RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

Agence Régionale de Santé Île-de-France

Avis du Comité Consultatif d'Allocation des Ressources – section Urgences

Séance du 28 mars 2025

1. Mise en place d'un nouveau modèle de financement

Le nouveau modèle est composé de trois étapes : la sécurisation de certains financements, la régularisation des modifications des conditions d'accès aux urgences et l'application d'un modèle de financement des SAU comportant quatre briques.

1. Sécurisation de certains financements

Préalablement à l'application du modèle, chaque établissement fait l'objet d'une sécurisation. Celle-ci concerne les crédits liés aux :

- Coordonnateurs de parcours pour les établissements ayant transmis leurs projets,
- Plateaux techniques spécialisés d'accès direct,
- SMUR.

2. Régularisation des modifications des conditions d'accès aux urgences

Depuis plusieurs années, certains établissements font face à des difficultés pour maintenir leurs SAU ouverts en continue. Cela se traduit par des délestages – temporaires ou chroniques – mais aussi par la mise en place d'un accès régulé aux urgences, ou alors par des fermetures totales. Le GT « financement » a donc travaillé à un modèle de régularisation.

Ainsi, dès sept jours/nuits fermés par an, l'établissement est pénalisé. Un taux de pénalisation est appliqué au *protata temporis* selon les modifications mises en place par la structure :

	Fermeture	**Délestage/régulation**
Diurne	50%	15%
Nocturne	20%	10%

Le montant dégagé est ensuite réparti entre les établissements ayant maintenu un accueil permanent et sans restriction à leur SAU.

3. Application d'un modèle de financement des SAU reposant sur quatre briques

Jusqu'alors, le financement était réparti ainsi : 97% selon la base historique et 3% selon des indicateurs de pénibilité (taux d'hospitalisation, patients arrivés couchés et patients accueillis en nuit profonde).

Dans le nouveau modèle, chaque établissement porteur de SAU est financé selon quatre modalités (briques) :

- Ventilation au prorata de la base historique,
- Clé de répartition du référentiel de moyens,
- Nouveaux indicateurs,
- Indicateurs de pénibilité.

Le poids de la base historique dans cette méthode dépend de la pondération des autres briques. Ainsi, il est proposé que **les indicateurs de pénibilité** passent de 3% à 5% :

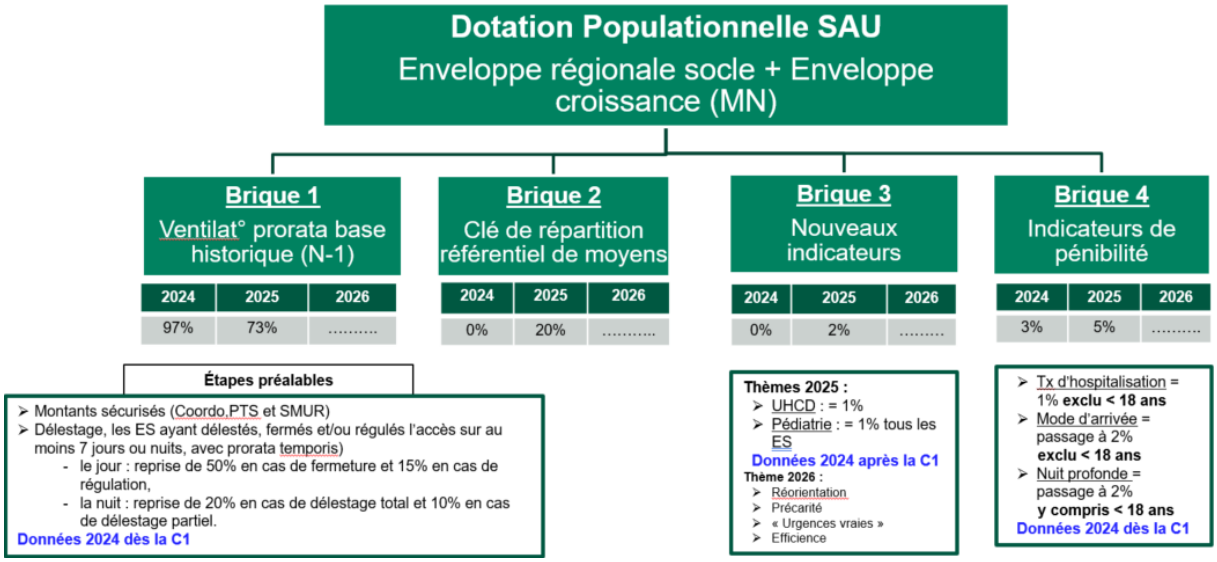
- 2% pour les patients arrivés couchés,
- 2% pour les patients accueillis en nuit profonde,
- 1% pour le taux d'hospitalisation.

Une spécificité pédiatrique est par ailleurs ajoutée à ces indicateurs, les patients de moins de 18 ans sont exclus des données de répartition pour l'indicateur « patients couchés » et « taux d'hospitalisation ».

Concernant **les nouveaux indicateurs**, la groupe de travail suggère que cela représente 2% du financement. Pour l'année 2025, le groupe prévoit de travailler à un indicateur dédié à la pédiatrie et un pour l'UHCD. Ces crédits seront mis en réserve en C1 le temps de finaliser les indicateurs.

En ce qui concerne l'utilisation du **référentiel de moyens**, il est proposé un premier scénario à 20% et un second à 40%. Son pourcentage d'utilisation conditionne le poids de la **base historique**, à respectivement 73% et 53%.

La figure ci-dessous synthétise le modèle présenté.



Avis du CCAR.U : Le CCAR.U émet un **avis favorable** à l'application de ce nouveau modèle de financement :

- À l'unanimité pour l'application de la méthode de régularisation des modifications des conditions d'accès aux urgences,
- À l'unanimité pour le passage de 3% à 5% pour les indicateurs de pénibilité et pour la prise en compte de la spécifique pédiatrique,
- À l'unanimité pour la mise en réserve des 2% en C1 pour la définition de nouveaux indicateurs (UHCD et pédiatrie),
- À 11 voix contre 5 pour l'application du référentiel de moyens.

La Présidente du CCAR.U

Signé

Docteur Agnès RICARD-HIBON