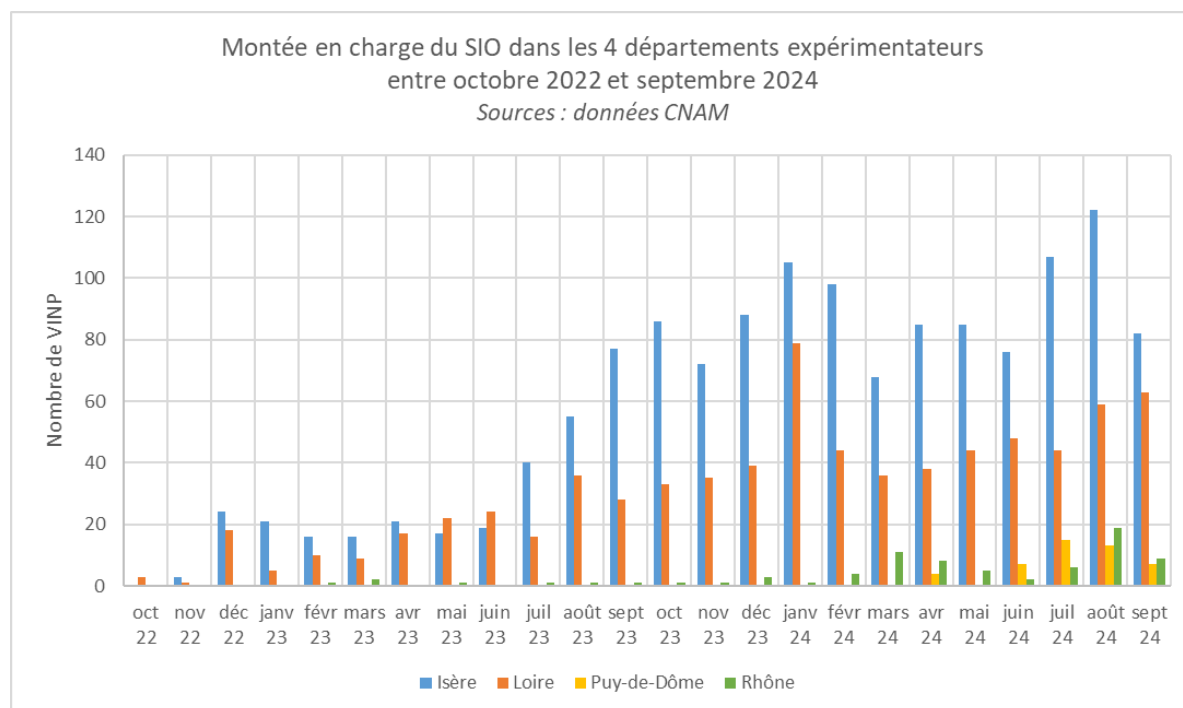
Le graphique ci-dessous présente l'évolution du nombre de VINP mensuel dans chacun des 4 départements expérimentateurs. L'Isère et la Loire, ayant démarré dès le dernier trimestre 2022, ont connu une montée en charge relativement rapide, avec déjà une quinzaine de visites mensuelles lors des premiers mois de l'expérimentation. Sur la dernière année mesurée, entre septembre 2023 et août 2024, le nombre moyen de visites mensuelles est de 83 pour l'Isère et 41 pour la Loire.

Du côté du Rhône, la première visite apparaît dans les données CPAM dès février 2023, pour des patients traités en Isère ou en Loire, mais l'activité ne démarre réellement qu'à compter de l'ouverture du SIO aux appels du SAS69 soit en février 2024.

Enfin, les premières visites du Puy-de-Dôme ont lieu à partir d'avril 2024. Les premiers mois d'activité montrent une augmentation progressive, passant de 4 patients en avril à une quinzaine de visites mensuelles pendant les mois d'été,

avant de revenir à 7 en septembre. La tendance de l'activité dans le Puy-de-Dôme demanderait cependant à être étudiée avec plus de recul depuis le démarrage.

Sur ces 2 départements, les acteurs interrogés confirment l'intérêt des VINP mais constatent la difficulté à obtenir l'engagement des médecins régulateurs pour solliciter le dispositif. Les interlocuteurs confirment que l'activité progresse à leur sens mais suppose de convaincre individuellement chaque régulateur, alors que ceux-ci n'exercent qu'à temps partiel à la régulation et sont donc nombreux.



Plus globalement, en moyenne, le nombre de VINP mensuel est de 2,01 pour 100 000 habitants, et de 33,9 pour 100 000 habitants de plus de 80 ans. Cependant, ces taux moyens diffèrent selon les départements – le détail est donné dans le tableau ci-dessous.

	Isère	Loire	Puy-de-Dôme	Rhône
Nombre de VINP mensuel pour 100 000 habitants	3,9	4,1	1,5	0,14
Nombre de VINP mensuel pour 100 000 habitants de plus de 80 ans	72	57	24	2,5

Lors des entretiens, tous les départements ont rapporté que le dispositif était encore en croissance, même du côté des départements les plus expérimentés dans le dispositif (Loire et Isère). Si le rapport entre coût du dispositif et nombre de sorties n'est pas encore concluant, l'orientation du SAS vers la VINP devrait être amenée à augmenter. Les SAS des territoires les plus avancés estiment que le degré de recours pourrait encore doubler, voire tripler, dans leur secteur, en constatant que certains médecins n'ont pas encore pleinement intégré l'apport de la VINP ; il s'agit là d'une appréciation au ressenti, à manier avec précaution, mais qui invite à intégrer une progression dans les projections d'activité.

4.2.2. Procédure d'orientation des patients du SAS vers une VINP

L'orientation des patients du SAS vers une VINP se fait de manière uniforme dans les 4 départements expérimentateurs : l'appel est décroché par l'ARM, puis transmis au médecin régulateur du SAS. Après analyse de la situation et décision de solliciter une IDEL, le régulateur ou l'OSNP se met en lien avec le SIO pour programmer une VINP, en précisant un délai

maximal d'intervention. De manière marginale, il se peut qu'aucune IDE ne soit disponible, car certains secteurs n'ont pas forcément une IDE dédiée à l'astreinte : le SAS se ré-orienta alors vers une autre solution. En 2024, 100% des sollicitations ont été honorées par le SIO.

Les données sur le nombre de décrochés transmises par l'URPS comptabilisent 4446 sollicitations en 2024, soit un peu plus de 12 par jour en moyenne (pour une amplitude de 18 heures). Ponctuellement, le nombre d'appels par jour peut atteindre une vingtaine. En comparaison, en 2023, le nombre de sollicitations était de 1232. Le SIO comprend une assistante qui peut suppléer l'IDEL de régulation lors de pics d'appels.

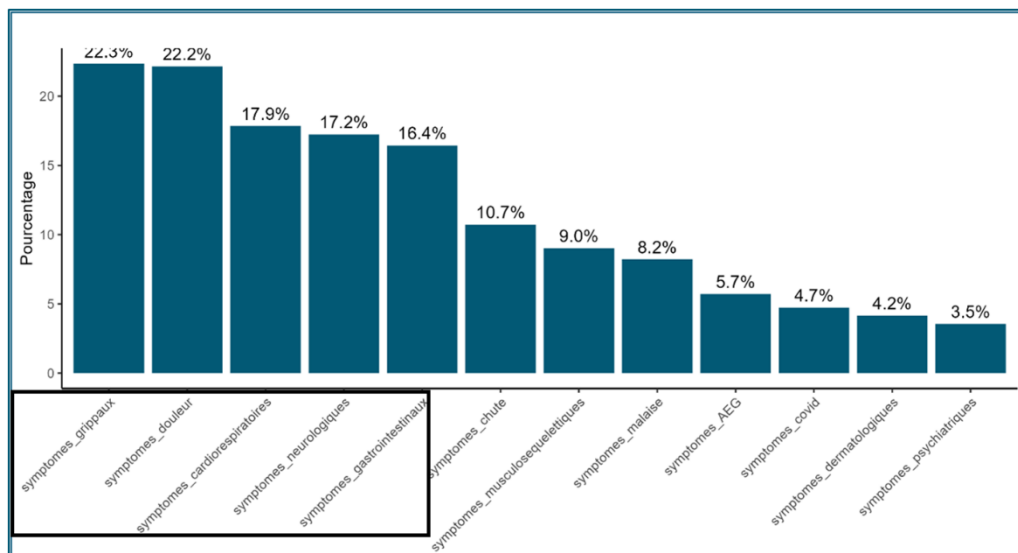
Au regard de ces volumes et de cette organisation, le SIO semble encore pouvoir augmenter la proportion d'appels avant de nécessiter une 2^e ligne d'IDE de régulation ; le cas échéant, il devrait être possible d'identifier les créneaux prioritaires pour ce renfort et en limiter l'impact économique. En principe, une ligne bénéficiant d'une astreinte suppose une intervention assez rapide de la part de l'IDE de régulation, à la différence des cas où aucune astreinte n'est activée et où il faut successivement solliciter différents intervenants potentiels. En outre, le SIO adresse des besoins au-delà des VINP et il conviendrait de l'objectiver, pour que chaque motif de recours porte sa part des coûts de permanence.

D'après les statistiques transmises par l'URPS, toutes les demandes sont satisfaites et les délais d'intervention sont respectés. Sur la période du 1^{er} janvier au 29 décembre 2024, la moyenne sur les 4 départements expérimentateurs des délais d'intervention demandés est de 1h22, et le délai moyen d'intervention effectué est de 58 minutes. Les moyennes des délais d'intervention s'échelonnent de 43 minutes pour l'Isère à 1h34 pour le Puy-de-Dôme.

En revanche, dans un département, les IDEL ont remonté des informations sur des sorties blanches (une quinzaine en 9 mois) : les IDEL sollicitées par le SAS se sont déplacées, alors que, entre-temps, le patient avait déjà été pris en charge par un autre moyen. L'IDEL ne facture donc pas d'acte alors qu'elle s'est bien déplacée. À la suite de ces erreurs de coordination, un travail a été fait par le SIO pour les limiter.

D'autre part, les motifs d'orientation du SAS vers le SIO n'ont pas été protocolisés à ce jour ; il est du ressort des médecins régulateurs de choisir la réponse adéquate à apporter en fonction des cas. A ce propos, la mise en place d'une trousse de matériel commune, discutée dans l'Axe 1, pourrait induire plus de formalisation dans les motifs de sollicitation des IDE ; le témoignage des Hauts de France montre, par ailleurs, qu'une protocolisation de grandes catégories de recours est envisageable en ARA une classification des motifs d'appels pour un déclenchement SIO a été effectuée à partir d'une analyse des motifs d'appels recensés. Cf Graphique sur les motifs d'appels tous départements confondus

Graphique n°3 - Classification des motifs d'appels tous départements confondus



Les IDEL renseignent néanmoins un motif de recours de manière qualitative, donc l'exploitation montre quelques tendances :

- En regroupant les motifs similaires, on retrouve en majorité une déclaration de symptômes pour lesquels l'IDEL a permis de mieux qualifier la situation. Les motifs les plus fréquents évoquent des vertiges ou des chutes, des douleurs abdominales et vomissements, de la dyspnée ou de l'asthénie, des douleurs articulaires.
- En complément, on trouve des actes infirmiers à réaliser ou reprendre : des pansements, des traitements de plaies, de la pose de sonde, des changements de dispositifs médicaux. De manière plus marginale, des intolérances médicamenteuses ou erreurs de dosage (insuline) sont évoqués dans les déclarations de manière très ponctuelle.

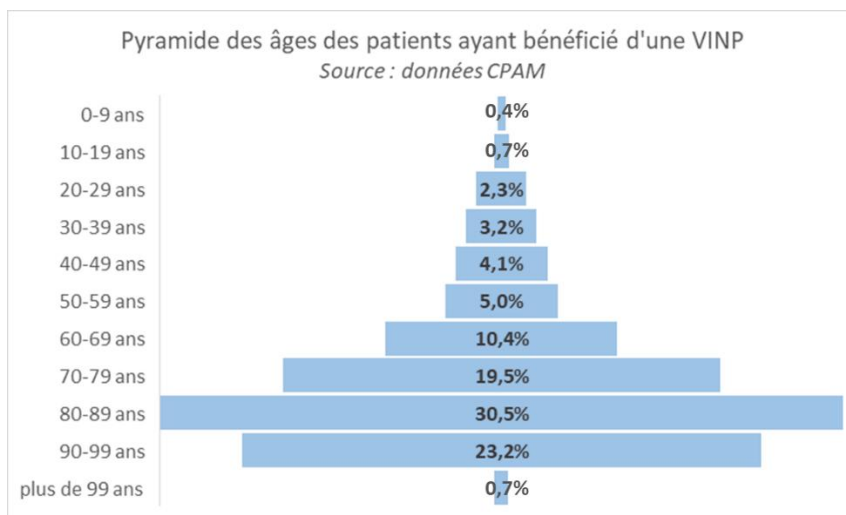
L'URPS a pu mettre en valeur la technicité de l'intervention de l'IDEL dès ces premiers échanges avec le patient, visant à qualifier la situation et à engager les soins infirmiers. Le niveau d'engagement et le temps nécessaire sont très différents selon que la zone est couverte ou non par une astreinte, au moment de l'appel : l'infirmier orienteur sera, en l'absence d'astreinte, amené à identifier un intervenant tout en conservant la liaison avec le patient. L'IDE orienteur reste ensuite impliqué dans le traitement des suites d'intervention, puis dans les rappels de patients post-intervention.

4.3. Résultats de la VINP et suites en matière de soins

4.3.1. Caractérisation de la patientèle touchée

- Un dispositif qui s'adresse principalement aux plus de 60 ans

L'analyse des données transmises par les CPAM des 4 départements expérimentateurs montre que plus de la moitié de la patientèle des VINP a plus de 80 ans, et 84% a plus de 60 ans. Les pyramides des âges des patients sont similaires dans les 4 départements. Seul le département du Rhône s'adresse en moyenne à des patients légèrement plus jeunes (la part des plus de 60 ans y est de 74%).



De plus, les données CPAM analysées montrent que les femmes représentent 61% des patients ayant bénéficié d'une VINP, ce qui est le reflet des réalités démographiques en France : à l'échelle nationale, les femmes représentent 56% des plus de 60 ans et 64% des plus de 80 ans.

- Une patientèle en plus grande vulnérabilité socio-sanitaire que la moyenne

Parmi les patients ayant bénéficié de VINP, 15% ne sont pas couverts par une complémentaire santé, alors qu'en moyenne, au niveau national, 4% de la population fait l'objet d'une absence de complémentaire d'après la DREES. D'autre part, les patients couverts par la complémentaire santé solidaire (CSS) représentent 12% des bénéficiaires de VINP, soit une proportion comparable à la moyenne nationale (11% en 2024, toujours selon la DREES).

De plus, la proportion de patients ayant bénéficié de VINP et n'ayant pas de médecin traitant est de 8,5%. En comparaison, un rapport du Sénat de 2022 donne les proportions de population n'ayant pas de médecin traitant, par tranche d'âge. En appliquant ces proportions à une population française présentant une pyramide des âges similaire à celle de la patientèle du SIO, la part de population sans médecin traitant serait en moyenne de 6,7 %. Il y a donc une surreprésentation apparente de patients sans médecin traitant parmi les bénéficiaires des VINP.

D'autre part, 71% des patients ayant bénéficié d'une VINP sont reconnus en affection de longue durée (ALD), soit bien plus que la moyenne française (20,1% de la population française est touchée par une ALD en 2022, d'après la CNAM). Ainsi, en facilitant une prise en charge à domicile, la VINP répond aux besoins d'une population particulièrement fragile et médicalement vulnérable, dont les besoins de prise en charge sont soutenus et nécessitent une coordination accrue des soins. Les données disponibles au niveau de l'Assurance Maladie ne permettent pas de distinguer les différents motifs d'ALD. Ces données mettent ainsi en évidence une plus grande vulnérabilité socio-sanitaire des patients bénéficiant de la VINP par rapport à la moyenne nationale. En effet, une proportion significativement élevée des patients ne dispose pas de complémentaire santé, la part de ceux sans médecin traitant est également supérieure à la moyenne attendue, et le taux de patients en ALD est très élevé. Cela laisse entendre que le SIO est mobilisé pour des personnes à l'écart du système de santé jusqu'alors, et peut contribuer à leur insertion ; cela soulève aussi des questions d'articulation avec les professionnels de l'action sociale pour faire reconnaître des droits (ainsi que les DAC, cf. infra). L'équipe du SIO a confirmé que les IDEL pouvaient être amenées à constater l'absence d'affiliation à un médecin traitant et/ou formuler d'autres constats tenant au domicile (inadéquations à l'état de dépendance, par exemple) qui le cas échéant, donnent lieu à un signalement. Cf : Formalisation d'un parcours complexe post VINP

4.3.2. Maintien à domicile

D'après les SAMU et SAS rencontrés, les patients maintenus à domicile à la suite de la VINP (77% en 2024 d'après les statistiques de l'URPS) représentent autant de patients pour lesquels le régulateur aurait autrement sollicité un transport. Sur l'année 2024, les taux de maintien à domicile présentés par l'URPS sont relativement similaires sur les 4 départements : 75% dans le Puy-de-Dôme, 77% en Isère et dans la Loire, et 82% dans le Rhône.

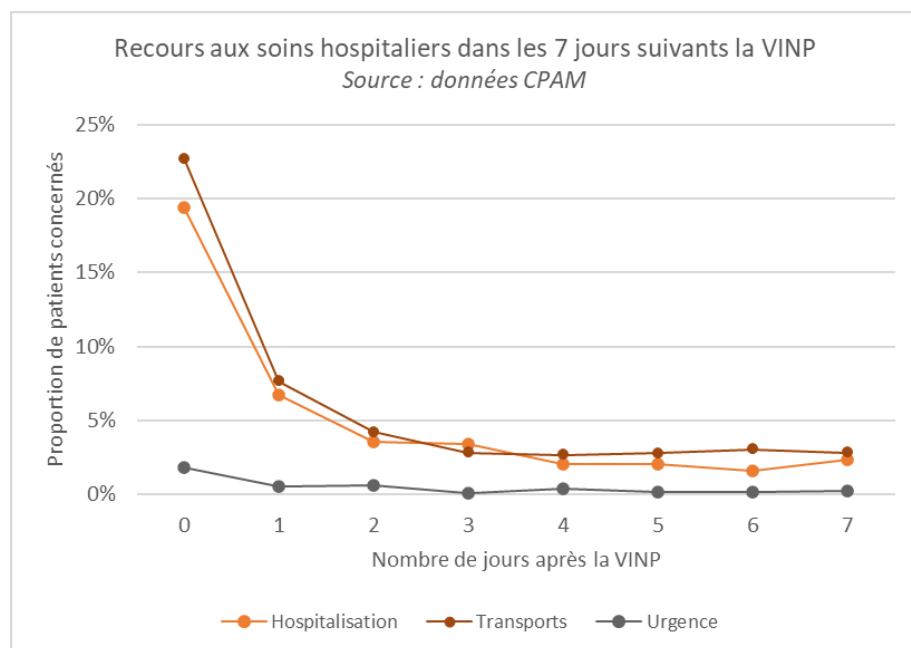
Tous les acteurs rencontrés partagent ainsi l'avis que le dispositif SIO permet d'éviter des hospitalisations et des transports de patients. Cela est d'autant plus pertinent :

- Pour les territoires dans lesquels les services d'urgence sont en difficulté.
- Pour les patients fragiles, avec des pathologies chroniques ou des polypathologies, pour lesquels le transport représenterait une morbidité accrue. L'enquête patient réalisée par l'URPS montre d'ailleurs un fort taux de satisfaction des patients, qui peuvent effectivement éviter le déplacement à l'hôpital. Le retour d'expérience des patients sera détaillé dans la partie suivante.

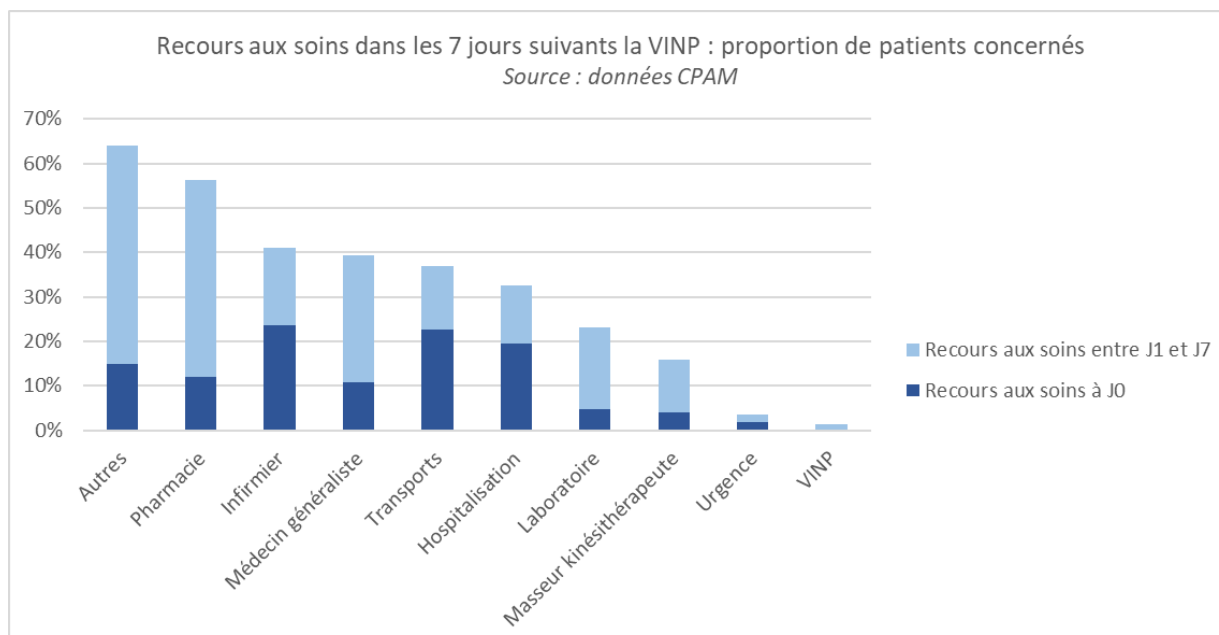
Le bénéfice du maintien à domicile est multiple : il se fait dans l'intérêt du patient, qui évite un déplacement et les délais d'intervention associés ; il évite certains risques iatrogéniques associés à un passage aux urgences, pour une population atteinte d'affections chroniques ; il comporte également un bénéfice pour les équipes hospitalières, notamment en périodes de tensions épidémiques, car il évite une venue susceptible de nécessiter une hospitalisation de plusieurs jours.

4.3.3. Recours aux soins post-VINP

Les données sur le taux de maintien à domicile transmises par l'URPS peuvent, dans un second temps, être comparées avec le recours aux soins hospitaliers dans les 7 jours suivants la VINP. Les données CPAM permettent ainsi d'observer que, le jour même de la VINP, 19,4% et 1,8% des patients sont, respectivement, hospitalisés et admis aux urgences. Les patients transportés le jour même représentent 22,7% de la patientèle. Ainsi, le taux de maintien à domicile de 77% affiché par l'URPS est bien cohérent avec les données CPAM.



Plus généralement sur le recours aux soins post-VINP, le graphique suivant montre les différents types de soins auxquels les patients ont recours dans les 7 jours suivants la visite infirmière.



56% des patients se rendent à la pharmacie dans la semaine qui suit la VINP ; 39% et 41% ont recours, respectivement, à un médecin généraliste ou à un infirmier. L'hospitalisation concerne 32% des patients (et s'associe à un transport sanitaire). Le SIO remplit pleinement la mission 5 sur la refonte des urgences.

D'autre part, les proportions de patients ayant de nouveau recours à des prises en charge urgentes sont relativement faibles : 3,6% se rendent aux urgences dans la semaine qui suit, 1,4% sollicitent de nouveau une VINP. Enfin, 7,0% des patients n'ont pas recours aux soins dans la semaine suivant la VINP.

Ainsi, la VINP amène le patient, dans 95% des cas, à sortir d'une démarche de sollicitation de soins d'urgence sans hospitalisation dans la semaine qui suit la visite : en effet, les patients ont ensuite majoritairement recours aux professionnels de ville ou à l'hospitalisation. Cet élément est significatif étant donné que la principale alternative offerte aux régulateurs du SAS consiste à organiser un transport vers un service de soins non programmé (MMG ou SAU).

En somme, plus d'un tiers des patients fera l'objet d'une consultation en ville dans la semaine qui suit, un tiers sera hospitalisé. Au plus un tiers des patients n'aura pas connu de suite particulière hormis éventuellement une consommation de produits pharmaceutiques.

Quelques précautions d'interprétation sont à mentionner :

- Les cas d'hospitalisation peuvent concerner des séjours prévus et programmés, pour des patients relevant de soins chroniques (dialyse, chimiothérapies, ...) – les données n'ont pas permis de distinguer ces cas de figure, alors qu'une part substantielle des patients se trouve en ALD.
- L'hospitalisation et la rencontre du médecin traitant peuvent se cumuler. C'est avant tout la faiblesse du recours subséquent aux urgences qui ressort comme très faible, et signe d'une pertinence du dispositif.
- Compte tenu du recul disponible, cette analyse est d'abord le reflet des 2 principaux départements de l'Isère et de la Loire ; la tendance est néanmoins similaire dans les départements offrant moins de recul.

4.3.4. Certificats de décès

Dans le cadre de l'expérimentation menée en parallèle sur le territoire Auvergne-Rhône-Alpes concernant la rédaction de certificats de décès par les IDE dans certaines conditions, l'habilitation des IDE effectrices du SIO intègre les certificats de décès. L'expérimentation menée par l'ARS AURA permet aux IDE volontaires de se former et d'intervenir lors de la survenue d'un décès à domicile ou en EHPAD, en cas d'indisponibilité des médecins. Elle a d'abord été lancée dans les

départements de l'Ain, de la Loire, du Puy-de-Dôme et du Rhône, avant d'être étendue à l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes en mai 2024.

Dans la Loire, la possibilité de réaliser des certificats de décès s'est inscrite dès le début dans le fonctionnement du SIO, ce qui a eu un effet accélérateur sur la montée en activité du SIO dans ce département.

Le tableau ci-dessous présente les statistiques de l'URPS sur les demandes de certificats de décès du 20 avril au 31 décembre 2024 réalisés par IDEL dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Les départements réalisant le plus de certificats de décès par IDEL sont ceux dans lesquels le SIO est le plus implanté (38, 42, 69). Les départements initialement expérimentateurs des certificats de décès, mais dans lesquels le SIO est moins ou pas implanté (01, 63), réalisent moins de certificats de décès. Enfin, les départements n'ayant pas participé à l'expérimentation des certificats de décès, et ne participant pas non plus à celle du SIO (03, 26, 43, 73, 74), réalisent très peu de certificats.

Département	01	03	26	38	42	43	63	69	73	74	Total
Nb de demandes réalisées	40	10	17	224	282	9	65	142	4	0	793
Nb de demandes annulées	33	25	12	109	45	7	37	73	8	6	355

Nombre de certificats de décès honorés et non-honorés sur la période du 20 avril 2024 au 31 décembre 2024

Aux yeux de l'évaluateur, le dispositif SIO conserve son intérêt auprès des SAS pour les certificats de décès pour l'identification facilitée d'un professionnel volontaire pour intervenir, lorsqu'un effecteur est difficile à identifier localement.

4.3.5. Impact sur les parcours de soins

Pour l'URPS, le SIO permet de répondre au besoin de prescriptions de soins infirmiers sur des territoires en carence médicale. De plus, l'URPS a veillé à ce que la prestation de VINP intègre les étapes nécessaires à la continuité des parcours de soins :

- Après la VINP, l'IDEL laisse un message à l'infirmière référente et/ou au médecin traitant du patient ;
- Si le patient n'a pas d'infirmière référente, le SIO peut en chercher et en proposer une au patient (via IDELINE) ;
- Un lien avec le DAC peut également être fait.

En particulier, une collaboration s'est nouée entre le SIO et le DAC 42. La VINP est positionnée en responsabilité face à des patients pour lesquels un enjeu social a été identifié (ceux qui rappellent régulièrement le 15, par exemple). Dans ce cas, la VINP permet de réaliser une évaluation en amont, à la fois soignante et sociale (avec le bénéfice d'une intervention au domicile, permettant de repérer des inadéquations ou risques associés), avant que le SAS ne confie la situation au DAC.

Finalement, si une définition claire du périmètre de la VINP est essentielle pour garantir une bonne compréhension du dispositif par les professionnels, il est tout aussi primordial de structurer le lien avec l'aval afin de permettre au SIO d'exercer pleinement son rôle d'orientation. Ces éléments sont des prérequis à une intégration pérenne du dispositif au sein du tissu de santé local.

- Une adhésion des différents acteurs au dispositif

Le dispositif suscite globalement l'adhésion des professionnels médicaux responsables des SAMU et des SAS concernés par l'expérimentation. Les médecins rencontrés au cours des entretiens, responsables des SAS et SAMU des départements expérimentateurs, rapportent que les médecins régulateurs de leur service qui utilisent le dispositif sont très satisfaits du délai de réponse et de l'apport qualitatif fournis. Celui-ci permet de mettre à disposition du régulateur plus d'éléments d'appréciation, et donc d'associer une concertation pluriprofessionnelle à la décision d'orientation. Les régulateurs sont aussi satisfaits d'une prestation « clefs en main » telle que fournie par le SIO, qui permet de mobiliser un échelon effecteur supplémentaire sans requérir de temps supplémentaire pour cela, ni impacter l'organisation du SAS. A cet égard, les entretiens menés, et la comparaison avec le dispositif mis en place en Nouvelle-Aquitaine, ont permis d'identifier ce format « hotline » comme un facteur clef de succès du SIO. Ce choix dans la mise en œuvre du dispositif a permis d'assurer une qualité de service rendu favorisant l'adhésion des SAMU / SAS au dispositif, mais n'aurait pu se faire sans une gestion de projet d'envergure menée par l'URPS, avec le soutien de l'ARS.

Les réserves sont plutôt exprimées du côté des médecins qui n'utilisent pas encore, ou peu, le dispositif. La diffusion de la sollicitation du SIO dans les pratiques de régulation se heurte à une certaine inertie, du fait que l'équipe de régulateurs tourne (chacun effectue quelques régulations par mois) et d'une méconnaissance de la part des médecins sur les capacités des IDEL et sur les possibilités offertes par le SIO. L'information sur le dispositif et l'entrée dans les mœurs d'effecteurs paramédicaux pour le SAS représentent donc de réels enjeux pour susciter l'adhésion au dispositif et la montée en charge s'avère systématiquement lente. Il est frappant de constater que celle-ci se poursuit même au sein de départements ayant plus de 2 ans de recul ; le Rhône et le Puy de Dôme recensent une activité plus faible mais l'encadrement médical s'est montré confiant sur la poursuite de la montée en charge.

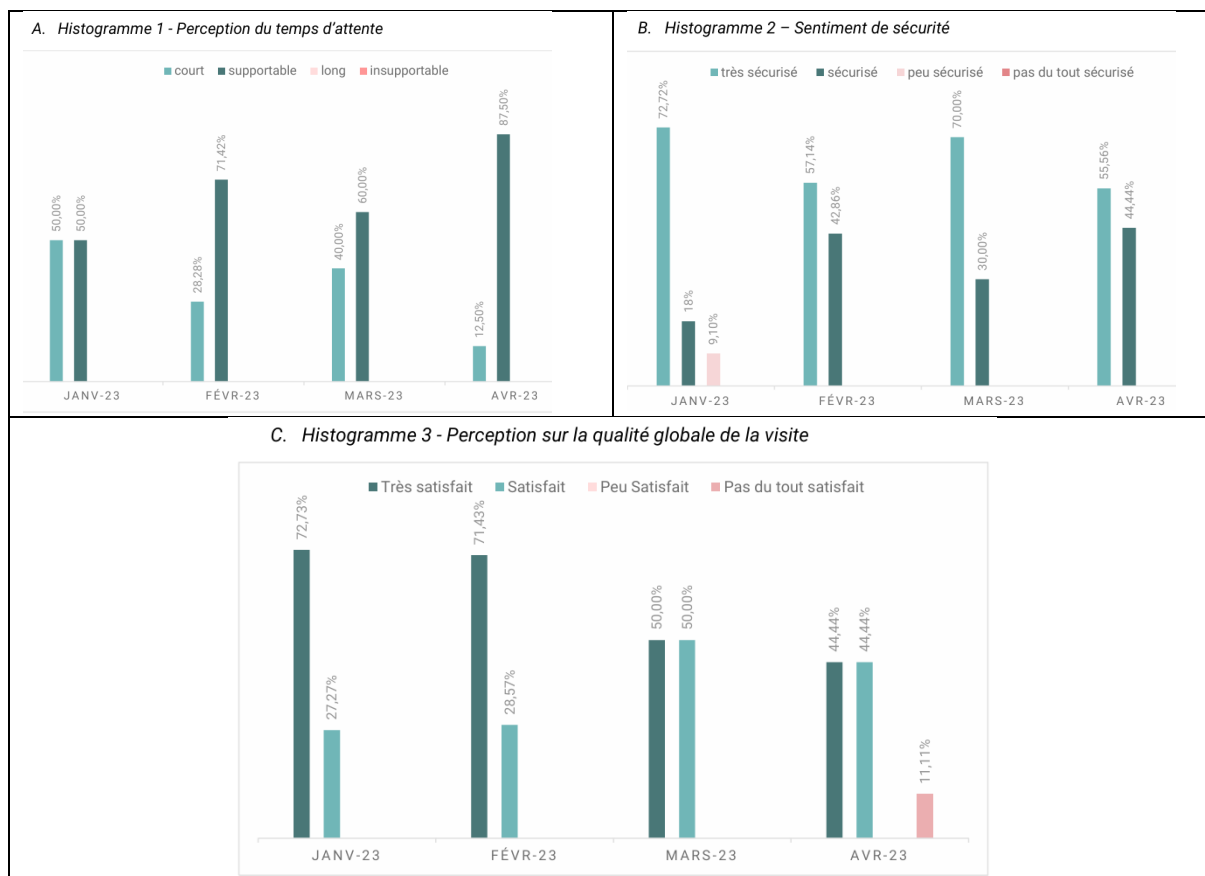
D'autre part, les différents acteurs (SAMU/SAS, DTARS, CPAM, URPS) constatent globalement une forte motivation des IDEL pour investir ce type de dispositif, qui vient apporter un sens complémentaire dans leur quotidien et une reconnaissance supplémentaire de la profession dans l'organisation des soins sur le territoire.

Les 119 IDEL effectrices dans les 4 départements expérimentateurs ont été sollicitées en juin 2024 pour répondre à une enquête de satisfaction sur leur participation au SIO. Sur les 34 répondantes, 15 indiquent que leur motivation à participer au SIO est liée à l'exercice d'une nouvelle activité. Viennent ensuite les raisons « utiliser les compétences infirmières » (pour 9 IDEL) et « soulager les services d'urgence » (pour 7 IDEL). De plus, 80% des répondantes estiment que la VINP fait pleinement partie de leurs compétences.

L'URPS et les DTARS interrogées relatent toutefois des réserves exprimées par certaines IDEL au sujet de la reconnaissance financière proposée par le dispositif. En effet, celle-ci constitue un enjeu majeur pour assurer l'engagement des IDEL, et doit donc être perçue comme adaptée aux nouvelles délégations de tâches induites par la participation au SIO, au temps de déplacement et au niveau d'activité.

Du côté des patients, une enquête du SIO menée entre le 1^{er} janvier et le 30 avril 2023 sur un panel de 966 patients visités par un infirmier en soins non programmés et répondant à l'enquête de satisfaction, montre un fort taux de satisfaction des patients visités. Tous les patients ayant répondu trouvent le temps d'attente supportable, voire court. De plus, les patients font globalement part d'un sentiment de sécurité vis-à-vis de la VINP. Et, dans l'ensemble, la perception globale des patients sur la qualité de la visite est notée comme satisfaisante ou très satisfaisante.

Résultats de l'enquête menée par l'URPS du 1^{er} janvier au 30 avril 2023 portant sur 3 questions hétéro-administrées sous huitaine post-VINP et par voix téléphonique : perception du temps d'attente, sentiment de sécurité et perception sur la qualité globale de la visite



Enfin, le processus post-visite est décrit comme fluide par les acteurs rencontrés.

Comme piste d'évolution, l'un des SAS a évoqué l'idée d'un outil de communication qui permette aussi la visio, en plus de l'audio, tout en convenant que cela rapprocherait alors la VINP d'une téléconsultation augmentée et s'éloignerait donc de l'objectif initial.

- Une meilleure complétude dans le panel d'effecteurs à disposition des régulateurs SAS

Les médecins régulateurs montrent une forte satisfaction vis-à-vis du dispositif, qui permet de compléter l'offre de réponse graduée à leur disposition. Les SAMU et SAS rencontrés affirment en effet que le dispositif vient réellement apporter un nouvel échelon de réponse, et ne constitue pas un choix par défaut en l'absence de réponse d'autres effecteurs.

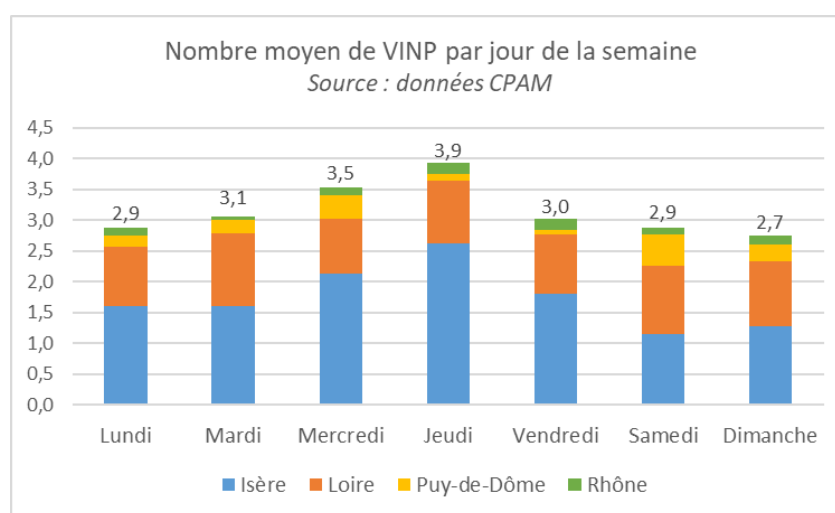
Par exemple, en Isère, avant la mise en place du SIO, les régulateurs avaient très peu de solutions à disposition pour certaines zones « blanches » du département (notamment le plateau matheysin et le sud Trièves – zones difficiles d'accès, souvent sans médecin de garde). Aujourd'hui, le SIO y permet l'intervention d'IDEL qui apportent, en plus, une bonne connaissance de mode de fonctionnement du secteur, donc un réel atout pour trouver des solutions sur place et éviter les hospitalisations. D'après les régulateurs, l'arrivée du SIO a donc grandement amélioré la réponse apportée sur ces secteurs désertés médicalement : ils ont aujourd'hui le sentiment de pouvoir apporter une réponse appropriée au besoin.

- Une participation à la dynamisation du tissu infirmier, et soignant plus largement

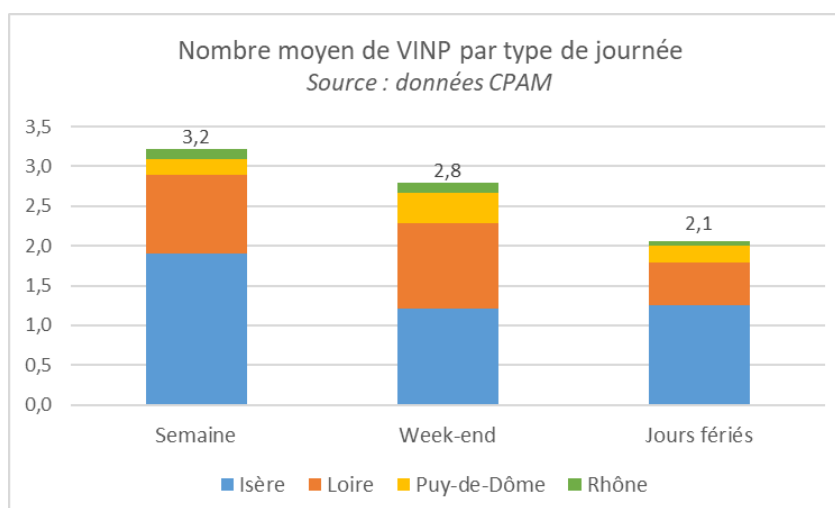
Enfin, et de manière non quantifiable, les acteurs observent que le dispositif entraîne un dynamisme local au sein de la fonction infirmière mais aussi vis-à-vis des autres professions.

4.5.1. Caractérisation des fluctuations d'activité

Le graphique ci-dessous présente le nombre moyen de VINP par jour de la semaine (avec ou sans astreinte). Le calcul est fait sur l'ensemble des jours couverts par les données. En Isère, une forte activité est observée les mercredis et jeudis, ce qui influe sur les moyennes globales. Dans les autres départements, les différences entre jours de la semaine sont relativement faibles. Le SIO a signalé un ressenti différent de ce qui ressort des données CPAM : il décrit plutôt ressentir un pic d'appels les matins à 8h au moment du démarrage, du fait de PEC en attentes depuis le début de matinée au niveau du SAMU, avec une intensité accrue les lundis en sortie de weekend, ainsi que sur les fins de journées. Pour autant, cette dernière tendance ne se répète pas tous les mois.



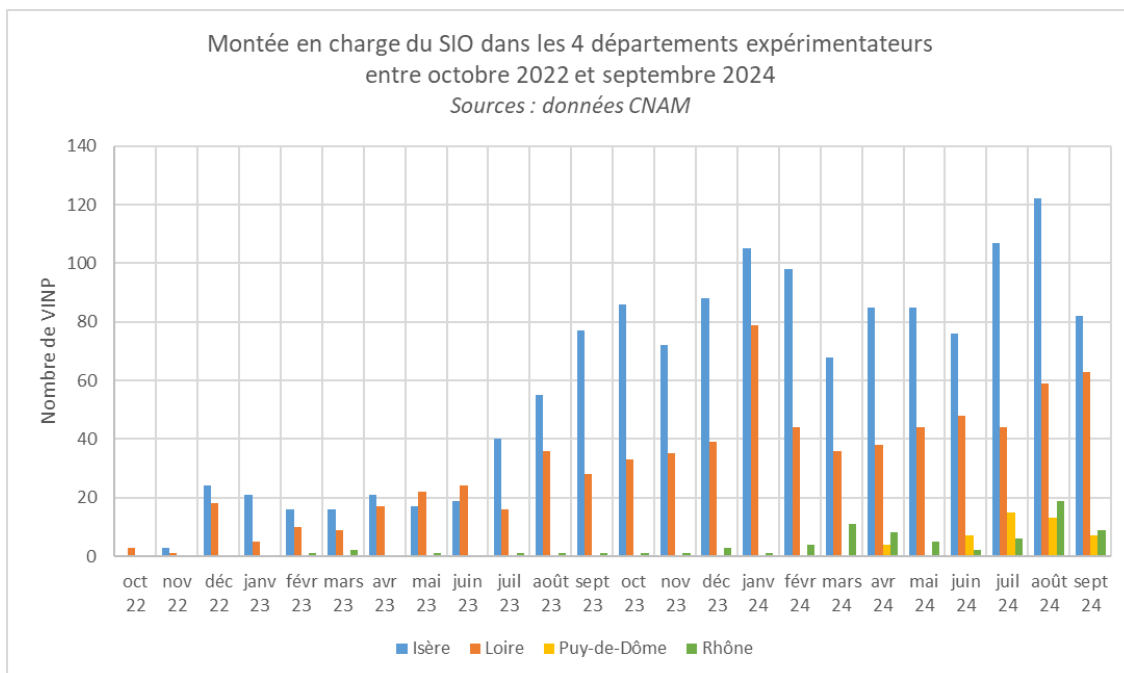
Des disparités plus significatives entre types de journée sont en revanche observées entre les 4 départements. En Isère, les interventions du SIO sont plus nombreuses en semaine (1,9 interventions en moyenne, contre 1,2 pour les week-ends et jours fériés). Dans la Loire, à l'inverse, un nombre important d'interventions a lieu le week-end, autant qu'en semaine (respectivement 1,1 et 1,0 par jour en moyenne). Le Puy-de-Dôme effectue en moyenne deux fois plus d'interventions le week-end qu'en semaine.



Ces données font donc état de tendances différentes entre départements sur le degré de sollicitation du SIO en fonction des types de journée. Cependant, les faibles volumes d'activité du Rhône et du Puy-de-Dôme ne permettent pas de rendre significative la comparaison avec ces deux départements. Les tendances observées demanderaient donc à être confirmées avec des données portant sur des volumes d'interventions plus importants, afin d'en tirer des conclusions.

plus globales sur l'utilisation du SIO selon les types de journées. Par ailleurs, les données transmises ne permettent pas de lier cette analyse de l'activité par type de journée avec la présence d'astreintes payées. La comparaison entre astreintes et activités est faite plus bas à une échelle mensuelle.

Quant à une éventuelle saisonnalité annuelle, le graphe présenté dans le paragraphe sur l'évolution de l'activité, faisant état du nombre de VINP mensuel par département de 2022 à 2024, et reproduit ci-dessous, ne permet pas de faire d'analyse de saisonnalité. En effet, le phénomène de montée en charge, donc d'augmentation progressive de l'activité, ne permet pas de distinguer clairement des variations qui seraient répétées annuellement. En se rappelant des témoignages recueillis en entretien, qui font part de pics de fin d'année et de pics estivaux, on peut toutefois commencer à discerner sur le graphe des pics d'activité sur les mois de décembre, janvier, juillet et août, qui demanderaient à être confirmés une fois l'activité stabilisée.

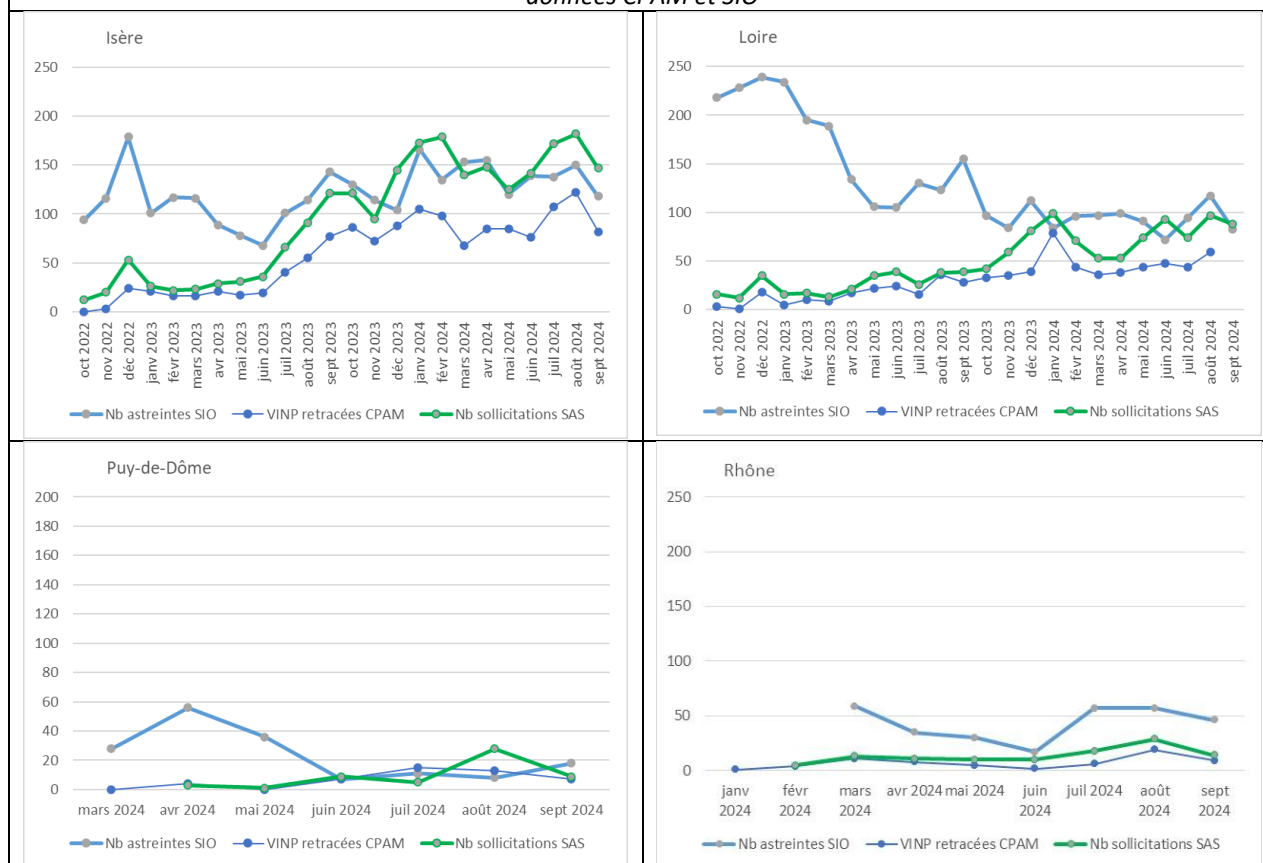


4.5.2. Niveau d'utilisation des astreintes

Comme expliqué dans l'Axe 1, lors de la mise en place du SIO, l'URPS avait opté pour un format avec une ligne par zone d'astreinte. Cependant, après quelques semaines de fonctionnement, le recours s'est avéré trop faible pour continuer de justifier économiquement une astreinte par zone : de nombreuses astreintes étaient financées sans être activées au moins une fois. L'URPS a pu alors mieux adapter les astreintes à l'activité, en se concentrant sur les périodes et les zones de recours effectif. Pour garantir le service aux SAMU / SAS, l'URPS a couplé cette diminution d'astreintes avec la possibilité de solliciter une IDEL hors astreinte pour effectuer une VINP.

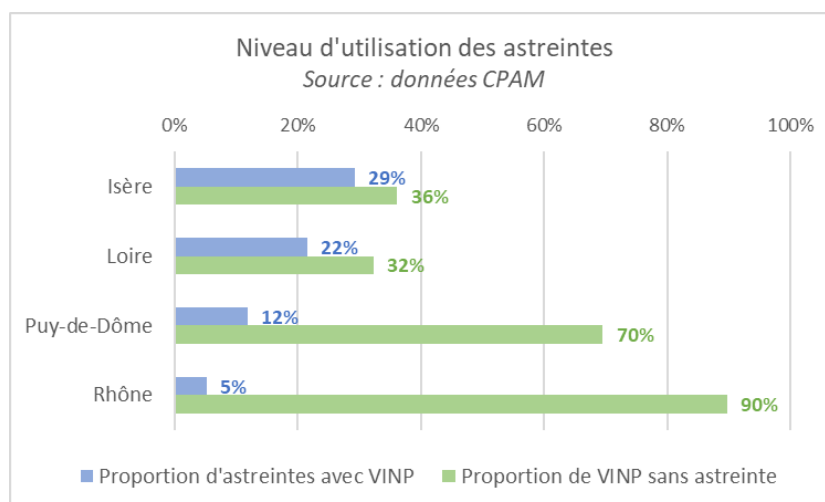
Les évolutions comparées des nombres d'astreintes mensuelles et nombres de VINP mensuelles témoignent de cette adaptation lors de la mise en œuvre : l'écart entre les courbes d'astreintes et de VINP se resserre progressivement, notamment en Isère et dans la Loire.

Evolutions des nombres d'astreintes mensuelles et nombres de VINP mensuelles par département. Source : données CPAM et SIO



Le graphique ci-dessous présente, dans chaque département, la proportion d'astreintes pendant lesquelles au moins une VINP a été réalisée, et la proportion de VINP qui ont été réalisées en-dehors des périodes d'astreinte.

Les départements de l'Isère et de la Loire, qui ont mis en œuvre le SIO dès la fin 2022, obtiennent les plus forts taux d'astreintes avec VINP (29% et 22%). Le Puy-de-Dôme et le Rhône ont quant à eux des taux d'astreintes avec VINP plus faibles (12% et 5%). A l'inverse, ces deux derniers départements ont réalisé une majorité de VINP sans astreinte (70% et 90%), contrairement à l'Isère et à la Loire qui réalisent environ un tiers des VINP sans astreinte (36% et 32%).



Globalement, la proportion d'astreintes avec VINP reste faible si on considère les données de la CPAM. En revanche, les données de l'URPS démontrent que rares sont les astreintes sans sorties infirmière (ex : en Isère en janvier 2024 : 166 astreintes attribuées pour 162 sorties, en février : 135 astreintes attribuées pour 170 sorties).

En regardant le sujet sous l'angle des EPCI, les données indiquent qu'en moyenne, dans les métropoles, 27% des astreintes se sont faites avec VINP. Ce taux est de 18% dans les communautés d'agglomération et de 26% dans les communautés de communes. Ces chiffres sont aussi le reflet des tâtonnements de l'URPS pour mettre en place des astreintes qui correspondent à la demande : en effet, si, initialement, les astreintes étaient prévues uniformément sur les territoires, leur fréquence a ensuite pu diminuer dans les territoires plus ruraux (communautés de communes), faisant ainsi remonter le taux d'astreintes avec VINP.

Aussi, la question de la pertinence du maintien d'une astreinte quand la moyenne d'interventions est trop faible se pose. Plusieurs entretiens avec les acteurs rencontrés ont permis d'aborder ce sujet.

Il en ressort que la sollicitation d'IDEL volontaires et formées, qui ne sont pas d'astreinte, mais qui peuvent se rendre disponible en cas de sollicitation par le SIO, constitue une alternative possible et souhaitable sur les zones ou périodes où le recours est trop faible pour justifier l'astreinte. Il est important de noter que, dans ce cas, une reconnaissance financière de l'effort de soin non-programmé est exprimée par les professionnels comme une condition forte d'attractivité du dispositif à plus long terme.

A l'inverse, l'URPS a rappelé que la disponibilité d'un IDEL sous astreinte pouvait servir d'autres besoins que les VINP, et notamment les certificats de décès qui peuvent revêtir un caractère d'urgence relative, notamment lorsqu'ils interviennent dans des territoires et/ou plages horaires où le SAS rencontre de grandes difficultés pour trouver un médecin susceptible d'assurer l'intervention.

4.6. Nature des interventions en EHPAD ; degré de recours

L'intervention du SIO en EHPAD a été formulée comme une attente spécifique de la part de l'ARS au lancement de l'expérimentation, et a ainsi conditionné une partie du financement dédié au dispositif. L'évaluation veille donc à analyser particulièrement l'efficacité du SIO vis-à-vis des besoins des EHPAD.

Les acteurs rencontrés en entretiens ont ainsi été questionnés sur ce sujet : ils rapportent que les EHPAD des quatre départements expérimentateurs sollicitent le SIO de manière très marginale, malgré l'effort de communication assuré par l'ARS auprès des gestionnaires. Par exemple, en Isère, sur un total de 1600 interventions, 12 ont concerné des résidents d'EHPAD. Dans le Rhône, aucune intervention en EHPAD n'a été recensée.

Les statistiques de l'URPS montrent que, sur la période allant du 1^{er} juin 2023 au 31 décembre 2024, 34 établissements ont sollicité des renforts de la part du SIO, ce qui représente un déploiement modéré sur la région. Avec 265 demandes sur la période, la moyenne est de 8 jours demandés par établissement. 40% des demandes formulées par les EHPAD n'ont pas abouti (sur les 265 jours demandés, 156 ont été assurés par le SIO). Enfin, les postes renforcés par le SIO sont répartis équitablement entre le matin, le midi et le soir ; la nuit est marginalement concernée.

On retrouve environ 50 patients par poste effectué, soit une taille moyenne d'EHPAD. Ce qui laisse entendre que les EHPAD ont sollicité la supervision de l'ensemble de leurs résidents, et non une sélection de résidents ayant un besoin urgent de soins comme c'était prévu dans le dispositif initial.

totaux	Nombres d'établissements	nbre de jours demandes	nbre idel intervenants	nombre total de postes renforcés effectués : 449				nbre d'heures effectuées	nbre de patients à prendre en charge	nbre de prises en charges	nbres de jours effectués
				matin	midi	soir	nuit				
	34	265	265	157	145	140	7	1636,5	11179	23163	156

Volumétrie totale des interventions en EHPAD du 1^{er} juin 2023 au 31 décembre 2024

Source : données URPS

Les DTARS observent une décorrélation entre le besoin en ETP des EHPAD et la plus-value apportée par le SIO (qui répond à une absence de personnel infirmier et non en soins non programmés). Ainsi, la difficulté principale des EHPAD réside dans le manque d'effectif de nuit, tandis que le SIO ne propose pas de solution en nuit profonde, dans le cadre du CNR.. Certains EHPAD ont ainsi mis en place des dispositifs collaboratifs pour partager des IDE de nuit, avec appui de l'ARS : notamment dans le département du Rhône, ou autour de Bourgoin-Jallieu où l'hôpital a monté un dispositif de mise à disposition d'IDE de nuit pour les EHPAD, afin d'éviter le transport des résidents d'EHPAD aux urgences. Plus globalement, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a entamé depuis 2018 une démarche de mise en place de dispositifs « IDE de nuit en EHPAD », s'inscrivant ainsi dans le plan triennal de financement mis en œuvre au niveau national pour pérenniser ou mettre en place ce type de dispositifs². Soins et Santé, association spécialisée dans le soin et l'aide à domicile, a par exemple remporté l'appel à projet de l'ARS « Présence d'un personnel infirmier la nuit en EHPAD » et devrait permettre de proposer un accompagnement de nuit auprès de 25 EHPAD³.

Pour l'URPS, le SIO peut répondre aux demandes ponctuelles des EHPAD, mais n'est pas fait pour pallier le besoin de continuité des soins infirmiers exprimé par les EHPAD. Ce besoin pourrait plutôt être comblé autrement, par exemple par un système similaire au dispositif DIANE (Dispositif Infirmier d'Astreinte de Nuit entre Ehpads), déployé en Occitanie, dans lequel une IDE d'astreinte est mutualisée entre les EHPAD et peut répondre au téléphone et se déplacer sur site si besoin, en contrepartie de financements ad hoc.

Aujourd'hui, le SIO est plutôt utilisé comme dernier recours, quand aucune autre alternative n'a été trouvée face à la pénurie d'IDE salariés voire intérimaires. Ainsi, les pics d'activité en EHPAD se situent pendant l'été, les fêtes de fin d'année ou les week-ends. Les EHPAD ne passent pas par le 15, mais sollicitent directement le SIO. Le SIO sollicite alors une IDEL pour des soins spécifiques dans l'EHPAD – elle n'est pas amenée à passer la journée sur place. L'ARS a confirmé son intérêt pour le maintien d'une possibilité de dernier recours à la disposition des EHPAD, en rappelant que cette prestation a vocation à émarger le cas échéant sur la dotation soins préétablie ; la disponibilité d'IDEL ne doit pas suppléer des défauts d'organisation, et pour autant la sécurité du résident appelle parfois des réponses immédiates.

L'intervention des IDEL en EHPAD sous intermédiation du SIO constitue un « filet de sécurité » dans l'intérêt des résidents, et avec des résultats qui restent mitigés en termes de taux de carence.

² Cahier des charges 2020 de l'appel à candidatures relatif à la troisième tranche de pérennisation / mise en place de dispositifs « Présence d'un personnel infirmier la nuit en EHPAD », ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2020

³ [Soins et Santé remporte l'appel à projet IDE de nuit en Ehpads ! - : Soins et Santé – \[Hospitalisation à domicile\], HAD Lyon , Rhône et Nord Isère](#), page consultée le 18/03/2025

5. Axe 3 : Reproductibilité

L'appréciation de la reproductibilité du projet s'intéresse aux conditions qui pourraient permettre la reproduction du dispositif à la fois dans le temps (pérennisation) et dans l'espace (généralisation, à l'échelle régionale). Cet axe comporte ainsi les sous-questions évaluatives suivantes :

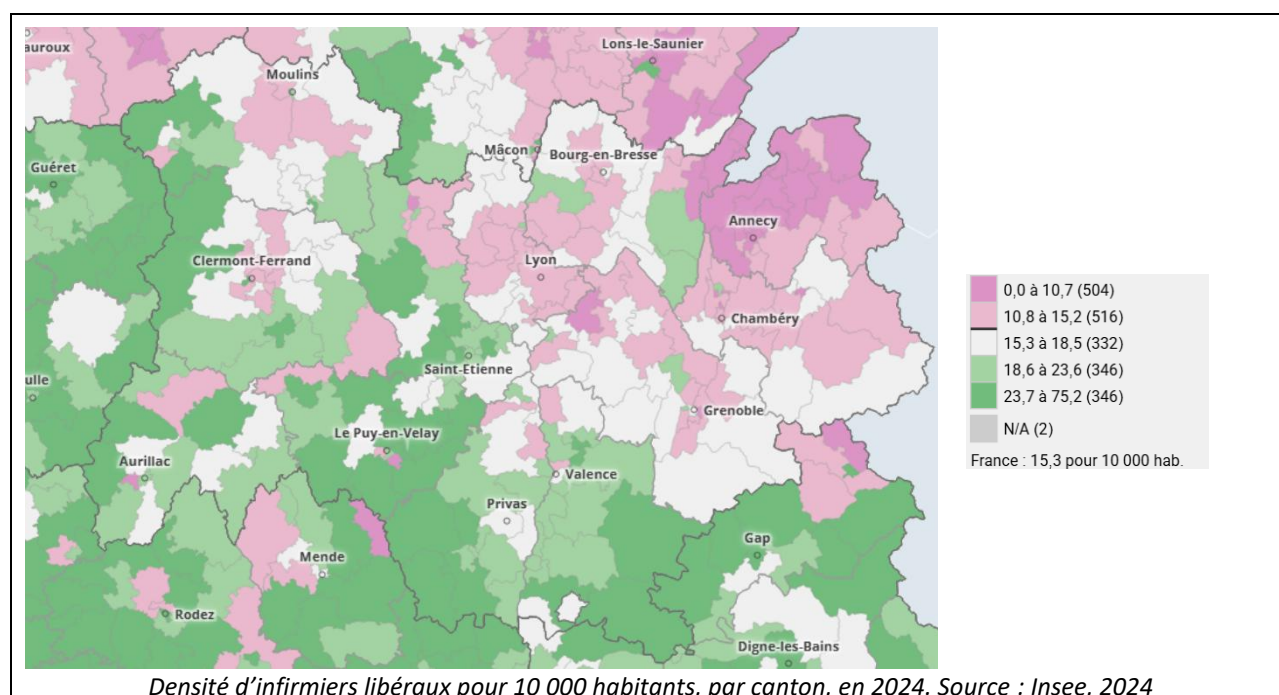
- Influence de certains facteurs territoriaux sur le déroulement du SIO et des VINP
- Soutenabilité économique dont impact transports
- Articulation avec d'autres réformes en cours

Points saillants
- Enjeux de densité de professionnels sur les territoires visés, notamment en cas d'extension - Nécessité pour toute projection de tenir compte d'un niveau de recours encore en développement - Volet économique : - o Bilan économique tributaire des hypothèses retenues, à rapprocher de l'alternative que constituerait un transport + recours SU - o Optimisation économique des astreintes, possibilité de solliciter une VINP hors astreinte - Complémentarité du SIO avec d'autres acteurs du soin non programmé (SOS Médecins...) - Complémentarité du SIO avec d'autres besoins (certificats de décès, HAD, intervention infirmière en sortie d'hospitalisation...) - Articulation avec les CPTS

Des territoires bien dotés en IDEL

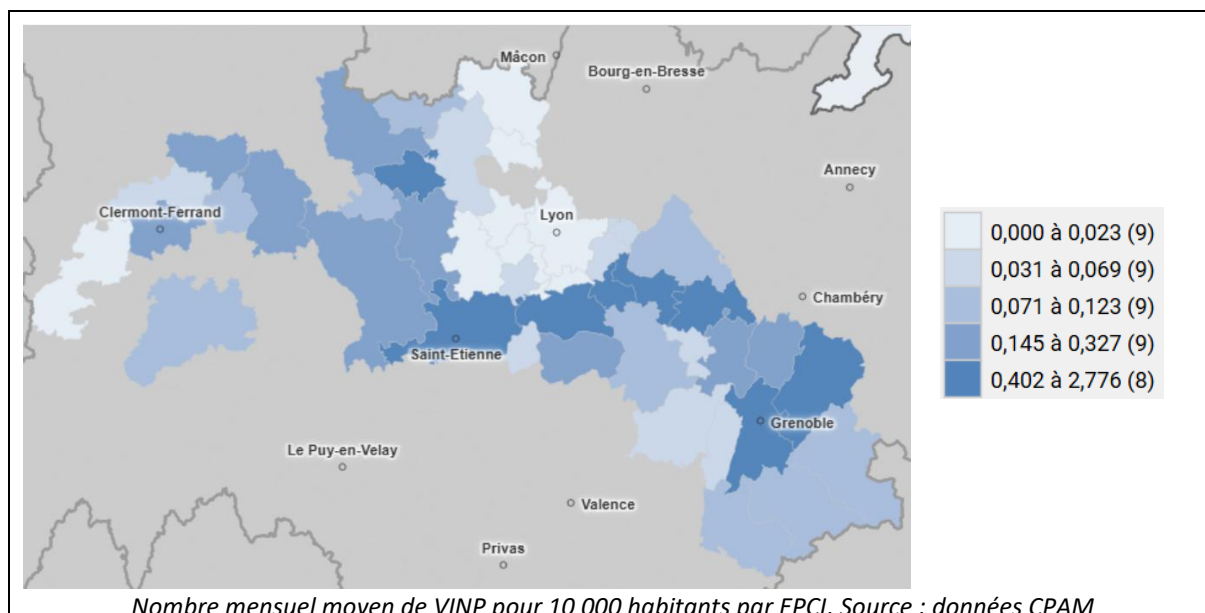
Les départements expérimentateurs bénéficient globalement de bonnes densités d'IDEL par rapport à la moyenne régionale (15,7 pour 10 000 habitants) avec 20,8 IDEL pour 10 000 habitants dans la Loire, 16,4 dans le Puy-de-Dôme, 15,2 en Isère et 14,1 dans le Rhône. Localement, certaines zones sont toutefois moins bien couvertes, notamment autour des grandes villes (Clermont-Ferrand, Lyon, Grenoble, Bourgoin-Jallieu, Roanne). Cette couverture en IDEL permet néanmoins d'assurer l'activité du SIO, même dans les zones moins bien couvertes médicalement.

Une extension du dispositif à l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes pourrait cependant être confrontée, dans certains territoires, à une problématique de ressource IDEL disponible, notamment en Haute-Savoie où les IDEL sont en moyenne 8,1 pour 10 000 habitants. L'Ain et la Savoie ont des densités en IDEL légèrement inférieures à la moyenne régionale, mais proches de celles des départements du Rhône et de l'Isère, dans lesquels les IDEL permettent déjà bien de réaliser l'activité du SIO. Les départements du sud de la région (Cantal, Haute-Loire, Ardèche, Drôme) ont quant à eux une bonne couverture IDEL avec des moyennes supérieures à 20 pour 10 000 habitants.



De faibles contrastes d'activité entre milieux urbains et ruraux

La carte ci-dessous présente le nombre mensuel moyen de VINP pour 10 000 habitants par EPCI (la moyenne est proratisée au nombre de mois d'activité de l'expérimentation pour chaque département, – soit sur l'ensemble des données CPAM transmises). Une VINP est rattachée à un EPCI si l'assuré est domicilié dans une commune de cet EPCI.



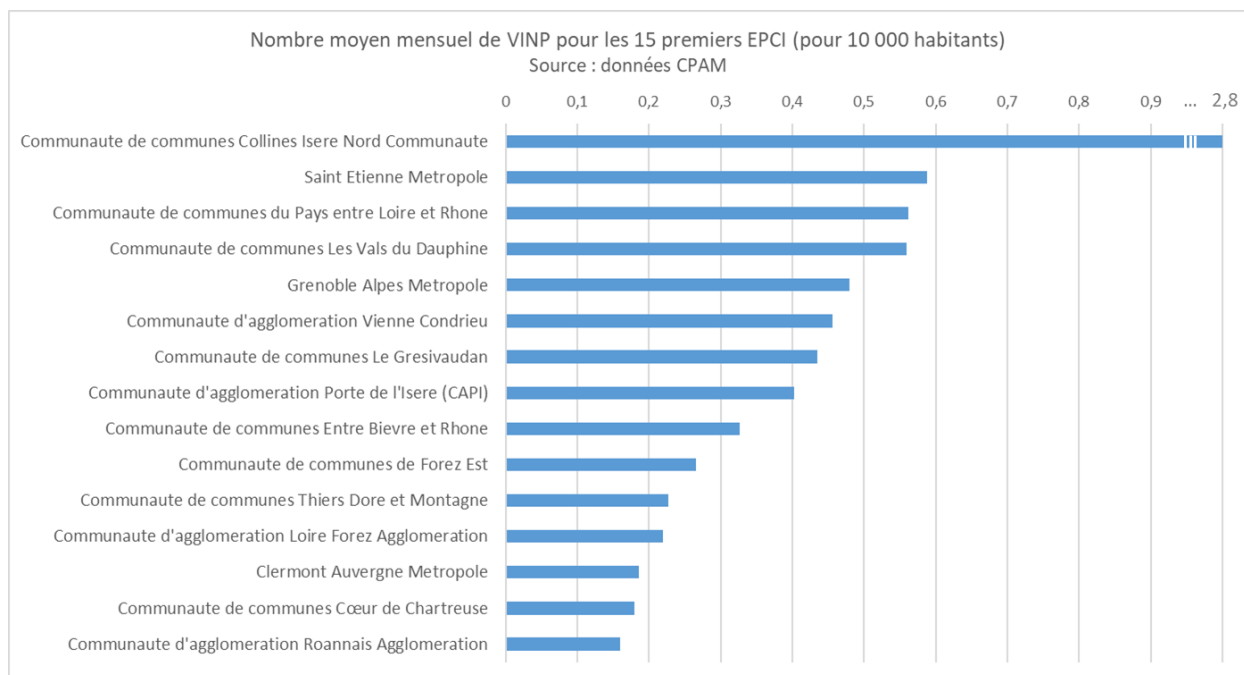
Nombre mensuel moyen de VINP pour 10 000 habitants par EPCI. Source : données CPAM

Il ressort de prime abord que les métropoles et principales grandes villes font partie des territoires les plus demandeurs en VINP, même après neutralisation de l'effet démographique : Saint-Etienne, Grenoble, Vienne, Bourgoin-Jallieu, Clermont-Ferrand, Roanne. Seule la Métropole de Lyon n'apparaît pas dans les territoires les plus demandeurs. En effet, la concertation avec le SAS69 a conduit à ce que le SIO intervienne uniquement hors de la Métropole, cette dernière étant déjà couverte en soins non programmés par SOS Médecins.

Certains territoires plus ruraux sont aussi fortement demandeurs de VINP : par exemple au sud de Roanne, entre Vienne et Bourgoin-Jallieu, autour de la Tour du Pin ou dans le Grésivaudan.

Le détail des 15 premiers EPCI en termes de nombre moyen mensuel de VINP est détaillé dans le graphique ci-dessous. La communauté de communes Collines Isère Nord Communauté, située entre Villefontaine et Vienne, présente un nombre moyen mensuel de VINP anormalement important comparé aux autres EPCI (2,8 pour 10 000 habitants, contre 0,59 pour Saint-Etienne Métropole, 2^{ème} EPCI), sans que les données disponibles ne permettent d'en qualifier la raison.

D'autre part, parmi ces 15 premiers EPCI, 3 sont des métropoles (Saint-Etienne Métropole, Grenoble Alpes Métropole, Clermont Auvergne Métropole) et 5 autres ont des services d'urgence (Vienne Condrieu, Porte de l'Isère (CAPI), Thiers Dore et Montagne, Loire Forez Agglomération, Roannais Agglomération – notamment à Vienne, Bourgoin-Jallieu et Roanne, les services d'urgence ont une activité particulièrement importante). Les 8 autres EPCI, parmi cette liste de 15, sont des territoires moins urbanisés : Collines Isère Nord Communauté (entre Villefontaine et Vienne), CC du pays entre Loire et Rhône (entre Feurs et Roanne), les Vals du Dauphiné (la Tour-du-Pin), le Grésivaudan (entre Grenoble et Chambéry), CC entre Bièvre et Rhône (entre Annonay et Vienne), Forez Est (Feurs), Cœur de Chartreuse.



Ainsi, les métropoles et grandes agglomérations représentent des viviers d'activité importants pour le SIO. En revanche, globalement, on n'observe pas de différence forte dans le niveau de recours aux VINP en fonction du caractère urbain ou rural du territoire.

- Des enjeux contradictoires sur le zonage

Globalement, les acteurs rencontrés des quatre départements s'accordent à dire que le nombre de secteurs ne nécessite pas d'être augmenté, au vu de l'activité actuelle. En revanche, des problèmes de longueur des déplacements sont reportés, avec un impact sur l'attractivité du dispositif pour les IDEL. Par exemple, dans le sud Isère, le territoire « La Mure – Grenoble » est très vaste : en moyenne, 32 km sont facturés pour une intervention.

L'URPS devrait donc être encore sollicitée pour faire évoluer les zonages, en fonction des évolutions d'activité.

- Des besoins horaires variant d'un département à l'autre

Trois départements sur quatre font fonctionner le SIO jusqu'à minuit, tandis que dans le Puy-de-Dôme, celui-ci n'est effectif que jusqu'à 20h.

En Isère, Loire et Rhône, les acteurs sont satisfaits des horaires effectifs et ne demandent pas d'ajustement : d'une part parce que la période d'ouverture semble pour l'instant correspondre au besoin, et d'autre part pour continuer d'étudier les évolutions d'activité sur ces horaires.

Du côté du Puy-de-Dôme, le SAS 63 voit peu d'intérêt à pouvoir mobiliser le SIO en période de PDSA : l'effecteur médical est déjà identifié sur cette période. Pour le SAS 63, le SIO pourrait toutefois venir conforter l'activité de PDSA dans les secteurs dépourvus de médecin de garde – tout en convenant que les IDE ne peuvent pas être sollicitées par défaut de médecin. A l'inverse, la DTARS et la CPAM 63 voient un intérêt à étendre le dispositif au début de nuit puisque la période est génératrice de nombreuses demandes. L'interrogation concernant une éventuelle extension horaire porte aussi sur la nuit profonde sur la métropole de Clermont-Ferrand : actuellement, seul SOS médecins se déplace (plus pour des recours de la police que du domicile ou des EHPAD).

- Un succès du dispositif fortement corrélé à l'articulation avec les acteurs territoriaux de soins d'urgence

Les entretiens réalisés montrent que l'adhésion des SAS au dispositif est indispensable à son fonctionnement, car les SAS sont garants du niveau de sollicitation du SIO. Dans les quatre départements expérimentateurs, le niveau d'adhésion des SAS est corrélé avec leur maturité.

Par exemple, le SAS de l'Isère (lancé en mai 2021, parmi les 22 SAS pilotes mis en place sur le territoire national) a d'emblée adhéré au projet. En effet, il avait précédemment été confronté à de fortes difficultés pour mobiliser des visites

à domicile : un médecin avait alors été salarié à titre expérimental pour effectuer des visites à domicile pour le SAMU. Le SAMU/SAS 38 a ainsi été très moteur et s'est fortement impliqué dans la mise en place du SIO en Isère.

Le SAS de la Loire (lancé en janvier 2023) a lui aussi été fortement impliqué dans la conception du dispositif, en lien avec l'URPS, celui-ci ayant été initialement imaginé par les acteurs ligériens.

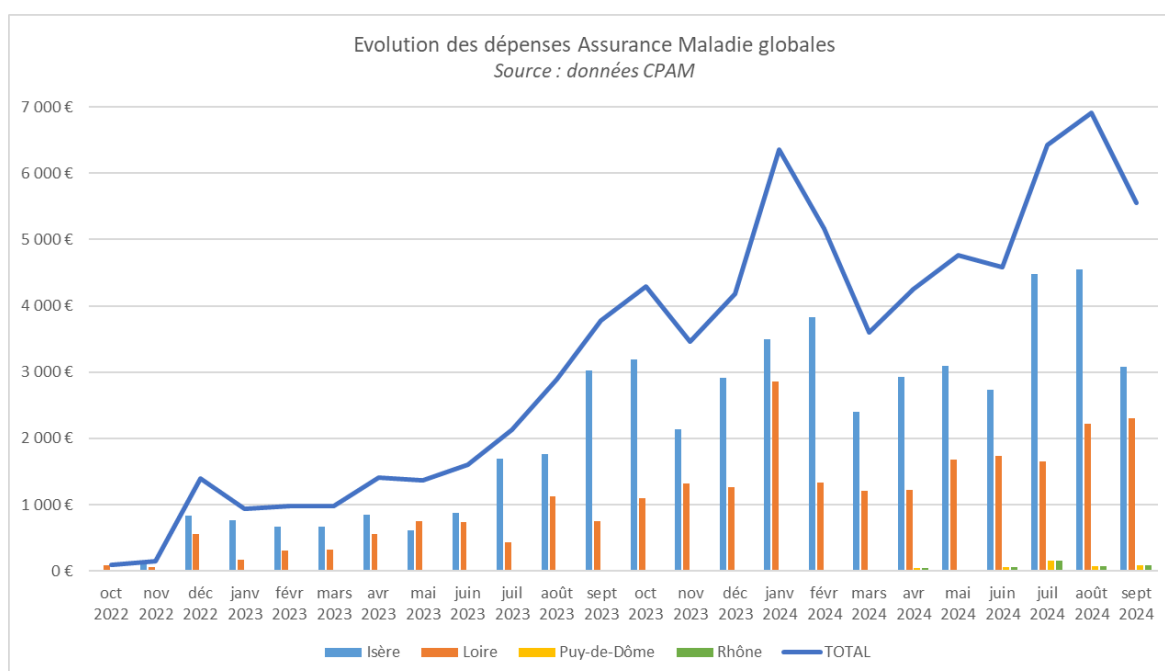
Le SAS du Puy-de-Dôme (lancé en octobre 2023) a, quant à lui, été moins impliqué dans la conception et la mise en œuvre du dispositif : le SIO a été lancé dans le département en mars 2024, à peine 6 mois après le démarrage du SAS. Le SAS s'est ainsi montré favorable au dispositif SIO, et l'a d'emblée intégré dans ses pratiques, sans non plus en faire sa priorité lors de son lancement.

Enfin, dans le Rhône, l'enjeu de l'articulation avec SOS Médecins est particulièrement présent. Cette association étant l'acteur historique du soin à domicile sur le territoire, une vigilance est gardée par le SAMU/SAS pour conserver de bons rapports avec SOS Médecins, sans instaurer de logique de concurrence avec un nouvel acteur. Au début, le SIO était restreint aux secteurs où SOS Médecins n'intervenait pas. Aujourd'hui, le SIO intervient sur la totalité du territoire rhodanien, donc les zones d'intervention du SIO et de SOS Médecins se chevauchent. Pour le SAMU/SAS 69, maintenant que le dispositif SIO a fait ses preuves et il y aurait un intérêt à passer à une nouvelle étape d'articulation en faisant co-exister et en coordonnant le SIO et SOS Médecins. Cela permettrait d'affiner la définition des différents niveaux d'intervention en soins non programmés.

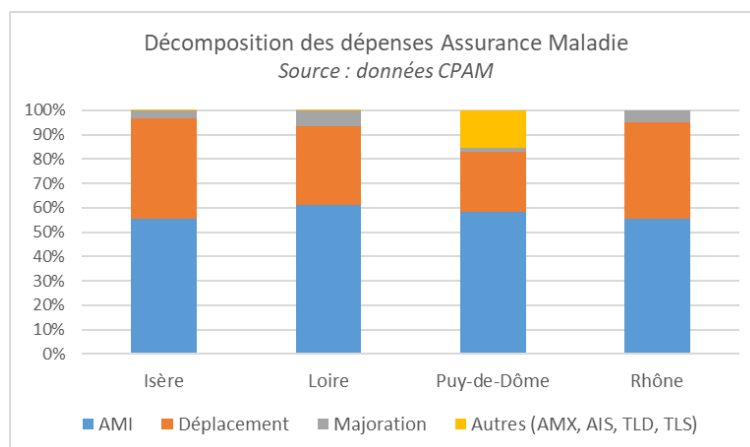
5.2. Soutenabilité économique dont impact transports

5.2.1. Coût des VINP et astreintes pour l'Assurance Maladie

Le graphique ci-dessous montre l'évolution des dépenses Assurance Maladie sur toute la durée de l'expérimentation, dans les 4 départements (hors financement du SIO sur le FIR). En août 2024, les dépenses ont atteint le pic de 6 920€. Les pics de dépenses sont corrélés au pic d'activité des mois d'été et de fin d'année.



Plus particulièrement, les dépenses (telles que retracées dans les extractions CPAM, cf. précautions d'interprétation susmentionnées) se décomposent principalement entre AMI, déplacement et majoration. En moyenne, les AMI représentent 57% des dépenses Assurance Maladie, les déplacements 38% et les majorations 4%. Moins d'1% des dépenses sont d'autres types (AMX, AIS, TLD, TLS). Le Puy-de-Dôme affiche un taux plus important d'« autres » dépenses : cela correspond à un montant de 265€ d'AMX (actes techniques dans le cadre de la dépendance) sur l'ensemble de l'expérimentation dans ce département, montant faible qui n'influe pas la moyenne globale. La décomposition par département est présentée dans le graphique ci-dessous.



Les dépenses liées aux déplacements sont majoritairement dues aux indemnités kilométriques (IK), plus qu'aux indemnités forfaitaires (IF). Le tableau ci-dessous présente la décomposition des dépenses pour déplacement par département. De plus, les montants totaux d'IK/IKP (en plaine), IKM (en montagne), IKS (à pied) et les tarifs associés en 2024, rapportés au nombre de sorties, permettent de déduire une distance parcourue moyenne.

	Isère	Loire	Puy-de-Dôme	Rhône
Proportion d'IK dans les dépenses pour déplacement	83%	89%	70%	84%
Proportion d'IF dans les dépenses pour déplacement	17%	11%	30%	16%
Montant moyen de l'IK	12,7€	8,61€	6,41€	13,1€
Distance parcourue moyenne	33,3 km	20,8 km	14,4 km	32,5 km

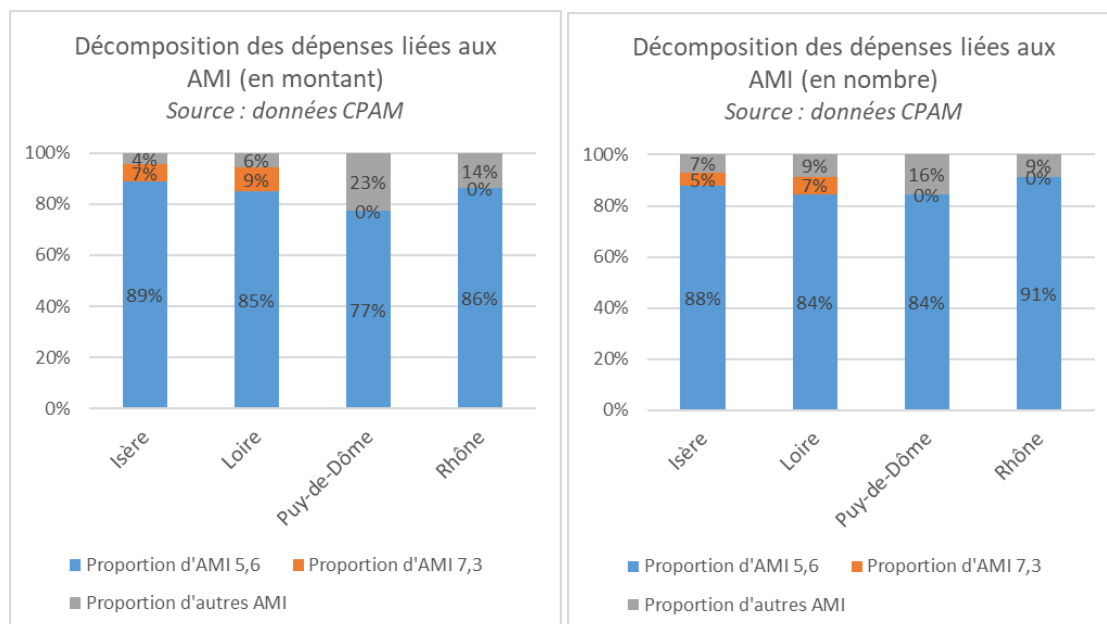
Le Puy-de-Dôme présente un taux particulièrement faible de dépenses pour déplacement liées aux IK, et donc de distance parcourue moyenne associée. Ce taux demande à être confirmé par un volume de données plus important, mais pourrait déjà être le reflet du grand nombre de zones d'astreintes sollicitées par le Puy-de-Dôme⁴ (comparé aux autres départements).

Pour rappel, l'étude du niveau d'utilisation des astreintes montrait que le Puy-de-Dôme réalisait une grande majorité (70%) de ses VINP en-dehors des plages d'astreinte, donc potentiellement avec une IDEL plus proche du lieu de domicile du patient que si une IDEL d'astreinte avait été définie. Mais cela ne suffit pas à expliquer le faible taux d'IK, puisque le Rhône réalise 90% de ses VINP en-dehors des astreintes, et affiche une distance moyenne parcourue comparable à l'Isère.

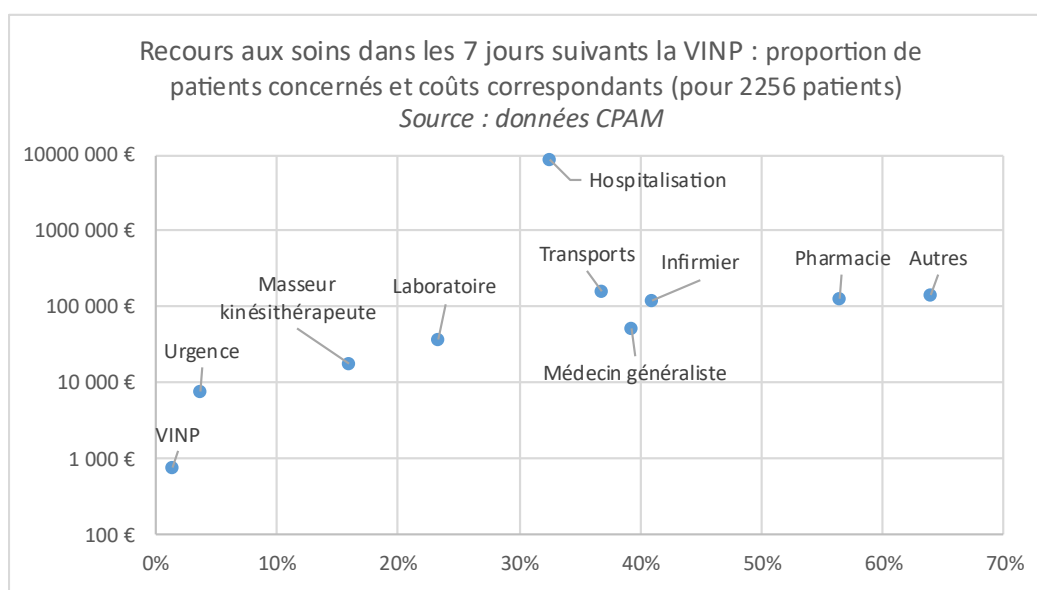
Dans une moindre mesure, la Loire présente aussi une faible distance parcourue moyenne, bien que son taux d'IK est élevé. En effet, dans la Loire, une forte proportion (42%) de kilomètres sont côtés en « IKM ».

Enfin, les dépenses liées aux soins concernent principalement l'AMI 5,6. En moyenne sur les 4 départements, les dépenses pour l'AMI 5,6 représentent, en montant, 87% des dépenses de soins. L'AMI 7,3, qui correspond à un test antigénique réalisé à domicile, est aussi significativement utilisé dans les départements de l'Isère et de la Loire, où il représente 7% des dépenses : en effet, ces deux départements ont débuté l'expérimentation SIO à un moment où la crise Covid était encore d'actualité.

⁴ Voir Axe 1 - Définition des modalités d'astreinte, en termes d'horaires et de zonage



Les coûts pour l'Assurance Maladie s'étendent aussi à la période post-VINP. Le graphe suivant montre, pour chaque type de soin, la proportion de patients qui y a eu recours dans les 7 jours suivants la VINP, et le coût total associé pour l'Assurance Maladie (somme des bases de remboursement) pour les 2256 patients pour lesquels ces données ont été transmises par les 4 CPAM.



Sans surprise, les coûts les plus significatifs sont ceux liés à l'hospitalisation, qui concerne 32% des patients, en s'associant en plus à un transport sanitaire. L'hospitalisation représente en effet un coût pour l'Assurance Maladie près de 100 fois plus élevé que les autres les types de soin.

Il serait ainsi intéressant, dans le cadre d'une évaluation plus large des gains et coûts du dispositif pour l'Assurance Maladie, et avec la disponibilité de telles données, d'analyser les hospitalisations évitées ou écourtées grâce à la VINP. En rappel, la VINP n'a pas vocation directe à limiter les hospitalisations mais à réduire le passage aux urgences évitables et à ouvrir l'accès aux soins à domicile, et notamment aux plus fragiles et éloignés du système de santé. La nécessité d'hospitalisation ou de médicalisation post VINP se réalise par la re familiarisation que prend en charge le SAS ou le SIO dans un contexte médico-social.

Dans l'immédiat, l'évaluation s'est focalisée sur la comparaison entre le coût du dispositif SIO et l'alternative qu'aurait constitué l'adressage du patient vers un service des urgences, en intégrant le coût du transport.

Les données de consommation de soins fournies permettent d'estimer ce dernier de l'ordre de 250 à 300 €. En effet, les données de l'AM permettent d'estimer des coûts de l'alternative par patient : les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation représentent 95 € en moyenne (hors reste à charge de l'utilisateur de 19,61€) et les transports de l'ordre de 196 €/personne. Les coûts moyens sont variables selon les départements, le détail est présenté dans le tableau ci-dessous. En effet,

	Isère	Loire	Puy-de-Dôme	Rhône	Moyenne
Urgences	74 €	120 €	Pas de donnée	92 €	95 €
Transport	205 €	174 €	192 €	244 €	196 €

Coûts moyens pour l'Assurance Maladie par type de suite de soins par patient

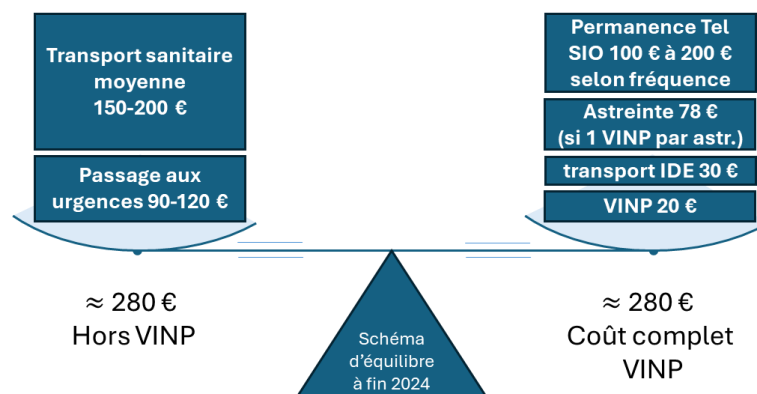
Or, la capacité à rester en-deçà de cette cible de 250-300 € reste très tributaire du niveau de recours : l'effectif des VINP ne constitue qu'une part minoritaire du coût de l'orientation téléphonique du SIO. Au pic de l'activité en Isère, avec 122 VINP retracées pour 98 astreintes en août 2024 selon les données de la CPAM, les astreintes représentaient deux fois le budget de l'effectif de soins

département	Année	Nb astreintes	Base remboursement astreintes	Nb VINP	Base remboursement VINP	% VINP dans total CPAM
LOIRE	2022	197	17 700,00 €	22	703,70 €	4%
LOIRE	2023	1 169	87 031,00 €	274	8 851,79 €	9%
LOIRE	2024	686	50 182,00 €	455	16 198,78 €	24%
ISERE	2022	323	24 504,00 €	27	925,04 €	4%
ISERE	2023	985	76 576,00 €	528	19 170,93 €	20%
ISERE	2024	953	78 852,00 €	828	30 591,06 €	28%
PUY DE DOME	2024	93	7 074,00 €	46	1 724,59 €	20%
RHONE	2024	115	16 320,00 €	65	2 656,70 €	14%

Source : CPAM (hors coûts du SIO ; année 2024 limitée aux 3 premiers trimestres pour éviter un effet de non-exhaustivité de la facturation des IDEL sur le dernier trimestre)

S'agissant de la garde au SIO, le maintien d'une disponibilité d'un professionnel pour l'orientation, sur des horaires très étendus (du matin à minuit 7j/7) a un caractère incompressible. L'URPS identifie un coût moyen mensuel du SIO de l'ordre de 30 k€ pour le traitement d'environ 200 demandes, ce qui représente soit 150€ par VINP ; l'augmentation du nombre d'appels vient diminuer ce coût et on est plus proche de 300 demandes dans les mois les plus récents.

Il en va de même pour les astreintes, dès lors qu'il y a parité entre le nombre d'astreintes et le nombre de VINP : on aboutit alors à un coût d'astreinte qui s'affecte en totalité sur une seule VINP, soit 78 €. Le coût de la VINP elle-même est plus proche de 20 € et se cumule le plus souvent avec un montant équivalent ou supérieur d'indemnité de déplacement, compte tenu des distances parcourues. On aboutit à un total également compris entre 250-300 €, soit le « point mort » où le coût total de la VINP devient équivalent ou inférieur à l'adressage du patient vers un service des urgences (non-obstant les autres avantages qualitatifs que procure l'évaluation et le maintien à domicile).



On comprend ainsi que la montée en charge du SIO, et la maîtrise de l'octroi des astreintes, sont essentielles pour ce qui concerne la démonstration d'un intérêt économique reste encore fragile, et qu'elle incite à la fois à maîtriser l'octroi des astreintes et à rechercher une organisation plus efficiente du SIO ; en complément, l'extension sur un périmètre géographique plus large permettrait d'étendre le degré de mutualisation de la ligne de garde et ainsi d'en diminuer le coût unitaire. Des pistes à cette fin sont évoquées ci-après.

Il existe un 2^e périmètre de gains économiques qui est plus difficile à estimer pour le SIO, mais ne doit pas être négligé :

- Les coûts d'hospitalisation, ne soit-ce que pour les patients isolés arrivant tardivement aux urgences et de ce fait mis en surveillance
- Les coûts associés à la rupture des organisations de soins à domicile, devant être repris au retour du patient.

5.2.2. Niveau d'acceptation de la rémunération des IDEL effectrices

Les données recueillies par le SIO montrent que les interventions à domicile durent en moyenne 25 minutes environ, avec une amplitude qui peut s'étendre à plus d'une heure en fonction de la situation encourue.

Les entretiens menés ont montré que le sujet du mode de rémunération des IDEL effectrices posait encore question aujourd'hui. En effet, le niveau d'activité dans certaines zones et périodes ne justifie pas la sollicitation d'une astreinte. Mais celle-ci est aussi utilisée comme complément de rémunération pour un déplacement inopiné, dont l'effort n'est pas, pour la profession IDEL, reconnu à sa juste valeur en cotant seulement l'acte effectué.

Pour la DTARS et la CPAM de la Loire, qui avaient exploré la possibilité d'une cotation spécifique VINP au moment de la rédaction du cahier des charges de l'expérimentation en 2022, le sujet de l'acte spécifique reste à débattre. Pour elles, le rapport entre nombre de sorties et nombre d'astreintes étant trop faible aujourd'hui, il y aurait un intérêt à suspendre l'astreinte si l'acte était mieux coté. L'URPS a précisé ne pas partager cet avis.

5.2.3. Fonctionnement interne du SIO

Le Service Infirmier d'Orientation repose sur des gardes téléphoniques assurées exclusivement par des IDE libérales, par plages de 5h30 (pour un total de 16h quotidiennes) et rémunérées de manière forfaitaire. L'organisation suppose également du temps de management et pilotage de projet, un temps de secrétariat pour le traitement des astreintes et la couverture des frais logiciels et de télécommunications.

Les locaux actuels du SIO sont mis à disposition gracieusement par l'hôpital de Rive-de-Gier : cette situation reste précaire, et un impact économique serait à prendre en compte en majoration du budget actuel en cas de pérennisation du dispositif.

D'autre part, l'effectif dédié au fonctionnement du SIO représente aujourd'hui presque un quart de l'effectif total de l'URPS (0,8 ETP de secrétariat dédié au SIO, sur 3,8 ETP au total). Une éventuelle pérennisation du dispositif pourrait amener à réfléchir à un seuil à partir duquel la sollicitation d'une seule IDE d'orientation s'avère insuffisante, en particulier

pendant les horaires de pointe d'activité, et un complément serait nécessaire pour ne pas dégrader les délais de service. Ce seuil est difficile à estimer car, actuellement les astreintes ont été diminuées au vu de l'activité et l'orientation a été renforcée : demain, avec plus d'activité, les astreintes pourraient être renforcées, et donc le travail d'orientation réduit.

L'intervention des IDE d'orientation comprend plusieurs tâches pour une VINP :

- L'échange avec le SAS pour réceptionner et qualifier la demande, la saisir dans IDELINE
- Le contact avec l'IDEL effecteur, simple en cas d'astreinte mais supposant l'interaction avec plusieurs IDEL en cas d'absence d'astreinte
- L'information du patient quant à l'identité de l'intervenant et les délais d'attente
- Le suivi de l'intervention jusqu'au rappel du SAS par l'infirmier effecteur, et l'alimentation du dossier dans IDELINE au fil de l'intervention
- Le rappel ultérieur du patient pour vérifier le bon déroulement de l'intervention
- L'information de la VINP au MT et à l'infirmier référent

L'évaluateur a estimé les durées nécessaires pour ces étapes, au titre des projections positionnées en fin de rapport, et après échange avec l'URPS. Il en ressort que l'astreinte représente un gain de temps considérable car il permet de s'affranchir de la recherche d'un intervenant. La demande est alors allouée de manière quasi-immédiate, alors que la recherche hors astreinte nécessite entre 30 et 45 minutes en moyenne. Les autres étapes prennent de l'ordre de 10 Minutes par intervention, en moyenne. Les projections ont également impliqué de recenser les autres motifs d'appels, et notamment les demandes de réalisation d'un certificat de décès qui, certains mois, représentent un nombre d'appels analogue aux VINP.

Zoom sur le dispositif de participation des IDEL aux soins non programmés mis en place dans les Hauts-de-France

→ Un dispositif structuré autour de l'application ContactIDEL, utilisée comme plateforme de fonctionnement centralisé

Dans le cadre des mesures Braun qui ont suivi la mission flash sur les urgences et soins non programmés de l'été 2022, l'ARS Hauts-de-France a initié et piloté un projet de mobilisation des IDE par le SAMU pour des demandes de soins non programmés. Tous les travaux d'ingénierie et de mise en œuvre du projet ont sollicité en amont les acteurs impliqués dans le dispositif (SAMU/SAS, URPS...). La mise en œuvre s'est faite en commençant par le département du Nord, où le SAS était déjà bien implanté, avant de s'étendre progressivement à l'ensemble des départements de la région.

Le premier système mis en place fonctionnait avec des astreintes, mais n'a pas porté ses fruits en raison d'une trop faible mobilisation des IDE de la part du SAMU. L'URPS a ainsi sollicité auprès de l'ARS le financement d'un outil logiciel, ContactIDEL, qui permet de solliciter une IDEL qui se rend disponible selon son activité en temps réel. Le développement de ContactIDEL s'est fait en un an et demi, avec des sessions de travail entre les différents acteurs tous les deux ou trois mois. La propriété de l'outil, financé par l'ARS, relève de l'URPS.

ContactIDEL est une application que téléchargent les IDEL et disponible au SAMU. Les IDEL sélectionnent leur secteur d'activité sur l'application. Puis, lorsque la régulation formule une demande d'intervention, un SMS est envoyé par l'application aux IDEL du secteur concerné, en précisant un délai maximal d'intervention. Lorsqu'une IDEL décide de répondre à la demande, le lien est alors désactivé pour toutes les autres IDEL. Enfin, l'IDEL se rend à domicile, assure les soins nécessaires, prend note des informations relatives au patient sur l'application, puis termine l'intervention en appelant le médecin régulateur pour décider d'un maintien à domicile ou d'un transport.

Le dispositif bénéficie aujourd'hui d'un très bon niveau de réponse de la part des IDEL, quoique légèrement plus faible en période de nuit.

→ Des modalités de mise en œuvre encore en cours d'évolution

La mobilisation d'une IDEL se fait sur la base des 8 protocoles métiers suivants, définis en lien avec l'URPS et le SAMU : bilan de chute, épistaxis, évaluation dyspnée, pansements, paramètres vitaux, sonde urinaire, stomie, trachéotomie. A chaque protocole correspond un délai maximal d'intervention, qui est celui communiqué à l'IDEL par SMS. Ces protocoles sont aujourd'hui en cours d'évolution afin de mieux répondre aux besoins liés à la mobilisation d'une IDEL. Par exemple, le protocole de bilan de chute est peu utilisé car il s'avère avec l'expérience que les IDEL interviennent peu : la gestion de cette situation relève plutôt des pompiers.

Un travail est également en cours sur l'interopérabilité des logiciels de régulation médicale (LRM) et ContactIDEL. En effet, les données de santé entrées sur l'application par l'IDEL ne sont pas vouées à y rester : côté SAMU, l'ARM ou l'OSNP télécharge donc la fiche bilan depuis l'application afin de stocker les informations sur les serveurs du SAMU, ce qui entraîne une double saisie.

Enfin, la question de la propriété intellectuelle de l'application ContactIDEL n'est pas encore tranchée. L'URPS est en lien avec une avocate à ce sujet, un contrat doit être signé dans les prochaines semaines. L'ARS a formulé le souhait d'un lien avec le GRADeS. Concernant le partage de l'outil à plus large échelle, l'URPS HDF est en lien avec d'autres URPS sensibles à ce dispositif.

→ Un financement par l'ARS et par une spécificité sur le règlement des astreintes de la part des CPAM

En matière financière, l'ARS a débloqué, dans un premier temps, une enveloppe de 108 000 € pour le développement de ContactIDEL, puis, dans un deuxième temps, une enveloppe de 18 000 € supplémentaires pour des coûts d'amorçage du dispositif. L'ARS prévoit aussi de solliciter 20 000 € supplémentaires pour le développement de l'interopérabilité avec les logiciels de régulation des SAS.

La construction du modèle économique s'est faite en lien avec les CPAM. Les règles habituelles de la NGAP sont appliquées pour les actes et les téléconsultations. A cela, s'ajoute le règlement d'un temps de sollicitation non programmé, comptabilisé comme une quote-part de l'astreinte : par exemple, si l'intervention de l'IDEL dure 2 heures, la CPAM règle un tiers du forfait initialement prévu pour une astreinte de 6 heures.

Le dispositif a été déployé par vagues départementales et l'ensemble du territoire régional est désormais couvert. Les volumes d'activité transmis par l'ARS mettent en exergue les constats suivants :

Nombre de mobilisation SAMU	Nombre de demandes annulées par le SAMU	Nombre de demandes réelles SAMU (Déduction des annulations)	Nombre de demandes non prises en charge	Nombre de demandes refusées par IDELS	Nombre de demandes SAMU prises en charge	Nombre de maintien à domicile	Nombre d'admission aux urgences
206	84	122	80	16	35	21	6

1. le cumul des 5 départements représente une vingtaine de sollicitations par mois, dont la moitié dans le Nord. Cela représente 120 visites sur 12 mois dans le 59, qui compte une population de 2,6 Mhab. Le niveau de recours est donc bien plus faible qu'en ARA.
2. Compte tenu des différents motifs d'annulation ou de non-réponse, il y a environ 20% des sollicitations qui vont connaître une effectuation par une IDEL. Il y a en effet un grand nombre d'annulations à l'initiative du SAMU (40%, notamment en cas de non-réponse prolongée), et autant de demandes qui restent sans suite. Pour moitié, les demandes sont traitées en période de PDSA
3. En termes de suites, il y a de l'ordre de 2 visites sur 3 qui seront suivies d'un maintien à domicile. Les visites visent 2 motifs principaux si l'on en croit les protocoles : 1 visite sur 3 porte sur un problème urinaire, et autant sur la vérification de paramètres vitaux. Les stomies et pansements sont également actifs, alors que les autres protocoles ne sont quasiment pas sollicités.

→ Des dispositifs en HDF et ARA qui diffèrent sur l'étape d'orientation vers une IDEL effectrice, et donc sur leur coût

Finalement, le dispositif mis en place en Hauts-de-France répond à des besoins similaires à ceux du SIO : mobilisation des IDEL par le SAMU pour des soins non programmés et limitation de l'impact organisationnel au sein des SAMU/SAS. Le dispositif des Hauts-de-France est cependant bien moins coûteux que celui d'Auvergne-Rhône-Alpes puisqu'il ne mobilise pas d'IDE d'orientation en continu. Cependant, la contrepartie offerte par le SIO est une quasi-certitude sur la réponse positive d'une IDEL et un transfert de la responsabilité sur le délai de réponse du régulateur vers le SIO. En effet, en Hauts-de-France, tant qu'une IDEL n'a pas répondu positivement, la demande reste « en attente » côté SAMU, tandis qu'en Auvergne-Rhône-Alpes, le délai relève ensuite du SIO. Les données transmises par l'ARS HDF montrent que le recours reste modeste, de même que le niveau réel de réponse.

5.2.4. Coût du SIO pour l'URPS

Le tableau de suivi des dépenses du SIO indique que la moyenne mensuelle des dépenses de l'URPS sur la période de janvier à octobre 2024 est de 34 000 €, dont près des deux tiers correspondent à la rémunération des IDE d'orientation.

Le financement FIR sur la période janvier - octobre 2024 s'élève à 317 750 € ; en pratique, les comptes transmis par l'URPS font ressortir que la totalité de ses frais ne sont pas couverts par la dotation avec un écart de 19 000 € en défaveur de l'URPS sur cette période (soit de l'ordre de 6%). Dans le cadre du CNR, il est prévu qu'une partie du financement soit assurée par l'URPS Infirmiers, porteur du projet.

Au regard des coûts précédemment évoqués, on comprend que les coûts de la régulation téléphonique restent exorbitants par rapport aux coûts de l'effectif. La montée en charge du nombre d'appels à traiter permet en partie de nuancer ce constat, mais les coûts de l'orientation restent prépondérants à fin 2024 par rapport à ceux de la VINP et de l'astreinte.

Différentes pistes peuvent être suggérées pour contenir le coût du projet, qui n'ont néanmoins pas été discutées avec l'URPS sur leur faisabilité :

- En révisant le budget mensuel par rapport à l'historique, les financements initiaux FIR couvrant certaines dépenses inhérentes à l'amorçage et l'ingénierie du projet, qui n'ont pas vocation à être reconduits ou dont les quotes-parts affectées au SIO peuvent être ajustées (coût d'IDELINE par exemple, coûts d'encadrement de la structure ou indemnités associées au temps consacré par les membres d'instances URPS. Ceux-ci se trouvent majorés dans la projection budgétaire transmise par l'URPS, par rapport aux coûts historiques)
- En trouvant une alternative au « par et pour les professionnels », par exemple en salariant des intervenants administratifs (de profil PARM) plutôt qu'avoir recours à des IDEL dont l'indemnité avoisine les 250 € par vacation
 - En admettant certains horaires de faible sollicitation où l'OSNP se substitue aux IDE d'orientation via IDELINE, la programmation des astreintes restant du ressort de l'URPS. L'URPS signale néanmoins que depuis 2 ans d'expérimentation il est difficile de dégager une tendance en termes de moments plus propices de sollicitations par rapport à d'autres et émet des réserves sur la capacité d'un OSNP à apporter toute l'évaluation clinique de l'infirmier orienteur.
- En affectant une quote-part de ces coûts à d'autres activités d'orientation à la hauteur de leur prépondérance dans les appels traités (certificats de décès par exemple)

Inversement, le SIO bénéficie actuellement de locaux gracieusement mis à disposition par un établissement hospitalier. Les coûts immobiliers auraient vocation à être provisionnés pour garantir le coût complet du dispositif.

L'expérimentation du SIO intervient alors que l'organisation des soins non programmés connaît de nombreuses autres initiatives visant à en fluidifier le parcours et garantir l'accès. Plusieurs de ces initiatives influent sur le besoin des VINP ou leur déroulement et l'évaluation sert d'occasion pour en dresser un portrait qualitatif.

- Les évolutions de l'exercice regroupé : CPTS, centres de soins non programmés (CSNP)

Le degré d'articulation entre les SAS et les CPTS varie selon les départements. L'organisation des soins non programmés figure parmi les missions assignées aux CPTS et certaines peuvent donc mettre en place une organisation portant à la fois sur le versant médical et infirmier, garantissant une réponse en cas de besoin d'actes paramédicaux. Les personnes interrogées n'ont pas fait part d'une articulation particulière entre le SIO et des organisations définies localement par des CPTS, tout en mentionnant des territoires où *de facto* les MSP servent de pivot à la fois pour la CPTS et pour l'organisation des astreintes infirmières du SIO. En outre, il a été signalé que la CPTS de Bron (69) nouvellement créée revendiquait une implication dans l'offre de soins infirmiers non programmés ; et que certaines CPTS dupliquaient à leur échelle une permanence téléphonique pour réguler les demandes de soins non programmés, en complément au SAS.

L'URPS Infirmier a assuré des temps de concertation avec les CPTS au sujet du SIO courant 2024, et les échanges se développent depuis avec certaines CPTS intéressées pour des interventions complémentaires avec le SIO. L'URPS cite notamment certaines CPTS en Haute-Savoie qui ont engagé des IDE pour assurer la coordination des parcours de soins définis au niveau du territoire, mais ouverts uniquement en journée et en semaine ; les discussions préliminaires portent sur la manière de fournir un appui ponctuel mais récurrent en dehors de ces horaires, avec un SIO représentant une forme de mutualisation inter-CPTS le cas échéant, avec un modèle économique à construire.

Dans le Rhône (et la Métropole) en particulier, de nombreux CSNP se sont développés récemment et se spécialisent dans les consultations sans rdv. Cela constitue une solution d'aval intéressante pour le SAS et conduit les patients, dès lors qu'ils sont mobiles, à consulter dans des centres souvent ouverts jusqu'à minuit. Le SIO s'inscrit en complémentarité de cette offre sous réserve que les médecins régulateurs adhèrent à la coexistence des deux dispositifs, alors que le CSNP garantit l'accès à un avis médicalisé. Les acteurs ont pu évoquer la garantie de visite à domicile qu'apportait le SIO, alors que les services médicalisés se heurtent à des refus de la part des praticiens, à certains horaires ou territoires.

- La reconnaissance réglementaire d'une permanence des soins ambulatoires pour les infirmiers (PDSA)

Le décret n° 2025-152 du 19 février 2025 ouvre la possibilité de participation des infirmiers diplômés d'Etat à la permanence des soins ambulatoires, sans toutefois en préciser le cadre réglementaire attendu. Le SIO et les VINP, assorties du régime d'astreinte, peuvent constituer une déclinaison opérationnelle du décret, sous réserve des textes à venir ainsi que des négociations conventionnelles.

- Le rôle de l'infirmier référent

Le décret n° 2024-620 du 27 juin 2024 institue la possibilité pour le patient de désigner un « infirmier référent » (voire d'un cabinet d'exercice regroupé) disposant de responsabilités accrues auprès des patients.

La mise en place des infirmiers référents vise typiquement la même population que les VINP, principalement des patients atteints de maladies chroniques. Elle soulève une question de transmission de relevé d'intervention entre professionnels, similaire à la relation entre le médecin traitant et le praticien assurant une consultation en PDSA. L'URPS a d'emblée veillé à cette transmission en intégrant la mention de l'IDE référent dans les bordereaux d'intervention, et la transmission automatisée du relevé auprès de ce professionnel en même temps que l'information du médecin traitant.

- Le déploiement des infirmiers correspondants SAMU (ICS)

L'évaluation a permis d'interroger les acteurs sur les similitudes et différences entre le dispositif des VINP et celui des ICS. Il en ressort que les VINP n'ont pas vocation à couvrir des compétences étendues à l'instar des ICS et n'appellent ni formations complémentaires, ni matériels spécifiques ; la VINP relève des actes professionnels infirmiers. Pour autant, les professionnels ont attiré l'attention sur l'appétence nécessaire en faveur de soins non programmés, qui comportent à la fois un risque d'aléa et une incertitude plus importante qu'une stricte activité réglée. Les professionnels ayant cette appétence peuvent d'ailleurs se trouver affiliés à plusieurs dispositifs (sapeur-pompier volontaire en sus, par exemple).

L'expérience des Hauts de France montre également qu'une communication est opportune auprès des professionnels afin d'éviter toute confusion et ne pas laisser entendre que les VINP donnent lieu à des situations pouvant en jeu le pronostic vital ou une perte fonctionnelle, comme cela peut être le cas des ICS. L'URPS ARA a signalé avoir communiqué auprès des IDEL pour éviter toute confusion sur le sujet, vis-à-vis des VINP coordonnées par le SIO.

5.4.1. Projections d'activité et hypothèses de coût

L'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône Alpes s'interroge sur les conditions d'un déploiement régional du dispositif SIO et a souhaité une projection, effectuée au regard des éléments mesurés par l'évaluation.

La projection comporte plusieurs hypothèses :

- L'élément primordial à projeter concerne le niveau de recours aux VINP dans les différents territoires, qui justifie l'existence du dispositif. Au regard des trajectoires de montée en charge et des retours qualitatifs de la part des acteurs, du caractère homogène des résultats entre Loire et Isère, il semble possible d'estimer un taux de recours « cible » rapporté à la population. Il reste néanmoins tributaire de l'adhésion des médecins régulateurs, dont la participation serait à accélérer, et de la disponibilité d'IDEL pour effectuer les Visites alors que certains territoires sont en carence.
- Les astreintes sont à modéliser et l'expérience du SIO montre qu'il est pertinent de le corrélérer au niveau d'activité observé en VINP mais dans un souci de simplification, il a été privilégié une projection fondée sur des critères populationnels ci-dessous.
- Enfin, le fonctionnement du SIO représente un coût significatif. Dans sa configuration ARA, ce coût a un caractère incompressible pour assurer l'amplitude horaire prévue avec au moins un professionnel, et peut nécessiter un complément de moyens à partir d'un certain seuil à définir. L'expérience des HDF montre que le dispositif peut fonctionner sans cette garde, mais avec un niveau de résultat qui reste nettement plus modeste (délais d'intervention, taux de demandes non satisfaites, niveau de recours ; effet motivationnel sur les IDEL également car l'enquête URPS auprès des effecteurs montre l'importance de l'intermédiation assurée par l'IDEL orienteur).

Le tableau ci-après recense les résultats en termes d'activité de VINP, de nombre d'astreintes et de dimensionnement du SIO en fonction des hypothèses suivantes :

- Atteinte, dans tous les départements, d'un taux de recours annuel similaire aux taux les plus récents atteints en Isère et en Loire, soit 150 VINP annuelles pour 100 000 habitants.
- Estimation du nombre d'astreintes mises en place, sur la base d'une probabilité d'être sollicité pour au moins 1 VINP. Cette probabilité a été fixée à un seuil bas, de l'ordre de 40%, dans la simulation, afin de correspondre aux niveaux de recours atteints fin 2024. Une alternative a été explorée en rapportant l'astreinte à une population fixe, à hauteur de 300 000 habitants pour reprendre la moyenne constatable ; mais cette hypothèse fige le nombre d'astreintes, alors qu'il est préférable de lui permettre de fluctuer en fonction du nombre de VINP à assurer, notamment parce que l'augmentation du nombre d'astreintes permet de limiter la charge de travail incombant au SIO. Une modélisation a été effectuée à un niveau infra-départemental à cette fin, en utilisant la maille des arrondissements départementaux (celle des sous-préfectures).
-

L'utilisation de ces hypothèses aboutit aux volumes prévisionnels suivants par département. Le périmètre de la Métropole de Lyon n'a pas été pris en compte en première intention, au vu du recours privilégié à SOS Médecins pour les interventions à domicile. Cela aboutit à :

- Projeter une hausse très significative de l'activité sur le Puy de Dôme (x 8) et sur le Rhône (x 5)
- Au global, tripler l'activité de VINP pour couvrir la région. En effet, les départements déjà couverts figurent parmi les plus peuplés et le passage de 4 à 12 départements (hors Métropole) représente donc une telle hausse, en intégrant le développement sur 63/69 déjà cité.
- L'augmentation des astreintes serait plus accentuée ; ceci en reflet des enjeux de maillage géographique. En pratique, le nombre d'astreintes serait à calibrer par territoire et des périodes à couvrir. C'est ainsi que l'Ardèche

et l'Allier disposeraient en moyenne d'une astreinte par jour ; il s'agirait plutôt de moduler ces astreintes en fonction des jours de semaine, pour les affecter sur les périodes prioritaires.

L'expérience des HDF privilégie la mutation du financement de l'astreinte en une majoration de la VINP en fonction de la durée d'intervention.

Département	Données Socio-démographiques		Données d'activité et taux de recours				Département	PROJECTION d'ACTIVITE		
	Population (2021)	Pop. > 80 ans (2021)	Nb VINP 2024	Nb VINP déc. 2024	Nb astreintes mens. Moy jan-sept 2024	Taux recours annuel / 100 000 hab (dec 2024)	Pop. Moy. Pour 1 astreinte quot.	Projection autres départ. pour 150 VINP/100 000 hab	Projection astreintes (cf. onglet dédié)	Lignes SIO nécess. (en cumul)
Sources	Insee, 2021		SIO		SIO					
38	1 284 948	69 881	1 796	160	130	149	296 526	1 927	143	0,2
42	769 029	55 461	908	90	90	140	256 343	1 154	91	0,3
63	662 285	43 085	122	29	30	En montée en charge		993	91	0,4
69D	469 623	26 877	134	10	24	En montée en charge		704	91	0,5
1	663 202	34 241						995	26	0,6
3	334 872	30 368						502	0	0,6
7	331 415	24 947						497	0	0,7
15	144 226	13 258						216	0	0,7
26	519 458	34 025						779	26	0,8
43	227 284	17 365						341	0	0,8
69M	1 424 069	78 166				Hors SIO - SOS médecins		0	0	0,8
73	442 468	27 584						664	26	0,9
74	841 482	40 562						1 262	26	1,0
Total	8 114 361	495 820	2 960		274			10 035	520	

Sur la base de ces estimations, il devient possible de projeter le coût du dispositif en fonction des départements inclus dans le dispositif. On distingue 3 vecteurs de coût :

- La tarification des VINP, estimées en incluant les indemnités de déplacement soit de l'ordre de 50 € par visite au total. La montée en charge et l'effet de mutualisation entre départements permet progressivement d'augmenter la part que les VINP représentent dans le coût total du dispositif. Alors qu'il représente environ un quart des coûts actuellement, cela atteindrait 40% en activité pleine.
- La rémunération des astreintes, en conservant le principe d'astreintes attribuées par le SIO et rémunérées 78 €. Les astreintes restent, à cette hauteur, la principale ligne budgétaire à financer.
- Le coût de fonctionnement du SIO. Ce coût est estimé ici à 454 800 € sur déclaration de l'URPS, de manière fixe jusqu'à atteindre un seuil d'activité qui justifie son augmentation. Au sein de cette dépense, on peut distinguer le coût de la garde IDEL (262 800 € au vu des horaires souhaités) et une enveloppe fixe de l'ordre de 192 000 €⁵ pour les autres frais (encadrement, coûts numériques et de télécommunications, immobilier et bureautique). En conservant la même amplitude horaire et hebdomadaire, ce seuil est estimé à 16 VINP par jour soit 5 840 VINP annuelles, à partir duquel un complément de moyens serait considéré comme nécessaire pour garantir le même niveau de réponse aux demandes des SAS. Pour les besoins de la projection, ce complément a été établi sous la forme d'un temps salarié, au prorata du nombre de VINP excédentaires. Par ailleurs, la projection prend l'hypothèse d'un coût de fonctionnement du SIO exclusivement affecté aux VINP, alors qu'un partage avec d'autres missions assurées par le SIO est envisageable (cf. supra).

Les différentes hypothèses à manier pour construire des scénarios peuvent être regroupés dans le tableau suivant, auquel s'ajoute le choix des départements à inclure :

HYPOTHESES de CALCUL			Fonctionnement SIO	
VINP	Coût unitaire	17,64 €	Nb d'heures quot. SIO	16
	Coût déplac.	30,00 €	Nb jours ouvert. SIO	365
	Nb annuel pour 100 khab	150	VINP/h SIO	1
Astreintes	Coût unitaire	78 €	Nb ETP/1 ligne	3,65
	Nb quot pour 300 khab	1		
	Ratio VINP/Astreinte :	1,25		
			Coût/h garde SIO IDEL	40 €
			Coûts fixes support SIO	65 000 €
			Coût ETP admin.	50 000 €
			Nb h/ETP salarié	1 600
			Part du SIO imputée VINP	100%

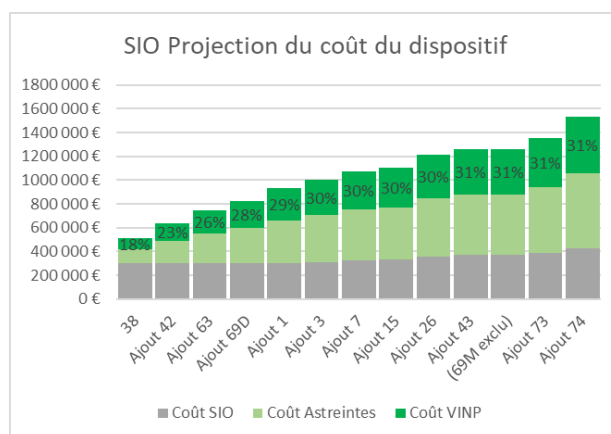
Ces différentes hypothèses sont établies par l'évaluateur et n'engagent pas le porteur de projet ; en particulier, la projection du coût de fonctionnement du SIO serait à concerter, en fonction de la couverture géographique à assurer

⁵ Ce montant a été déclaré par l'URPS au-delà de la date de restitution finale du rapport, et réintégré dans le cadre des relectures. Il reste à affiner au regard de plusieurs paramètres déjà exposés (cf. chapitre 5.2.4), et des possibilités de financement côté ARS.

ainsi que des choix d'organisation à promouvoir. Elles aboutissent à estimer le coût total du dispositif à 1,4 M€ annuels (VINP, astreintes et SIO inclus) à l'échelle régionale, avec maintien d'une part importante imputable au SIO.

Département	PROJECTION d'ACTIVITE		
	Projection autres départ. pour 150 VINP/100 000 hab	Projection astreintes mens. sur ratio 1 astreinte// 300 000 hab	Lignes SIO nécessaires
38	1 927	128	0,3
42	1 154	77	0,5
63	993	66	0,7
69D	704	47	0,8
1	995	66	1,0
3	502	33	1,1
7	497	33	1,2
15	216	14	1,2
26	779	52	1,3
43	341	23	1,4
69M	0	0	1,4
73	664	44	1,5
74	1 262	84	1,7
TOTAL	10 035	669	

Département	Inclusion du départ. Dans la simulation
38	Oui
Ajout 42	Oui
Ajout 63	Oui
Ajout 69D	Oui
Ajout 1	Oui
Ajout 3	Oui
Ajout 7	Oui
Ajout 15	Oui
Ajout 26	Oui
Ajout 43	Oui
Ajout 69M	Non
Ajout 73	Oui
Ajout 74	Oui
TOTAL	



Quelques tests ont été effectués pour éprouver les différentes hypothèses, assortis de commentaires sur les modulations possibles :

- En l'état, le complément d'intervention du SIO représente 70% d'activité supplémentaire ; le faire assurer par des IDEL selon le même mode de financement représenterait 520 k€ au lieu des 430 k€ projetés avec un recours au salariat administratif. L'URPS a confirmé que dans une configuration augmentée ce soutien administratif serait envisageable en appui à l'infirmier orienteur de garde, qui reste le garant de la sécurité et de la qualité du parcours.
- Le temps nécessaire par appel entrant pour l'IDE orienteur a été discuté avec l'URPS. Il en ressort que l'hypothèse d'une intervention de 1h en moyenne en orientation téléphonique par VINP peut être discutée. Le minorer de moitié (30 min) permet de s'affranchir d'un besoin complémentaire, même en extension à l'ensemble de la région ; inversement, considérer que le temps nécessaire est supérieur, par exemple de 1h20, revient à considérer que le SIO est déjà proche de la saturation et qu'il faut au moins doubler son dimensionnement pour couvrir la région. Par ailleurs, l'activité du SIO est dans ce modèle uniquement indexé sur le nombre de VINP, alors que le SIO traite d'autres demandes *de facto*, qui pourraient relever de leurs propres sources de financement.
- Le remplacement des astreintes par une majoration au prorata du tarif de l'astreinte (13€ horaires), comme c'est le cas en Hauts de France, permet d'indexer les coûts sur l'activité des VINP et représente une économie significative, de l'ordre du tiers des coûts. Il n'offre cependant pas les mêmes garanties de disponibilité d'IDEL aux horaires ou territoires en tension. Une alternative consisterait, sous réserve de faisabilité réglementaire, à établir un tarif d'astreinte « de sécurité » au montant minoré, intermédiaire entre le tarif actuel et l'absence d'astreinte. L'URPS ARA a néanmoins alerté sur le risque de démotivation des infirmiers, en considérant que la visite est déjà peu rentable au regard du temps à y consacrer, et que l'astreinte conditionne la disponibilité d'IDEL.
- Pour que les VINP représentent au moins une part équivalente aux astreintes dans les coûts, il faudrait prévoir une augmentation de 30% du taux de recours, soit de l'ordre de 200 VINP / 100 000 habitants ; sauf à resserrer les critères d'octroi des astreintes dans les différents territoires.

5.4.2. Transposabilité ; trajectoire budgétaire et de déploiement le cas échéant

Outre les considérations qui précèdent, l'opportunité d'un déploiement étendu à d'autres départements suppose de s'interroger sur les trajectoires pluriannuelles à engager.

Tout d'abord et comme évoqué précédemment, le déploiement repose sur l'adhésion effective des médecins régulateurs du SAS et il paraît donc important de le conditionner à une démarche de candidature. L'URPS signale qu'actuellement, les SAS des départements de l'Ain, de la Haute-Loire, de la Drôme et de la Savoie ont émis des candidatures ainsi qu'un bon nombre de CPTS constituées dans la région. A cet égard, le fonctionnement des SAS permet difficilement de se projeter à un niveau infra-départemental, même si le fonctionnement dans le Rhône montre que certaines adaptations sont possibles.

D'autre part, la phase de montée en charge est très longue, et suppose d'estimer un effet pluriannuel pour le SIO en particulier. Afin de soutenir une concertation à venir entre les différentes parties prenantes, et illustrer ce phénomène, l'évaluation prend quelques hypothèses de montée en charge ci-dessous. Sous réserve d'une validation de celles-ci, elles permettent de montrer que la montée en charge ne nécessiterait un renfort significatif au niveau du SIO qu'à compter de 2028.

Les hypothèses suivantes ont été prises :

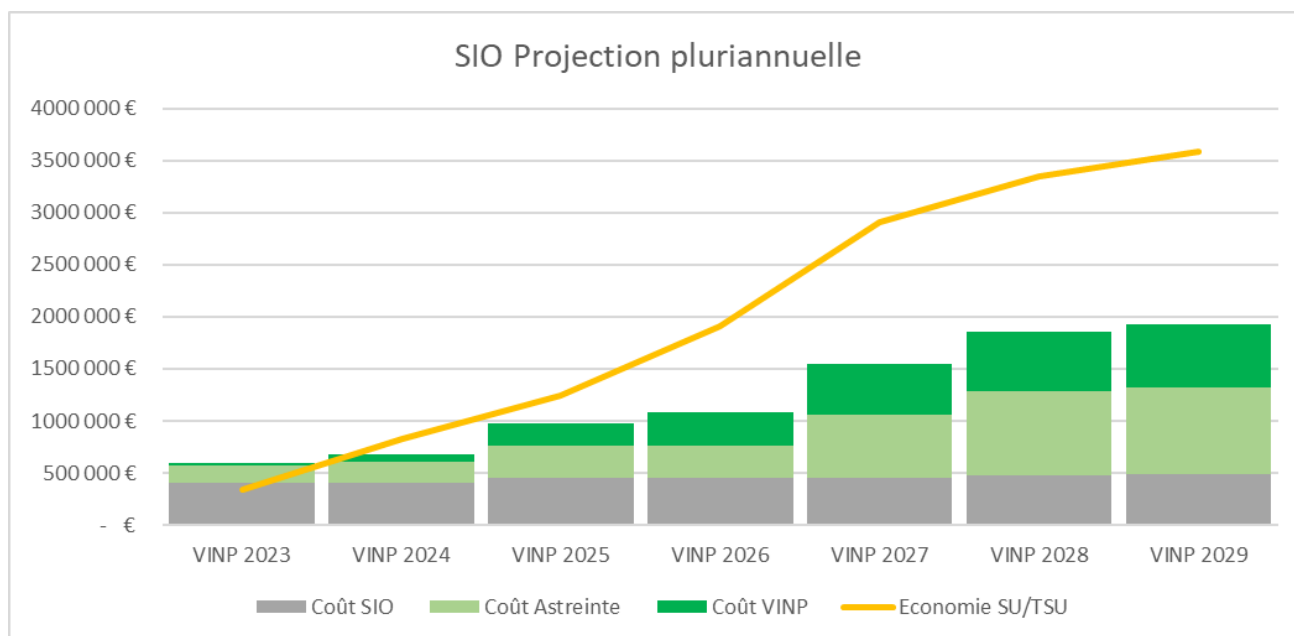
- Une capacité à traiter des VINP par le SIO de l'ordre de 1,75 par heure, modulé en fonction de la disponibilité d'astreintes – concordant avec les premiers retours de l'encadrement du SIO ; pas d'économies projetées sur les coûts support du SIO
- Une montée en charge des nouveaux départements progressive sur 3 ans, ne dépassant la cible qu'en 2029
- Une poursuite plus modeste et dégressive de la montée en charge dans les départements de l'Isère et de la Loire, de l'ordre de 5 à 15 % annuels
- Une poursuite de la montée en charge dans le Rhône (hors Métropole) et dans le Puy de Dôme qui se poursuivrait jusqu'en 2026 avant d'atteindre un niveau de pleine activité, puis empruntant la même trajectoire que le 38/42

Hypothèses selon maturité	VINP 2025	VINP 2026	VINP 2027	VINP 2028	VINP 2029
Progression nvx déprts	10%	30%	85%	105%	115%
Progression pour 63/69D	50%	100%	115%	125%	130%
Progression pour 38/42	cf supra	15%	10%	5%	5%

Départ.	VINP 2023	VINP 2024	VINP 2025	VINP 2026	VINP 2027	VINP 2028	VINP 2029
38	806	1 796	1 927	2 217	2 438	2 560	2 688
42	420	908	1 154	1 327	1 526	1 754	1 842
63		122	497	993	1142	1242	1291
69D		134	352	704	810	881	916
1		0	99	298	846	1045	1144
3		0	50	151	427	527	578
7		0	50	149	423	522	572
15		0	22	65	184	227	249
26		0	78	234	662	818	896
43		0	34	102	290	358	392
69M		0	0	0	0	0	0
73		0	66	199	564	697	763
74		0	126	379	1073	1325	1452
TOTAL	1226	2960	4456	6818	10384	11956	12783

Besoin SIO (nb lignes)	0,1	0,3	0,4	0,7	1,0	1,2	1,3
Coût SIO	404 000 €	404 000 €	454 800 €	454 800 €	457 603 €	480 127 €	491 967 €
Coût Astreinte	163 607 €	203 237 €	305 036 €	305 036 €	597 870 €	805 294 €	829 697 €
Coût VINP	28 407 €	68 228 €	212 263 €	324 807 €	494 713 €	569 596 €	608 960 €
Economie SU/TSU	343 280 €	828 800 €	1 247 556 €	1 909 028 €	2 907 635 €	3 347 753 €	3 579 112 €

L'analyse montre l'intérêt de clauses de révision dans l'évolution du SIO pour se permettre d'ajuster le dispositif et de gagner en efficience au fil de sa montée en charge.



Cette projection vise avant tout à sensibiliser au fait que la montée en charge se déroule de manière pluriannuelle, et qu'à ce titre l'engagement budgétaire peut être pris de manière progressive et réévaluable en fonction du déroulement du projet dans différents départements. Pour rappel, les éléments ci-dessus correspondent à une projection de l'évaluateur et n'engagent ni l'URPS ni l'Agence régionale de santé.

Un recueil des manifestations d'intérêt auprès des différents SAS permettrait en outre d'identifier plusieurs vagues de déploiement, rendant ainsi la conduite de projet pluri-départementale plus facile à absorber pour le SIO. Ce déploiement en vagues présente l'atout de donner plus de recul aux hypothèses prises tant en termes de taux de recours que de développement des astreintes, d'organisation interne du SIO, voire des critères d'orientation vers les VINP et de partage du coût avec d'autres filières.

L'évaluation réalisée ci-dessus ne doit pas faire perdre de vue les autres bénéfices de la VINP, non valorisés économiquement dans la présente évaluation mais retranscrits ci-dessous :

Gains évaluable économiquement :

- passages aux urgences
- Transports sanitaires urgents

Autres gains pour le patient

- Moins d'attente avant PEC soignante, et pas de retour à domicile à organiser
- Moindre iatrogénie associée au transport et à la PEC aux urgences : liaison facilitée avec l'entourage
- Non-désorganisation des services à domicile, liées à leur déprogrammation en cas d'hospitalisation
- Pour des patients vulnérables, ou en désaffiliation voire renoncement aux soins : repérage, évaluation in situ et orientation sociale et médicale

Autres gains pour le système de soins

- Transfert de charge du SAS dès la transmission au SIO (garantie de réponse et de suivi grâce à l'IDE orienteur)
- Moindre embolisation du temps médical, du SU et des lits d'hospitalisation par des venues évitées (d'après la SAE, 40% de personnes de plus de 80 ans aux urgences sont hospitalisées)
- Moindre recours aux transports sanitaires urgents, améliorant leur disponibilité
- Participation facilitée des IDEL à la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles en cas de besoin