

**Avis du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé,
sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Urgences dentaires :
intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du SAMU Centre 15
(dimanches et jours fériés) » à partir des expérimentations régionales en
Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne Franche Comté, Bretagne, Centre - Val de
Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Ile-de-France, Normandie, Nouvelle
Aquitaine et Pays de la Loire**

Janvier-février 2024

Le comité technique de l'innovation en santé (CTIS) et le conseil Stratégique de l'innovation en santé ont été saisis pour avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Urgences dentaires : intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du SAMU - Centre 15 (dimanches et jours fériés) » à partir des projets régionaux (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne Franche Comté, Bretagne, Centre Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Ile-de-France, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Pays de la Loire).

L'expérimentation a été autorisée par chaque Directeur général d'ARS entre juin 2021 et décembre 2022 et a donné lieu à publication aux recueils des actes administratifs régionaux après avis favorables du comité technique de l'innovation (CTIS). Le premier patient a été inclus le dimanche 06/01/2022 en région Auvergne-Rhône-Alpes. Au 31 décembre 2023, 12 433 heures de régulation ont été rémunérées sur l'ensemble des régions depuis le début de l'expérimentation.

Après examen du rapport final d'évaluation, le comité technique et le conseil stratégique de l'innovation en santé ont rendu leur avis respectivement le 23 janvier 2024 et le 14 février 2024.

Contexte

La réglementation actuelle prévoit une organisation de la permanence des soins dentaires les dimanches et jours fériés. Les conseils départementaux de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (CDOCD) établissent les tableaux de garde qui répertorient les chirurgiens-dentistes libéraux ou salariés qui assurent chaque semaine cette permanence des soins dentaires. La régulation de l'accès à la permanence des soins dentaires était jusqu'ici assurée dans le droit commun par des médecins régulateurs de permanence des soins en médecine générale installés dans les SAMU-Centre 15. Or, il est apparu que cette régulation n'était pas effective, l'action du SAMU-Centre 15 se résumant souvent à indiquer au patient les coordonnées du cabinet dentaire de garde dans son secteur géographique. En conséquence, le cabinet dentaire de garde recevait des patients qui ne nécessitaient pas spécifiquement des soins dentaires en urgence, mais parfois simplement un conseil. Les patients inopportuns devenaient une source de saturation de la garde et de tensions. De plus, l'absence de régulation induisait un déséquilibre d'activité entre les secteurs de permanence dans le département, avec des cabinets de garde en suractivité, et d'autres en sous-activité.

Durant la première période de confinement liée à la crise sanitaire COVID 19, dans de nombreuses régions, l'orientation des patients vers le chirurgien-dentiste de garde a été assurée en journée et en semaine par des chirurgiens-dentistes en lien avec les conseils de l'Ordre. Cette disposition a été prolongée jusqu'au 10 juillet 2020, avec le libre choix aux conseils départementaux de l'Ordre de maintenir cette régulation ou non.

La LFSS 2020 a introduit la possibilité d'expérimenter la régulation de l'accès à la permanence des soins dentaires par des chirurgiens-dentistes régulateurs dans les locaux des SAMU-Centre 15 dans le cadre de l'article 51.

Un cahier des charges relatif à l'expérimentation intitulée « Urgences dentaires : intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du SAMU Centre 15 (dimanches et jours fériés) » a été proposé conjointement par 10 ARS comme socle commun à 10 projets régionaux.

Objet de l'expérimentation

L'objectif de cette expérimentation était :

- D'améliorer la réponse pour la population à un besoin de soins urgents dentaires les dimanches et jours fériés, en fournissant une réponse adaptée à la demande et en diminuant le temps d'attente pour la prise en charge ;
- De disposer d'une meilleure répartition géographique des rendez-vous d'urgence entre les différents secteurs de garde au sein des départements ;
- De désengorger la régulation du SAMU-Centre 15 des appels portant sur l'odontologie ;
- De mieux gérer la prise en charge du soin d'urgence en permettant au chirurgien-dentiste de garde de mener à son terme ses actes curatifs et ainsi de faciliter la continuité des soins dentaires lorsque le patient retourne chez son praticien traitant.

Déroghations mobilisées

L'expérimentation modifiait les règles de fonctionnement de l'aide médicale urgente et dérogeait au troisième alinéa de l'article L. 6311-2 du code de la santé publique, afin de permettre le concours de chirurgiens-dentistes d'exercice libéral au fonctionnement d'unités participant au service d'aide médicale urgente (SAMU-Centre 15).

Elle dérogeait également aux règles de facturation, tarification, remboursement, mentionnées à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale pour la rémunération des chirurgiens-dentistes.

Champ d'application territorial de l'expérimentation

Le cahier des charges socle était applicable dans 10 régions (soit au total 26 départements) : Auvergne Rhône Alpes (ARA), Bourgogne Franche Comté (BFC), Bretagne (BRE), Centre Val de Loire (CVL), Grand Est (GRE), Hauts de France (HDF), Ile de France (IDF), Normandie (NOR), Nouvelle Aquitaine (NAQ) et Pays de la Loire (PDL).

Chacune des annexes régionales fixait le champ de l'expérimentation sur la base du nombre maximum de départements autorisés par région lors du CTIS du 29 avril 2021 (cf. répartition dans le tableau 1 page suivante). Les départements expérimentateurs étaient autorisés soit après un appel à candidatures réalisé auprès des conseils de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, soit en arrêtant directement la liste des départements participants.

L'expérimentation n'a pas été déployée en Normandie.

Durée de l'expérimentation

L'expérimentation a été prévue pour une durée de 2 ans pour chaque département expérimentateur, à partir de la première permanence de régulation réalisée par un chirurgien-dentiste dans le SAMU-Centre15 un dimanche ou un jour férié. Les ARS avec plusieurs départements expérimentateurs devaient veiller à ce que le dernier département à démarrer l'expérimentation ait réalisé sa première permanence de régulation dans un délai maximum de 4 mois après celle du premier département.

Population cible, professionnels et structures impliquées

Était ciblée par l'expérimentation toute personne appelant le SAMU-Centre 15 les dimanches et jours fériés et adressée par ce dernier au chirurgien-dentiste régulateur.

Les chirurgiens-dentistes impliqués dans la régulation étaient exclusivement libéraux (en activité ou en cumul emploi-retraite). Selon les départements et les CDOCD, la régulation dentaire pouvait faire partie des activités obligatoires déontologiques (au même titre que les gardes) ou il pouvait être fait appel au volontariat des chirurgiens-dentistes.

L'organisation de la régulation de l'accès à la permanence des soins dentaire s'intégrait à l'organisation des SAMU-Centres 15 et à la permanence des soins dentaires.

Modèle testé

Était concerné par l'expérimentation tout appel relevant d'un besoin d'urgence dentaire qu'il soit effectué via le 15 ou sur un numéro d'appel spécifique (ex : 116-117 numéro d'accès à la permanence des soins -PDS- de médecine générale qui arrive au SAMU, numéro du CDOCD).

Dans le cas d'un appel au 15, la demande, si elle relevait de la santé dentaire, était transférée par l'assistant de régulation médicale (ARM) au chirurgien-dentiste régulateur présent sur place ou à distance.

Le chirurgien-dentiste régulateur pouvait alors prendre l'appel (selon les modalités mises en place : soit par liste d'attente gérée par un logiciel, soit par rappel des patients) et questionner le patient afin d'obtenir plus d'informations sur la situation et prendre une décision :

- Conseiller le patient appelant ;
- Télé-prescrire en cas de nécessité (ex : antalgiques, antibiotiques...) ;
- Orienter vers le chirurgien-dentiste de permanence et programmer les rendez-vous vers les cabinets de garde (gestion des flux, sécurisation des praticiens de garde) ;
- Réorienter vers un autre service : médecin traitant, urgences hospitalières, service de chirurgie maxillo-faciale... ;

Modalités de financement du projet

Le financement des chirurgiens-dentistes régulateurs était assuré par un forfait horaire de régulation identique à celui des médecins généralistes régulant les dimanches et jours fériés au sein du SAMU-Centre 15 de chaque département expérimentateur (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Mise en place et financement de la régulation dentaire selon les régions

Région	Département		Nombre de postes régulateurs	Forfait horaire	Nombre heures de régulation / jour
ARA	38	Isère	2	90 €	6
	42	Loire	2		
	26	Drome	1		
	69	Rhône	1		
NAQ	33	Gironde	1	92 €	10
	79	Deux-Sèvres	1		5
PDL	49	Maine et Loire	1	100 €	4
	53	Mayenne	1		
HDF	80	Somme	2	90 €	4
	59	Nord	2		
IDF	77	Seine et Marne	1	90 €	6
GRE	67	Bas-Rhin	1,2	90 €	8
	68	Haut-Rhin	1		4
NOR*	14	Calvados	2	100 €	6
BRE	35	Ille et Vilaine	1	100 €	10
	56	Morbihan	1 + 9/63e		6
	22	Cotes d'Armor	1		4
	29	Finistère	1		10
CVL	45	Loiret	2	80 €	4
	28	Eure et Loir	1		
	36	Indre	1		
	37	Indre et Loire	2		
	41	Loir et Cher	1		
	18	Cher	1		
BFC	21	Côte d'or	1	90 €	5
	71	Saône et Loire	1		
10 régions	26 départements		31,2		94

*pas de convention de financement signée

Sur cette base, un financement sur le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) avait été établi, pour la durée de l'expérimentation, à hauteur de **2 146 430 €** pour les 10 régions concernées.

Le fonds d'intervention régional (**FIR**) pouvait être sollicité à hauteur de **558 766 €** pour accompagner le cas échéant, les actions de formation, des coût d'adaptation ou de déploiement de systèmes d'information, à l'exclusion de leur développement, des temps d'Ingénierie de projet.

La répartition pluriannuelle par région est présentée dans le tableau 2 suivant :

Tableau 2 : Affectation de crédits FISS et FIR par région pour les deux ans de l'XP

Région	Nombre de départements participant	Budget FISS pour les 2 ans de l'XP	Budget FIR pour les 2 ans de l'XP	TOTAL Budget XP
ARA	4	408 240 €	61 200 €	469 440 €
NAQ	2	173 880 €	20 000 €	193 880 €
PDL	2	100 800 €	37 600 €	138 400 €
HDF	2	181 440 €	104 980 €	286 420 €
IDF	1	96 390 €	68 000 €	164 390 €
GRE	2	159 120 €	51 682 €	210 802 €
NOR	1	151 200 €	22 304 €	173 504 €
BRE	4	388 800 €	48 000 €	436 800 €
CVL	6	322 560 €	100 000 €	422 560 €
BFC	2	164 000 €	45 000 €	209 000 €
10 régions		2 146 430 €	558 766 €	2 705 196 €

Tableau 3 : Consommation de crédits FISS et FIR par région

Région	Nombre de départements participant	Consommation crédits FISS au 31/12/23	Versements crédits FIR au 31/12/23	TOTAL conso
ARA	4	288 180 €	61 280 €	349 460 €
NA	2	130 640 €	45 650 €	176 290 €
PDL	2	73 600 €	12 600 €	86 200 €
HDF	2	64 080 €	79 120 €	143 200 €
IDF	1	55 620 €	46 500 €	102 120 €
GE	2	124 560 €	63 301 €	187 861 €
NOR	1	0 €	0 €	0 €
BRE	4	234 100 €	71 060 €	305 160 €
CVL	6	123 200 €	12 480 €	135 680 €
BFC	2	43 200 €	29 600 €	72 800 €
10 régions		1 137 180 €* 	421 591 €	1 558 771 €

* 24 départements sur les 26 ont facturé

Principaux enseignements de l'évaluation

Rappel des questions évaluatives :

- Axe 1 : Evaluation de la faisabilité
 - o Pilotage intra et inter départemental de l'expérimentation
 - o Mobilisation des CDOCD et effectivité des appels à candidatures par les ARS
 - o Mise en place effective de la régulation départementale par les porteurs, en lien avec le SAMU/SAS
 - o Pourvoi des plages de régulation dentaire, au stade de la programmation puis de l'exécution
 - o Opérationnalité du système de télécommunication et d'information
 - o Modèle de facturation et de paiement
- Axe 2 : Evaluation de l'efficacité / efficience
 - o Orientation des patients du SAMU vers le régulateur dentaire
 - o Orientation des patients du régulateur dentaire vers les cabinets de garde
 - o Expérience des patients et des professionnels sur la régulation et son articulation avec les soins courants
 - o Capacité à équilibrer le niveau d'utilisation des différentes gardes disponibles dans la permanence de soins dentaires (PDSO) départementale
 - o Place de la e-santé dans le dispositif
- Axe 3 : Evaluation de la reproductibilité
 - o Influence de certains facteurs territoriaux sur le déroulement de la régulation dentaire
 - o Interactions constatées entre les organisations de PDSO et de régulation dentaire
 - o Soutenabilité économique

Conclusions du rapport final d'évaluation

→ *Faisabilité et impact sur les organisations*

Concernant l'axe de faisabilité, la question habituellement liée aux expérimentations Article 51 est celle de la capacité effective à démarrer. Celle-ci a toutefois pris une coloration particulière pour la régulation de l'accès à la permanence des soins dentaires, du fait que le projet comporte 25 départements expérimentateurs et que la plupart avaient déjà engagé une démarche de régulation dentaire aux horaires de PDSO dans l'esprit de ce qui avait été mis en place en journée pendant l'épidémie de Covid. L'ensemble des départements concernés par l'évaluation a donc pu démarrer assez naturellement cette régulation dentaire, en s'ajustant au nouveau modèle économique (avec, pour certains, des difficultés liées à l'éligibilité des professionnels à ce nouveau modèle, et notamment les retraités). Ainsi, l'évaluation de l'expérimentation vise avant tout à confirmer le modèle tarifaire et à évaluer le potentiel de généralisation d'une telle démarche.

L'analyse individuelle de chaque département met en évidence de fortes hétérogénéités dans les méthodes déployées, sous un vocable commun de la régulation dentaire. Des disparités dans la mise en place de l'expérimentation se sont aussi retrouvées sur les sujets suivants :

- Lieu de réalisation de la régulation et ligne téléphonique sollicités, le SAMU-Centre 15 étant majoritairement mais pas systématiquement mobilisé dans l'un et l'autre cas,
- Rôles plus ou moins marqués des différents acteurs (ARS et associations de professionnels notamment),
- Formation reçue par les chirurgiens-dentistes (CD) régulateurs (en termes de durée et de contenus),

- Modifications entraînées par l'accueil des chirurgiens-dentistes (CD) régulateurs dans l'organisation des SAMU (en particulier vis-à-vis des effectifs et des algorithmes d'appels),
- Modalités de recrutement des chirurgiens-dentistes (CD) régulateurs (appel à candidatures ou obligation déontologique, nombre de régulateurs par département),
- Horaires de régulation et nombre de chirurgiens-dentistes (CD) régulateurs par plage de régulation,
- Systèmes de télécommunication et d'information plus ou moins développés et fonctionnels selon les départements.

Les divergences sont significatives au point de devoir être anticipées en cas de généralisation, les réalités départementales n'entraînant pas les mêmes choix à privilégier même si certains d'entre eux pourraient être considérés comme de bonnes pratiques. La mobilisation du savoir-faire des centres de réception et de régulation des appels des SAMU-Centre 15 constitue un apport indéniable en termes de qualité de service par exemple, notamment en ce qui concerne la mise en attente des appelants et l'ergonomie du poste de travail.

→ *Efficacité et efficience*

Sur le plan de l'efficacité, l'expérimentation bénéficie d'indicateurs factuels de résultat, notamment grâce aux données SNDS et aux données recueillies par les CDOCD et les SAMU-Centre 15. Il ressort, par exemple, que l'intensité d'appels ainsi que le nombre de patients par jour de permanence des soins dentaires (PDS) ne dépendent pas uniquement de la taille de la population du département, mais aussi de la densité de chirurgiens-dentistes sur le territoire et de la durée de la régulation. Ainsi, l'intensité d'appels décroît dans les départements mieux dotés en chirurgiens-dentistes et dans les départements où la régulation s'étale sur toute la journée, variant de 18 à 4 appels par heure par régulateur. Le dimensionnement du nombre de régulateurs et de la durée des régulations est donc à moduler en fonction des besoins de chaque territoire et l'évaluation fournit des mesures utiles pour le dimensionnement dans d'autres départements.

L'analyse des données d'activité des soins dentaires entre 2019 et 2023 indique une augmentation du nombre de patients sollicitant la PDS : dans les départements non-expérimentateurs hors IDF (il existe une organisation francilienne de régulation dentaire dans 6 départements d'Ile-de-France via un financement FIR hors article 51), le nombre de patients en PDS a été multiplié par 1,4 entre le T1 2019 et le T1 2023. Dans le même temps, le nombre de patients en PDS a moins augmenté pour les départements expérimentateurs (facteur de multiplication de 1,05 pour le groupe des départements ayant débuté l'expérimentation entre février et juin 2022). Ainsi, si l'activité de PDS n'a pas diminué dans les départements expérimentateurs, elle a en revanche été contenue par rapport aux départements non-expérimentateurs.

Par ailleurs, la comparaison des volumes de consultations entre T1 2019 et T1 2023 indique que ceux-ci ont diminué de 10 points pour ces mêmes départements, alors que le nombre de consultations des départements hors Article 51 hors IDF a augmenté de 28 points.

En complément, le montant moyen remboursé par patient a davantage augmenté dans les départements expérimentateurs (58 € au T1 2019 ; 70€ au T1 2023 soit +20%) que dans les non expérimentateurs (54€ au T1 2019 ; 62€ au T1 2023 soit +16%), témoignant de la diminution des consultations sans actes complémentaires et donc d'un recentrage sur les patients nécessitant réellement des soins à caractère urgent.

De manière assez manifeste, la régulation téléphonique dentaire permet de diminuer le recours à la permanence des soins ambulatoire (PDSA) pour les consultations « simples », c'est-à-dire sans acte diagnostique ou interventionnel jugé nécessaire par le chirurgien-dentiste de garde.

L'apport de la régulation se concentre ainsi avant tout sur la pertinence des venues.

Par ailleurs, les choix concernant la gestion des appels par le SAMU-Centre 15 et par les régulateurs (notamment vis-à-vis de la mise en place d'une « salle d'attente »), l'orientation des patients du régulateur vers la garde (avec la question de la gestion du planning des régulateurs) ou la répartition des plages de régulation par professionnel, dépendent fortement des contextes territoriaux et des modes d'organisation initiaux des différents acteurs.

Enfin, les voix sont plutôt unanimes sur l'intérêt du dispositif dans l'amélioration de la qualité de vie au travail des praticiens de garde (88% des CD effecteurs se disent plutôt satisfaits ou très satisfaits de l'apport de la régulation dans l'exercice de la garde, en termes d'interaction avec les patients), de l'expérience des patients (88% des effecteurs se disent plutôt d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé « les patients vous font un retour favorable sur le déroulement de la régulation téléphonique ») et de l'équilibrage des gardes disponibles (85% des CD effecteurs se disent satisfaits ou très satisfaits du meilleur équilibrage, grâce à la régulation, du nombre de patients à recevoir par secteur de garde), ainsi que sur l'importance de la place de la e-santé dans le dispositif, et en particulier du rôle et des modalités de la téléprescription (60% des CD régulateurs se disent plutôt satisfaits ou très satisfaits des conditions de prescription pendant la régulation). Cette dernière permet en effet d'améliorer la réponse au besoin de soins du patient. Cependant, la mise en place et la généralisation d'une telle modalité d'accès aux soins ne pourra se faire de manière optimale qu'en assurant la sécurisation de l'ordonnancement et en prenant en compte la prépondérance de l'enjeu logiciel.

- Reproductibilité

L'expérimentation s'inscrit dans un contexte national d'augmentation du recours aux soins dentaires qui, exacerbé par la pénurie de professionnels sur certains territoires, rejaille tout particulièrement sur les périodes de permanence des soins. L'analyse des données de consommation de soins laisse entendre, même si corrélation ne vaut pas causalité, que l'installation d'une régulation de l'accès à la PDSD permet de limiter le recours aux soins sur cette période. L'évaluation s'est efforcée d'établir les conditions d'un équilibre économique dans lequel le coût additionnel de cette régulation serait compensé par une modération des consommations de soins (ou du moins leur report sur la semaine courante). Les résultats de cette évaluation sont plutôt favorables, en constatant que les territoires expérimentateurs ont connu une augmentation plus modeste du coût moyen d'une journée de PDSD que les territoires non expérimentateurs entre T1 2019 et T1 2023 (+18,5%) et notamment une baisse des consultations simples ne nécessitant pas un recours urgent aux horaires de PDSD, qui compense le surcoût que représente la régulation dentaire (+62%).

Au-delà, les questions de reproductibilité font écho aux spécificités évoquées dans l'axe de faisabilité, à savoir une expérimentation comportant 26 départements expérimentateurs, dont il ressort de fortes hétérogénéités de mise en place derrière l'intitulé commun de la régulation de l'accès à la PDSD. Aussi, l'évaluation s'est attachée à comprendre les différences de contexte territorial, dans le but d'apprécier leurs impacts sur l'organisation de cette régulation. Dans une perspective de généralisation, les préconisations fournies pourront ainsi contribuer à moduler l'approche selon les contextes départementaux.

Les principaux facteurs territoriaux influençant le fonctionnement de la régulation de l'accès à la PDSD dans les différents départements sont les suivants :

- Les différences d'organisation entre départements et entre SAMU-Centre 15,
- La topographie du territoire et la centralité géographique du chef-lieu du département où se trouve le SAMU-Centre 15, qui joue sur les distances à parcourir par les CD régulateurs,

- L'impact précité de la densité de professionnels sur le besoin de régulation téléphonique (et sur le nombre de candidats à l'accomplissement de la régulation, comme de la PDSO).

En revanche, les porteurs de projet ne rapportent pas d'interactions spécifiques avec les éventuelles Facultés dentaires ou les centres dentaires présents sur leur territoire. Il paraît opportun de souligner que la mise en place de la régulation de l'accès à la PDSO contribue à impliquer les instances ordinales dans les enjeux de l'accès aux soins et constitue un préalable intéressant pour que l'accès aux soins dentaires en journée s'articule au SAS.

D'autre part, des interactions ont été constatées entre l'organisation des consultations de garde et de la régulation de l'accès à la PDSO, notamment en ce qui concerne les horaires de régulation et de garde, qui ont été adaptés les uns aux autres, et le remplissage des cabinets ainsi que la répartition entre les secteurs de garde.

Synthèse

Au regard des éléments évalués, la mise en place d'une régulation téléphonique par un chirurgien-dentiste de l'accès à une consultation dentaire aux horaires de la permanence des soins, financée par un tarif horaire et organisée à l'échelle départementale, fournit un service reconnu par l'ensemble des professionnels.

Sur le plan économique, le coût de cette régulation pour l'Assurance Maladie semble compensé par la diminution induite du recours en période de PDSO. Ce constat restant à nuancer dans un contexte de hausse importante du recours aux soins dentaires sur la période d'expérimentation.

Plusieurs bénéfices ont été démontrés, tant en termes de qualité d'orientation des usagers et de gestion des appels, que de pertinence des venues dans les cabinets de garde. Les entretiens mettent en évidence, de manière relativement unanime, le bénéfice du dispositif de régulation dentaire pour la pertinence de l'activité en PDSO. Les CDOCD, dans leurs propres termes, ne se voient pas revenir en arrière sur ce mode d'organisation qui retient également l'adhésion forte des SAMU-Centre 15 et des ARS.

L'ensemble des porteurs de projet avait déjà un historique de régulation de l'accès aux consultations dentaires urgentes en journée, organisation mise en place pendant les confinements liés au Covid. Certains avaient interrompu cette régulation jusqu'à la mise en place de l'Article 51, tandis que d'autres l'avaient maintenue aux horaires de permanence des soins avec le soutien de leur ARS. Alors que ces premières régulations n'avaient pas, pour la plupart, sollicité les SAMU-Centre 15, le dispositif de régulation de l'accès à la PDSO mis en place dans le cadre de l'Article 51 a permis de tisser de bonnes relations entre les SAMU-Centre 15 et les porteurs de projet dans la majorité des départements expérimentateurs. Cette expérimentation a d'ailleurs permis de tisser des liens entre différentes instances n'ayant pas l'habitude de collaborer auparavant et impliquées à différents niveaux dans le dispositif : Ordre de chirurgiens-dentistes, SAMU-Centre 15, associations de médecins régulateurs de PDSA, ARS, pharmaciens, DCGDR, URPS... La régulation de l'accès à la PDSO constitue ainsi un socle d'interrelations qui favorise, ensuite, la concertation sur l'organisation des soins non programmés dentaires.

A cet égard, l'initiative portée par les professionnels majoritairement libéraux de l'odontologie au travers de l'expérimentation Article 51 trouve un écho particulier, dans un contexte où l'organisation de la permanence des soins et plus largement de l'accès aux soins non programmés, tant en ville qu'en établissement de santé suscite des tensions dans de nombreux territoires.

L'évaluation fournit un regard sur la manière avec laquelle la régulation de l'accès à la PDS est s'inscrit, de manière pragmatique, en complémentarité avec l'obligation déontologique de participation à la permanence des soins s'appliquant à l'ensemble de la profession dentaire.

Les différents modèles de régulation de l'accès à la PDS se sont majoritairement mis en place dans les locaux du SAMU-Centre 15, même si quelques rares porteurs de projet ont choisi d'installer la régulation en dehors. La régulation dans les locaux du SAMU-Centre 15 a notamment permis de favoriser les échanges de pratiques entre chirurgiens-dentistes et médecins régulateurs et d'apporter une aide aux chirurgiens-dentistes sur les questions pratiques de régulation grâce à la proximité avec les assistants de régulation médicale (ARM). Elle permet aussi l'utilisation du logiciel de régulation du SAMU-Centre 15 et donc une bonne gestion de la liste d'attente et une bonne traçabilité des appels. Cela permet également un accès aux fonctionnalités de téléprescription, plus ou moins utilisées selon les départements.

L'évaluation a également permis de vérifier que la régulation contribuait à mieux répartir les rendez-vous dentaires des dimanches et jours fériés entre les différents cabinets de garde, voire à ouvrir quelques perspectives sur une organisation supra-départementale de cette régulation.

Sur le plan économique, l'évaluation constate que l'expérimentation s'inscrit dans un contexte évidemment marqué par l'épidémie COVID, mais également par une tendance de fond à l'augmentation du recours aux soins dentaires. Les analyses effectuées mettent en évidence à quel point le recours en période de PDS est tributaire de la démographie de professionnels sur un territoire, puisque de manière assez nette, il est majoré dans les territoires où les chirurgiens-dentistes ne sont pas assez nombreux. A cet égard, la régulation offre un premier niveau de réponse intéressant, sans toutefois pouvoir se substituer à une prise en charge sur le long terme et en dehors des horaires de PDS.

L'appréciation d'un équilibre économique est délicate dans un tel contexte mais l'analyse met *a minima* en évidence que la régulation compense le coût qu'elle représente, grâce à une meilleure pertinence des adressages vers les cabinets de garde et par l'apport de conseils à distance.

Avis et recommandations du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé pour la suite à donner à l'expérimentation

Malgré les spécificités et disparités des organisations territoriales, la mise en place les dimanches et jours fériés d'une régulation téléphonique par un chirurgien-dentiste de l'accès à une consultation dentaire aux horaires de la permanence des soins, s'avère particulièrement appréciée des professionnels, des patients et des institutions chargées de l'organisation de la PDS sur les territoires.

Le coût de cette régulation pour l'Assurance Maladie semble compensé par la diminution induite du recours en période de PDS par un meilleur filtrage en amont. L'évaluation met en évidence, de manière unanime, le bénéfice du dispositif de régulation dentaire pour la pertinence de l'activité en PDS et l'amélioration de la qualité des soins au cours de la permanence des soins dentaires.

La régulation médicale des SAMU-centres 15 participant à l'expérimentation assurait préalablement les dimanches et jours fériés la réponse aux appels relevant des urgences dentaires. Soulagée d'une partie de la responsabilité des urgences dentaires, elle peut davantage se consacrer aux urgences médicales.

Au vu de ce constat particulièrement positif, il apparaît pertinent de pérenniser cette organisation en créant les conditions de son déploiement dans le droit commun.

Dans cette perspective, cinq recommandations apparaissent comme des conditions favorables à cette inscription dans le droit commun :

1. Souplesse territoriale : Il est important d'accorder aux territoires les marges de manœuvre nécessaires pour ce qui concerne l'organisation pratique de la régulation de l'accès à la PDS : calibrage du nombre de lignes de régulation, adossement ou non au SAMU-Centre 15, caractère obligatoire ou volontaire, cumul ou non avec les gardes, volumétrie horaire et horaires de régulation, localisation en cohérence avec l'outillage disponible (domicile, locaux SAS/ centre 15), numéro d'appel, logiciel de régulation. Une mutualisation interdépartementale, doit être rendue possible embarquant la nécessité d'une vision interdépartementale des secteurs de garde.
2. Elargissement du « vivier » des régulateurs particulièrement dans les zones où l'offre en chirurgie dentaire s'avère insuffisante, notamment par la mobilisation des chirurgiens-dentistes salariés, des CD retraités, ou de certaines catégories d'étudiants en chirurgie dentaire.
3. Harmonisation des conditions de régulation et d'effectation de la permanence des soins dentaires avec celles proposées aux médecins dans le cadre de la PDSA avec notamment l'alignement de la fiscalité, des cotisations sociales, ordinales...
4. L'anticipation des besoins en termes de système d'information avec un SI métier interopérable.
5. Intégration de l'organisation de la régulation de l'accès à la PDS dans les cahiers des charges de PDS arrêtés par les DG ARS.

In fine, les conclusions de l'avis du comité technique sont suivies par l'ensemble des membres du conseil stratégique de l'innovation en santé dont quatre formellement exprimés.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique et le comité stratégique de l'innovation en santé émettent un avis favorable au passage dans le droit commun de l'expérimentation « Urgences dentaires : intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du SAMU Centre 15 (dimanches et jours fériés) » avec les recommandations énoncées ci-dessus.

**Pour le comité technique et le conseil stratégique
de l'innovation en santé**

Natacha Lemaire

Rapporteuse Générale

ANNEXE :

ARS Aquitaine

Les ARS ont exprimé en grande majorité **un avis favorable** quant à l'opportunité de généralisation du dispositif « Urgences dentaires : intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du SAMU Centre 15 (dimanches et jours fériés) », compte-tenu des impacts favorables constatés.

Il est notamment mis en valeur le gain en termes d'accès et d'orientation des patients, en termes de qualité d'exercice pour les chirurgiens-dentistes de garde, anticipation, amélioration de la pertinence d'adressage, gestion du flux d'activité, répartition territoriale - ainsi que par l'amélioration des collaborations entre acteurs et notamment avec les SAMU - centres 15.

Les avis sont assortis de préconisations / recommandations quant au passage à la phase transitoire ainsi qu'aux enjeux de généralisation, reprenant pour partie celles émises par le CTIS.

- Une vigilance est transmise quant à la capacité de mettre en œuvre cette organisation dans des territoires sous denses en termes de démographie médicale. Aussi, il est souhaité une flexibilité dans les conditions opérationnelles de mise en œuvre et notamment un caractère non obligatoire de l'implémentation de cette organisation, ainsi qu'une possibilité d'accès tant pour les chirurgiens-dentistes libéraux, que retraités ou encore salariés.

Il a également été proposé par certains que les étudiants puissent accéder au dispositif dans le cadre de sa généralisation. Le choix du lieu de la régulation doit également rester libre et en cohérence avec l'outillage disponible (domicile, locaux SAS/ centre 15). Il est également proposé par certains une mutualisation interdépartementale, embarquant la nécessité d'une vision interdépartementale des secteurs de garde.

- L'anticipation des besoins en termes de système d'information sont également fondamentaux afin d'assurer une mise en œuvre opérationnelle efficace, avec un SI métier qui doit être interopérable (demander compatibilité avec le HUB Santé ?). Les fonctionnalités de télé-prescription ont également été évaluées comme un facteur clé d'efficacité et de qualité d'exercice.

- Le calibrage des lignes de régulation et d'effectif (volumétrie horaire et nombre de régulateurs/effecteurs) est également à affiner en fonction des territoires et des besoins spécifiques.

- La généralisation demandera également une harmonisation des conditions de régulation et d'effectif avec les médecins, le montant de la prestation de régulation n'ayant pas été identique d'un territoire à l'autre, en phase expérimentale.

CNOM

L'article 51 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 a modifié le quatrième alinéa de l'article L. 6311-2 du code de la santé publique en insérant après « médecins » les termes « et de chirurgiens-dentistes ». La loi ayant déjà pérennisé l'expérimentation en intégrant les chirurgiens-dentistes au sein du dispositif de l'aide médicale urgente, il est souhaité des précisions sur l'avis attendu.

France Assos Santé

Considérant l'augmentation des besoins en matière de santé buccale, le projet nous paraît important. La régulation pourrait permettre une évolution vers une meilleure couverture des besoins même en dehors des urgences du week-end où elles s'avèrent déjà tout à fait intéressantes.

Avis favorable de France Assos Santé

HAS

La HAS **prend acte de l'avis du comité technique** relatif à l'opportunité de généraliser cette expérimentation.

MSA

Avis favorable pour l'intégration de cette expérimentation dans le droit commun, en anticipant le financement par l'Assurance Maladie des chirurgiens-dentistes régulateurs et leur activité de téléprescription.

UNPS

L'UNPS **soutient l'avis du CTIS qui est favorable** à la généralisation de l'expérimentation ainsi que les nuances proposées sur l'adaptation nécessaire à chaque territoire.