



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS
AUX SOINS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/AS3/2024/178 du 13 décembre 2024 relative à l'accès aux soins non programmés et de médecine d'urgence durant l'hiver 2024-2025

La ministre de la santé et de l'accès aux soins

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : MSAH2433153J (numéro interne : 2024/178)
Date de signature	13/12/2024
Emetteurs	Ministère de la santé et de l'accès aux soins Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Direction générale de la santé (DGS)
Objet	Accès aux soins non programmés et de médecine d'urgence durant l'hiver 2024-2025.
Actions à réaliser	Mettre en place des actions visant à permettre au système de santé de gérer les situations de tension durant l'hiver 2024-2025.
Résultats attendus	Mettre en place des plans d'action ville-hôpital sur la base de diagnostics territorialisés.
Echéance	Dans les meilleurs délais et au plus tard le 31 décembre 2024
Contact utile	Sous-direction de l'accès aux soins et du premier recours Bureau de la médecine d'urgence et des soins non programmés (AS3) Mél. : dgos-as3@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	6 pages + 2 annexes (13 pages) Annexe 1 - Mesures organisationnelles Annexe 2 - Leviers RH mobilisables par l'ensemble des agences régionales de santé et des établissements de santé
Résumé	L'instruction détaille les attendus du ministère pour la mise en place de plans d'action territoriaux visant à garantir l'accès aux soins non programmés et de médecine d'urgence durant la période hivernale 2024-2025, dans un contexte de tensions en ressources humaines (RH), de congés et d'épidémies saisonnières.
Mention Outre-mer	Ce texte s'applique en l'état aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française et de la Nouvelle-Calédonie.

Mots-clés	Soins non programmés ; permanence des soins ambulatoires ; service d'accès aux soins (SAS) ; médecine d'urgence ; urgences ; aide médicale urgente (AMU).
Classement thématique	Établissements de santé : organisation
Textes de référence	- Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence ; - Décret n° 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence ; - Arrêté du 2 juillet 2024 relatif à la régulation temporaire de l'accès aux urgences.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Établissements sanitaires et professionnels de santé.
Validée par le CNP le 6 décembre 2024 - Visa CNP 2024-55	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Chaque hiver, les épidémies saisonnières ainsi que les congés de fin d'année sont source de tensions sur l'offre de soins, en ville comme à l'hôpital. Ils appellent de chacun une vigilance particulière et rendent nécessaire, pour le système de santé dans son ensemble, de s'organiser pour garantir partout l'accès aux soins non programmés et aux soins de médecine d'urgence de nos concitoyens.

Pouvoirs publics, Ordres et représentants des professionnels de santé, fédérations hospitalières... : tous les acteurs sont appelés à se mobiliser pour anticiper au mieux les difficultés, en particulier en termes de plannings et de continuité de l'activité.

Ces dernières années, des mesures ont été prises pour mobiliser le système hospitalier à l'approche des tensions estivales et hivernales. La majeure partie des mesures dérogatoires ont été inscrites dans le droit commun à l'occasion de la réforme des autorisations de médecine d'urgence de décembre 2023. La généralisation des services d'accès aux soins sera également effective dès cet hiver. La saison hivernale 2024/2025 sera ainsi la première à bénéficier de la totalité des leviers permis par ces réformes.

Mieux armé, le système de santé ne pourra cependant résister aux tensions que par une mobilisation des acteurs des territoires pour trouver les solutions les mieux adaptées aux besoins locaux. L'état des lieux des difficultés anticipées est en cours sous votre conduite et vous déploierez des plans d'actions territoriaux chaque fois que nécessaire.

Il est en particulier demandé aux agences régionales de santé de :

- Identifier les territoires à risque de rupture saisonnière d'accès aux soins ;
- Déployer des plans d'action territorialisés et œuvrer à créer une dynamique territoriale de mobilisation avec tous les relais institutionnels (notamment l'Assurance maladie) et professionnels (en particulier les ordres professionnels et les unions régionales des professionnels de santé [URPS]) ;

- Continuer à renseigner, chaque jeudi, l'enquête hebdomadaire de la DGOS auprès des ARS via SOLEN, qui vise à évaluer la situation de l'ensemble des établissements de santé et repérer les éventuelles tensions.

I. Mobilisation de la médecine de ville

Durant les périodes de congés de fin d'année, le risque de rupture de l'accès aux soins non programmés en ville est accru. Dans certains territoires, les départs en congés simultanés des médecins de ville mettent en difficulté les organisations territoriales de l'offre de soins, avec un effet report sur les autres médecins et les urgences hospitalières.

Or, tous les acteurs du territoire ont un rôle à jouer pour garantir partout la **continuité des soins**. La loi rappelle l'obligation pour tout médecin en congés d'indiquer à ses patients à qui s'adresser et confie une responsabilité particulière au conseil départemental de l'Ordre des médecins :

Article L. 6315-1 du Code de la santé publique : « **La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé.** »

- **Il vous est demandé de vous rapprocher des conseils départementaux de l'Ordre des médecins afin d'identifier les territoires sur lesquels des difficultés particulières de continuité des soins sont anticipées pendant la période hivernale et notamment les semaines de Noël et du 1^{er} janvier 2025.**

Ce risque est particulièrement fort aux horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA) avec un risque accru de recours aux urgences hospitalières. La complétude des tableaux de garde et le respect de l'organisation collectivement décidée et arrêtée dans les cahiers des charges de permanence des soins ambulatoires (PDSA) peuvent et doivent être garantis : tout doit être fait pour assurer que l'organisation en place répond aux besoins de la population, y compris en tenant compte des spécificités saisonnières.

- a) La PDSA est une mission de service public et la participation des médecins relève de leurs obligations déontologiques

La PDSA est une mission de service public (article L. 6314-1 du Code de la santé publique) organisée par les ARS en fonction des besoins de la population et de l'offre de soins disponible sur le territoire, y compris en tenant compte des spécificités saisonnières. Elle fait l'objet d'un cahier des charges régional, arrêté par le directeur général d'ARS (DG ARS) après une large concertation départementale de l'ensemble des acteurs, dont les conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Ils ont par ailleurs pour mission de veiller à la complétude des tableaux de garde.

La PDSA repose sur le volontariat des médecins mais leur participation est un devoir et un principe déontologique dont le Conseil de l'ordre des médecins est le garant. Ainsi le [Code de déontologie](#) prévoit : « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. »

Les acteurs sont collectivement responsables de s'assurer que l'organisation prévue par les cahiers des charges est effective, c'est-à-dire que les tableaux de garde sont complets et respectés.

En cas d'incomplétude des tableaux de garde, le conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) sollicite l'avis de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins (URPS-ML), des représentants des médecins des centres de santé au niveau départemental et des associations de permanence des soins pour compléter le tableau de garde des médecins régulateurs et effecteur.

- b) L'autorité publique peut procéder à des réquisitions en cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires

En cas d'incomplétude des tableaux de garde persistante, le DG ARS peut proposer au préfet la réquisition des médecins. Des textes fixent la procédure de réquisition à appliquer (articles L. 6314-1 et R. 6315-4 du Code de la santé publique).

La **procédure** est la suivante :

- Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de garde reste incomplet, le CDOM adresse un rapport au DG ARS qui fait état des avis recueillis et dresse la liste des médecins susceptibles d'exercer la permanence des soins, dont l'adresse et les coordonnées téléphoniques professionnelles sont précisées ;
- Le DG ARS communique ces éléments au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police, afin que celui-ci procède, le cas échéant, aux réquisitions prévues. Ces réquisitions individuelles sont ensuite remises en main propre aux destinataires.

Les ARS, chargées de veiller à la mise en œuvre de l'organisation de PDSA arrêtée dans les cahiers des charges, sont informées par les CDOM des **difficultés dans la complétude des tableaux de garde, que le dialogue n'a pas permis de lever et qui rendent nécessaire le recours à la réquisition.**

- **Il vous est demandé d'informer la DGOS lorsqu'une réquisition est anticipée sur la période hivernale et notamment pendant les semaines de Noël et du 1^{er} janvier 2025.**

- c) La généralisation du service d'accès aux soins (SAS) permettra de minimiser le risque d'afflux aux urgences de patients relevant de la médecine de ville pendant la période hivernale

Les demandes de soins non programmés, qui ne sont pas des urgences, ont lieu très majoritairement aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux. La généralisation et la montée en puissance du SAS, qui couvrait 96 % de la population en octobre 2024, doivent permettre d'orienter partout les patients qui appellent le 15 vers la solution la plus adaptée à leur situation. Les ARS sont invitées à déployer les SAS dans les quelques territoires restant non couverts, mais surtout à soutenir et promouvoir toutes les actions facilitant la mise en œuvre opérationnelle des SAS.

Le déploiement du SAS dans les territoires constitue une priorité d'ici la fin de l'année 2024 et sa montée en charge effective une nécessité pour la période des fêtes de fin d'année.

II. Anticipation des tensions par les établissements de santé

- a) Complétude des tableaux de présence

Les congés d'hiver ont pour conséquence des difficultés à assurer la continuité de présence des professionnels médicaux et paramédicaux. L'anticipation des plannings est essentielle. Comme c'est l'usage, toutes les mesures permettant de maintenir la continuité des soins et une présence des effectifs adaptées à l'activité dans les services doivent être employées par la direction (exemples : anticipation des congés, recours à des renforts saisonniers).

Lorsque les difficultés de complétude des plannings persistent, elles doivent être identifiées par les établissements, tant pour les personnels des structures de médecine d'urgence (structure des urgences, SMUR [structures mobiles d'urgence et de réanimation] et SAMU [service d'aide médicale urgente]) que pour personnels des services de médecine-chirurgie et obstétrique qui assurent en particulier les hospitalisations non programmées. Ces prévisions permettent à l'établissement d'anticiper les éventuels impacts de la diminution des ressources humaines disponibles sur l'organisation des services pendant la période (mise en place de régulation à l'entrée des urgences, organisation de lignes de garde communes SU-SMUR, par exemple).

- **Les difficultés éventuelles de complétude des plannings et les organisations prévues en conséquence doivent être demandées par l'agence régionale de santé aux établissements avant la période hivernale.**
- **Dans le cadre de l'animation territoriale, l'ARS tient ainsi compte des difficultés et des organisations prévues par chacun des établissements et s'assure du maintien de la continuité des soins pour chaque bassin de population, tant pour les points d'accès à la médecine d'urgence que pour les capacités d'aval.** Selon la situation, l'ARS peut procéder à une enquête capacitaire, demander des modifications des plannings et des organisations prévues par les établissements pour assurer une cohérence territoriale des ressources. Par exemple, elle peut proposer et accompagner la concentration des ressources humaines disponibles sur le territoire afin d'assurer le maintien d'un point d'accès à la médecine d'urgence sans régulation préalable (par exemple avec la mobilisation du *pool* d'urgentistes lorsqu'il existe). Elle peut également demander une révision des plannings afin d'éviter, pour une même journée ou nuit, un manque de ressources simultané pour plusieurs établissements de santé d'un même bassin de population.

b) Tous les établissements de santé, publics comme privés, doivent respecter les conditions d'exercices prévues pour les structures de médecine d'urgence (conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement)

L'ensemble des obligations concernant l'implantation et le fonctionnement des structures de médecine d'urgence doit être respecté en continu par tous les établissements de santé sièges de structure de médecine d'urgence, publics comme privés. S'il existe des possibilités de mise en œuvre de régulation à l'entrée sous conditions, la structure des urgences doit demeurer ouverte pour les patients relevant de la prise en charge de médecine d'urgence¹.

c) Les mesures relatives à l'accès aux structures des urgences doivent être anticipées

Les décrets relatifs aux autorisations de médecine d'urgence ont sécurisé et pérennisé plusieurs modalités d'organisation, à la suite de la Mission flash, en les inscrivant dans le Code de la santé publique.

Elles incluent notamment la régulation d'accès temporaire à l'entrée des structures des urgences et la suspension temporaire d'activité. Ces dispositifs n'ont pas vocation à être mis en place pour pallier à des difficultés inopinées en ressources humaines (par exemple, un arrêt de travail de dernière minute).

Les établissements de santé doivent systématiquement se rapprocher de l'ARS afin qu'un arrêté soit établi suffisamment en avance pour assurer la bonne information des acteurs du territoire concernés sur les mesures mises en place. En particulier, le SAS, les autres structures de médecine d'urgence du territoire, les représentants de la médecine de ville et les services d'incendie et de secours devront être prévenus afin qu'ils puissent anticiper l'impact de la mise en place du dispositif sur leur fonctionnement.

Enfin, les pratiques de réorientation à l'entrée des urgences, par l'infirmier d'organisation de l'accueil le cas échéant lorsqu'il existe un protocole (ou par le médecin), doivent être encouragées et développées.

¹ Article R. 6123-1 du Code de la santé publique.

d) Les mesures de préservation des capacités d'hospitalisation pendant les vagues de froid doivent être anticipées

Comme le rappelle l'instruction de la Direction générale de la santé (DGS) du 29 novembre 2023², les établissements de santé doivent anticiper les conséquences sanitaires liées aux vagues de froid afin d'être en capacité d'assurer la permanence des soins, y compris en cas d'augmentation de la demande de soins. Ils doivent prévoir la mise en place de solutions permettant, si nécessaire, d'augmenter le flux sortant de patients et de diminuer le flux entrant notamment grâce aux alternatives à l'hospitalisation complète et à l'hospitalisation à domicile (HAD), afin de libérer leurs capacités d'hospitalisation.

III. Fluidification de l'aval des urgences

La gestion de l'aval des urgences est centrale pour éviter leur saturation. Il est rappelé que la participation ou la mise en place d'un dispositif de gestion des lits au niveau de l'établissement ou du groupement hospitalier de territoire (GHT), d'ici **au 30 décembre 2024**, a été rendue obligatoire par la réforme des autorisations de médecine d'urgence.

Pour identifier les autres leviers d'action améliorant la gestion de l'aval des urgences, les ARS et les établissements s'appuient sur les résultats de l'indice de maturité du *bed management*, un auto-diagnostic rempli par les établissements de santé³.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,



Sophie LEBRET

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,



Marie DAUDÉ

² [Instruction interministérielle n° DGS/VSS2/DGOS/DGCS/DGT/DGSCGC/DIHAL/2023/157 du 29 novembre 2023 relative à la prévention et la gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2023-2024](#), p.40.

³ [Indice de Maturité du Bed Management \[Campagne 2025 – Note méthodologique\] – FEDORU](#).

Annexe 1

Mesures organisationnelles**I. Anticipation des tensions**

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Identifier les territoires fragiles	Agences régionales de santé	<p>Si tous les territoires et tous établissements de santé peuvent être concernés par une moindre disponibilité de leurs professionnels au cours de cette période de congés conjuguée potentiellement à un surcroît d'activité (lié notamment aux épidémies), il convient néanmoins d'identifier en amont les plus fragiles, présentant un risque de « rupture ».</p> <p>À cette fin, et en complément des difficultés déjà relevées dans le cadre de la remontée DGOS hebdomadaire « Tableau de bord Tensions hospitalières », les indicateurs suivants pourront être utilisés :</p> <p>1. Difficultés rencontrées les <u>années précédentes</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des tableaux de garde incomplets ; - Un recours important à l'intérim ; - Des fermetures intempestives partielles ou totales ; - Activité saisonnière plus intense, etc. <p>2. Difficultés rencontrées <u>au cours de l'année</u> telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragilisation de l'équipe médicale ponctuelle (arrêts...) ou pérenne (départs...) ; - Fragilisation de l'offre de soins libérale ; - Des tableaux de présence incomplets pour la période considérée ; - Un recours croissant à l'intérim avec la présence de nouveaux intérimaires et/ou des difficultés à trouver des intérimaires ; - Un recours fréquent aux dispositifs de gestion des situations sanitaires exceptionnelles. <p>3. Organisation d'un recueil d'informations <i>ad hoc</i></p> <p>Par le biais de ce recueil, préférentiellement en routine, l'ARS peut organiser la remontée et l'analyse de données organisationnelles et quantitatives (effectifs) sur les structures de son territoire. Ces remontées d'informations peuvent permettre l'identification de services dits « fragiles ».</p> <p>4. Une analyse des causes à l'origine des difficultés rencontrées</p> <p>Cette analyse par les établissements autorisés à la médecine d'urgence contribuera à définir les mesures à mettre en œuvre en fonction du type de tension :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La tension liée à l'affluence de patients : elle peut être due à un épisode épidémique et peut être amplifiée par des difficultés constatées en médecine

		<p>de ville (offre territoriale restreinte, périodes de congés, etc.). Elle est consécutive à une augmentation du nombre d'admissions et/ou à une modification des caractéristiques des patients pris en charge (arrivées de patients impliquant une forte charge de travail : patients plus graves, patients âgés...).</p> <ul style="list-style-type: none"> - La tension liée à une fragilisation de l'organisation au sein des urgences, qui peut être conjoncturelle ou structurelle (inadéquation de l'offre avec l'activité régulière, congés, difficultés d'accès aux plateaux techniques, difficulté d'accès aux lits d'aval, infrastructure défaillante par exemple du fait d'une panne informatique...). Ces situations peuvent provoquer une augmentation de la charge de travail au sein des urgences à flux de patients inchangé. - La tension du fait d'une carence réelle ou fonctionnelle de lits d'aval, liée à un déficit de lits disponibles dans les structures d'aval des urgences, que ce soit en hospitalisation « conventionnelle » (hospitalisations programmées toutes le même jour, saturant les lits de l'établissement), en soins critiques (réanimation, surveillance continue et soins intensifs), en psychiatrie (chambre d'isolement), en soins médicaux et de réadaptation (SMR), etc. Cette analyse de l'aval est à conduire au sein de l'établissement, mais aussi du territoire, particulièrement groupement hospitalier de territoire (GHT), notamment pour les lits de médecine ou de SMR.
Créer un <i>pool</i> territorial d'urgentistes		<p>Certaines régions ont pu mettre en place un pool territorial (voire régional) d'urgentistes pendant les périodes de congés. Lorsqu'elle existe, cette organisation repose sur le volontariat de médecins urgentistes se déclarant auprès de l'ARS comme disponibles en cas de défaillance d'une structure des urgences sur un territoire. Ce volontariat, bien que ne pouvant être une réponse pour toutes les situations, permet de déployer une équipe territoriale sur un établissement en difficulté.</p> <p>Il est rappelé que la prime de solidarité territoriale permettra d'accompagner ces appuis.</p>
Déployer des professionnels correspondants du SAMU		<p>Le dispositif des médecins correspondants du service d'aide médicale urgente -SAMU- (MCS) permet aujourd'hui que des médecins, exerçant habituellement en cabinet et formés à la médecine d'urgence, interviennent, à la demande du SAMU et en parallèle du déclenchement d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), dans les territoires où le délai d'accès à des soins médicaux urgents est supérieur à 30 minutes.</p> <p>Ce dispositif a été élargi à d'autres professionnels de santé, et notamment les infirmiers, pour accroître le vivier de professionnels pouvant apporter une première réponse de proximité. Les modalités de déclenchement restent les mêmes, il s'agit d'un infirmier de premier recours volontaire, formé et équipé, qui répond aux besoins d'aide médicale urgente, à la demande du SAMU. Son intervention se déroule sous la supervision du médecin régulateur du</p>

		<p>SAMU, et en parallèle du déclenchement de la SMUR. Pour les territoires éloignés des structures de médecine d'urgence ou difficiles d'accès, cette intervention en avant-coureur de la SMUR représente un gain de temps précieux pour une prise en charge précoce et optimale du patient. S'agissant des modalités de rémunération, le Fonds d'intervention régional (FIR) peut d'ores et déjà être mobilisé pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accroître le vivier de médecins correspondants du SAMU (MCS) en prévision le cas échéant de tensions sur les lignes de garde SMUR ; - Commencer le déploiement des infirmiers correspondants du SAMU (ICS) dans les territoires identifiés comme prioritaires.
--	--	---

II. Amont des urgences et coordination ville-hôpital

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Identifier les territoires fragiles	Agences régionales de santé / avec les CDOM	<p>Identifier en lien avec les CDOM, les territoires dans lesquels des difficultés d'organisation de la PDSA ou de respect de la continuité des soins sont anticipées. Difficultés rencontrées les années précédentes ou au cours de l'année telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - territoires PDSA avec diminution importante du nombre de médecins volontaires ; - territoires PDSA avec tableaux de garde incomplets ; - territoires PDSA avec réquisitions médecins ; - territoires dans lesquels les congés des médecins ne sont pas coordonnés.
Déployer le service d'accès aux soins (SAS)	Agences régionales de santé / Porteurs de projet	<p>Le SAS doit être généralisé d'ici la fin de l'année 2024.</p> <p>Dans les territoires où un SAS a été lancé, les organisations doivent se voir renforcer selon les besoins, à travers par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ouverture de nouvelles lignes de régulation ambulatoire ; - L'utilisation de la plateforme numérique nationale pour assurer une visibilité maximale sur les effecteurs et un lien direct avec les agendas en ligne prenant en compte les congés.
Renforcer l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) par des opérateurs de soins non programmés (OSNP) et l'usage de la plateforme numérique SAS	Agences régionales de santé / CDOM / Établissements de santé / Acteurs de la ville	<p>L'organisation de la PDSA pourra se voir renforcée en début de soirée par le positionnement d'opérateurs de soins non programmés (OSNP) en appui à la régulation de médecine générale après 20h. L'usage de la plateforme numérique SAS est possible par la régulation de PDSA, pour une prise de rendez-vous en ville sous 48h aux horaires SAS (en journée de 8h à 20h et le samedi de 8h à midi, hors week-ends et jours fériés), si le recours à un effecteur de PDSA n'est pas possible ou pertinent.</p>

<p>Relayer la campagne de communication sur les bons réflexes en cas de besoins de soins non programmés et assurer la fiabilité et l'exhaustivité du remplissage de la cartographie sante.fr</p>	<p>Agences régionales de santé</p>	<p>L'objectif de la cartographie de l'offre de SNP est d'offrir un outil permettant de géolocaliser des lieux de soins et de disposer des informations les plus pratiques possibles pour le grand public (modalités d'accès, horaires, numéros de téléphone, sites internet le cas échéant, etc.).</p> <p>Cette cartographie nationale est disponible sur sante.fr (https://www.sante.fr/carte-des-lieux-de-soins) et doit faire l'objet d'une mise à jour régulière par les ARS afin d'enrichir les informations au fil de l'eau. Nous invitons les ARS à procéder à la vérification des points qui y figurent déjà et, le cas échéant, à prendre l'attache des structures pour lesquelles l'information n'est pas exacte.</p> <p>En matière de communication, le parcours du patient autour du triptyque suivant doit être valorisé :</p> <p><i>En cas de besoin de soins non programmés :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Appelez prioritairement votre médecin traitant ; 2/ Si vous n'en avez pas ou qu'il n'est pas disponible, consultez la carte pour trouver un lieu de soins ; 3/ Si vous ne trouvez pas d'offre de soins non programmés disponible, appelez le 15 (SAMU/SAS) avant de vous déplacer aux urgences. Il est rappelé que « Les structures des urgences sont réservées aux urgences vitales et cas les plus graves ». <p>Sante.fr dispose d'une « boucle qualité » à destination des usagers. Les retours sont réceptionnés et traités par l'Agence du numérique en santé (support de Sante.fr). Les signalements d'erreurs concernant les structures figurant sur la carte sont envoyés aux contacts identifiés dans les ARS.</p>
--	------------------------------------	--

III. Adaptation du fonctionnement des structures de médecine d'urgence et solidarité territoriale

Mesures	Acteurs concernés	Actions
<p>Développer la réorientation à l'entrée des urgences</p>	<p>Établissements de santé</p>	<p>La réorientation des patients à partir des urgences est la procédure par laquelle un patient se présentant aux urgences est redirigé par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) ou par le médecin d'accueil et d'orientation (MAO) vers une offre de santé mieux adaptée à son besoin. Tout patient ne relevant pas de la médecine d'urgence pourra être réorienté, après une évaluation réalisée par l'IOA ou le MAO. La réorientation ne se réalise pas entre services d'urgence, sauf dans le cas où un avis spécialiste non présent dans la structure est nécessaire.</p>

		<p>Un guide détaille le cadre juridique dans lequel elle s'exerce et précise ses modalités de mise en œuvre pour accompagner tous les établissements qui le souhaitent à la développer.</p>
<p>Organisation de lignes de garde communes SU-SMUR</p>		<p>Il convient de rappeler l'importance de toujours maintenir une réponse territoriale pour les urgences vitales et/ou graves.</p> <p>L'article D. 6124-11 du Code de la santé publique prévoit les modalités de prise en charge des patients aux urgences en cas de « permanence médicale ou non médicale commune » entre la SU et la SMUR. L'article précise en particulier les modalités d'organisation lorsqu'une SU-SMUR fonctionne avec une seule ligne de garde urgentiste : lorsque l'urgentiste est en intervention SMUR, « la permanence de la structure des urgences est assurée par un médecin de l'établissement et un infirmier de la structure des urgences, présents sur place ».</p> <p>Lorsque l'activité de la SU-SMUR est suffisamment faible, la permanence de la structure des urgences peut être assurée par le déclenchement d'une astreinte médicale plutôt que de recourir à un médecin de garde dans l'établissement lorsque l'urgentiste est en intervention.</p> <p>L'appréciation de la possibilité de mise en place de cette solution dans les établissements à faible activité doit être conduite en lien avec les acteurs concernés, notamment le Comité technique régional des urgences (CTRU) ou le Comité d'allocation des ressources pour les urgences (CCAR-U), en s'appuyant sur le nombre de passages aux urgences, mais également sur le nombre et la durée médiane des sorties SMUR. Cette analyse pourra se faire selon l'activité quantitative et qualitative (type de déclenchement de la SMUR, médicalisée ou non) pour les différentes tranches horaires afin de cibler la période de plus faible activité (en particulier en nuit profonde).</p> <p>Toutes les sorties SMUR n'incluent pas nécessairement un médecin dans l'équipage : compte tenu de l'état de santé du patient, sur la demande et sous la supervision du médecin régulateur du service d'aide médicale urgente (SAMU), l'équipe d'intervention peut être composée uniquement d'un conducteur et d'un infirmier. Sur les tranches horaires pendant lesquelles l'activité de la structure des urgences, en l'absence du médecin urgentiste sorti en SMUR, est assurée par un autre médecin de garde dans l'établissement ou par rappel d'astreinte d'un médecin de l'établissement, le délai d'intervention du médecin d'astreinte doit être compatible avec l'impératif de sécurité. L'infirmier de la SU, lors de la sortie de la SMUR et jusqu'à l'arrivée du médecin d'astreinte, exerce sous prescription médicale ou en application des protocoles existants à droit constant.</p> <p>Une organisation avec le SAMU, pourra permettre d'appuyer, le cas échéant, le médecin de l'établissement (en garde dans le secteur d'hospitalisation ou rappelé d'astreinte).</p>

		<p>Le mécanisme de recours à l'astreinte doit être perçu comme un dispositif exceptionnel, mobilisé en raison de la faible activité des structures de médecine d'urgence SU-SMUR et de difficultés de démographie médicale urgentiste, le principe restant celui du recours à un médecin de garde de l'établissement lorsque l'urgentiste est sorti en intervention. Ce mécanisme peut aussi permettre, dans les conditions précisées ci-dessus, de repositionner la ressource médicale urgentiste sur une période de la journée à plus forte activité par exemple. Ainsi, il sera possible de maintenir sur la période de faible activité, en particulier en nuit profonde, l'activité SU et SMUR.</p>
Appui dans le cadre des GHT et entre-aide public-privé Entraide au sein du réseau des urgences		<p>Au sein des GHT, l'équipe médicale de territoire permet de répartir la charge entre des sites dont l'activité est d'intensité différente.</p> <p>D'autres solutions pourront être étudiées afin de renforcer l'équipe médicale d'une SU fragile dans la durée (ex : temps partagés de PH et/ou d'internes, notamment entre centres hospitaliers universitaires [CHU] et centres hospitaliers [CH], fédérations médicales inter hospitalières).</p> <p>Afin de sécuriser la prise en charge des patients, en particulier ceux faisant l'objet d'un transport sanitaire urgent, les modalités de prise en charge par un autre établissement autorisé à exercer l'activité de SU doivent être organisées dans le cadre du réseau prévu à l'article R. 6123-26 du Code de la santé publique, en lien avec le SAMU-Centre 15.</p>
Autoriser des structures des urgences à ouvrir en H12 (préfiguration antennes de médecine d'urgence)	Agences régionales de santé	<p>Lorsque les circonstances locales l'exigent et afin d'assurer une permanence de l'accueil et de la prise en charge pour des soins de médecine d'urgence, le directeur général de l'ARS peut autoriser par arrêté un établissement de santé (ES) détenteur d'une autorisation de structure des urgences à suspendre cette activité pour une durée maximale de 12h consécutives par jour, sous conditions (similaires à celles qui seront exigées pour les antennes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ES est titulaire d'une autorisation SMUR sur le même site géographique ; le directeur général d'ARS peut déroger à cette condition lorsqu'il constate que le besoin d'accès aux soins de médecine d'urgence de la population est couvert par ailleurs ; - L'ES organise, durant les horaires de suspension de son activité, les modalités d'accueil et de prise en charge pour des soins de médecine d'urgence avec au moins un autre établissement de santé titulaire d'une autorisation de structure des urgences. <p>Cette possibilité est temporaire : elle prendra fin, pour les établissements ayant demandé une autorisation d'antenne de médecine d'urgence (structures de médecine d'urgence ouvertes H12 de manière pérenne dans le cadre d'un nouveau maillage des structures de médecine d'urgence) dans le nouveau</p>

		schéma régional de santé, à la décision du directeur général de l'ARS sur cette demande d'autorisation. Pour les établissements n'ayant pas présenté de demande d'autorisation d'antenne, l'autorisation de suspension d'activité prendra fin le lendemain de la fermeture de la fenêtre de dépôt.
Réguler l'accès aux urgences	Agences régionales de santé	Dans le cadre d'une organisation de crise, locale et temporaire, lorsque les circonstances le justifient, l'accès à une ou plusieurs structure(s) des urgences ou antenne(s) de médecine d'urgence peut être régulé. Ce dispositif ne peut se mettre en place que sur arrêté du directeur général de l'ARS et en assurant la présence continue d'une personne physique (pas nécessairement un professionnel de santé) à l'entrée de la structure (mais sans avis préalable du CAR-U, pour une meilleure réactivité). L'arrêté du 2 juillet 2024 relatif à la régulation temporaire de l'accès aux urgences en précise les modalités de mise en œuvre.
Déployer les unités mobiles hospitalières paramédicalisées (UMH-P)	Établissements de santé	La réforme des autorisations de médecine d'urgence a prévu la possibilité d'intervention SMUR dans une configuration paramédicalisée. Le SMUR se compose alors d'un infirmier et d'un conducteur, agissant en vertu de protocoles de soins et au moyen d'outils numériques connectés, qui interviennent sous la supervision du médecin régulateur. Cette adaptation de la composition de l'équipage SMUR par le médecin régulateur du SAMU est mise en œuvre en fonction de l'état de santé du patient et selon des critères prédéfinis. Selon le bilan qui lui est remonté, le médecin régulateur peut décider de compléter l'équipage par la présence d'un médecin. La mise en œuvre de ce dispositif devra s'accompagner d'une réflexion globale sur le maillage territorial des structures de médecine d'urgence, dans le cadre de la révision du volet Médecine d'Urgence des schémas régionaux de santé. Un guide accompagne la mise en œuvre et le fonctionnement de ce nouveau dispositif.

IV. Organisation interne de l'établissement de santé : gestion des lits d'hospitalisation et aval des urgences

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Mettre en œuvre le dispositif de gestion des situations sanitaires exceptionnelles	Agences régionales de santé / Établissements de santé	Il demeure essentiel de maintenir les possibilités de prise en charge des patients en établissements de santé adaptée à la situation, notamment dans les régions touristiques à forte affluence. Le plan d'action Hôpital en tension définit la politique en situation de tension et est formalisé dans un document spécifique qui complète le Règlement intérieur des admissions et des consultations non programmées. Il bénéficie d'une validation institutionnelle (notamment de la commission médicale d'établissement [CME]). Lorsque la situation nécessite la mise en œuvre de

		<p>dispositions exceptionnelles, il peut être intéressant de rappeler l'intérêt de ce suivi, à la fois pour détecter en amont les difficultés et pour définir un plan d'actions en cas de situation de « tension » avérée. De même, il pourra être rappelé l'importance de la mise en œuvre précoce de tels outils de gestion de crise par les directeurs d'établissement (hôpital en tension [HET], voire Plan blanc).</p> <p>Ce dispositif repose notamment sur une cellule de veille de l'activité, provoquant, si besoin, la réunion d'une cellule de crise restreinte dans l'établissement, chargée de suivre la situation et de décider le cas échéant des mesures à prendre comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'ajout de lits supplémentaires ; - le pilotage de la déprogrammation selon des critères qualitatifs et quantitatifs établis ; - la gestion des moyens matériels et humains supplémentaires rappelés progressivement et adaptés à la situation ; - l'information sur la situation auprès des partenaires dont SAMU-Centre 15, médecins libéraux, sapeurs-pompiers, ARS. <p>Outre la mise en place d'une veille quotidienne de l'activité des établissements, est également encouragée la mise en œuvre de démarches d'audit systématique de l'organisation HET des établissements.</p>
Procéder à des fermetures de lits saisonnières		<p>La période hivernale est souvent l'occasion de réduire le volume de certaines activités programmées en raison des congés des professionnels. Cela conduit à la fermeture complète ou partielle des unités de prise en charge. Afin de maintenir un capacitaire adapté à la demande du territoire, l'ARS organise, en lien avec les établissements publics et privés, une fermeture des lits saisonnière adaptée pendant toute la période estivale, au niveau de chaque territoire. Les ARS sont invitées à encourager les dispositifs de pilotage territorial des capacités (cellules de gestion des lits par exemple).</p>
Mettre en œuvre les actions de fluidification de l'aval des urgences	Agences régionales de santé	<p>Déployer un dispositif de gestion des lits pour se mettre en conformité avec l'article R. 6123-21 du Code de la santé publique.</p> <p><u>L'instruction n° DGOS/R2/2023/103 du 26 juin 2023 relative à la mise en place de plans d'actions territoriaux pour fluidifier les parcours d'aval des urgences en prévision de l'été</u> prévoit les modalités d'une organisation de gestion des lits coordonnée, incluant les établissements publics comme privés. Sa mise en œuvre reste un complément essentiel des mesures précédemment décrites, afin de fluidifier le flux de patients aux urgences.</p> <p>Par ailleurs, il est rappelé l'obligation pour les ES ayant une SU ou une antenne de médecine d'urgence de mettre en place un dispositif de gestion des lits dans l'ES ou au niveau du GHT / territoire avant le 29 décembre 2024.</p>

		<p>Ce dispositif porte sur l'activité d'hospitalisation programmée et non-programmée.</p> <p>L'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none">- soit met en place un dispositif de gestion des lits ;- soit participe à un dispositif mis en place soit, lorsqu'il appartient à un groupement hospitalier de territoire, par ce groupement, soit conjointement avec d'autres établissements. <p>Il partage en son sein et avec les autres établissements membres de son groupement hospitalier de territoire, ainsi que, le cas échéant, avec la structure coordinatrice et les autres établissements du territoire membres du réseau des urgences mentionné à l'article R. 6123-26 du Code de la santé publique, les informations relatives à la disponibilité des lits.</p>
--	--	---

Annexe 2

Leviers RH mobilisables par l'ensemble des agences régionales de santé et des établissements de santé

La présente annexe vise à rappeler les dispositifs de soutien au système de santé qui pourront être utilisés à l'été 2024 par l'ensemble des agences régionales de santé et des établissements de santé.

Leviers relatifs à la rémunération des professionnels

Déplafonnement des heures supplémentaires
<p><u>Textes de référence</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 modifié relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ; - Décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 modifié relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires.
<p>Le personnel médical n'étant pas soumis au plafonnement du temps de travail additionnel (TTA), il n'existe pas de difficulté particulière.</p> <p>En ce qui concerne le personnel non médical, l'article 6 du décret du 25 avril 2002 précité prévoit que les heures supplémentaires accomplies ne peuvent dépasser, en principe, un contingent mensuel de 20 heures.</p> <p>Toutefois, ce même article prévoit qu'un déplafonnement est possible sous certaines conditions : « Les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée peuvent être autorisés, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article 2 de cette loi, ou du préfet du département pour les établissements mentionnés aux 4° et 6° du même article, à titre exceptionnel, notamment au regard des impératifs de continuité du service public ou de la situation sanitaire, à dépasser les bornes horaires fixées par le cycle de travail, pour une durée limitée et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des usagers. »</p>

Prime de solidarité territoriale (PST) pour les personnels médicaux
<p>Versée dans le cadre d'un dispositif de solidarité territoriale, pour les praticiens exerçant une activité partagée <u>au-delà de leurs obligations de service</u> dans plusieurs établissements publics de santé, la PST est conçue pour une intervention ponctuelle du praticien en dehors de son établissement, en renfort d'un autre établissement, sur la base du volontariat. Son montant est calculé en fonction du nombre de demi-journées (non plafonné) réalisées dans le mois (293,23 € brut par demi-journée du lundi au samedi matin et 427,25 € brut la nuit, le samedi après-midi ou le dimanche) et peut être majoré jusqu'à 30 % par arrêté du directeur général de l'ARS, par établissement et par spécialité. Les étudiants de 3^{ème} cycle (hors étudiants exerçant sous licence de remplacement) et les praticiens associés ne sont pas éligibles à la PST.</p>

Prime d'exercice territorial (PET) pour les personnels médicaux

Prime versée pour une activité partagée entre plusieurs établissements ou dans plusieurs sites d'un même établissement dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire ou pour favoriser le développement de la mise en réseau des établissements et les actions de coopération, dans le cadre des obligations de service du praticien. Les étudiants de 3^{ème} cycle (hors étudiants exerçant sous licence de remplacement) ne sont pas éligibles à la PET.

Prime d'engagement collectif pour les personnels médicaux et les agents de la fonction publique hospitalière (FPH)

L'article L. 714-14 du Code général de la fonction publique (CGFP) dispose que : « *Après avis du comité social d'établissement, une prime d'intéressement collectif liée à la qualité du service rendu peut être attribuée aux agents des établissements mentionnés à l'article L. 5 dans des conditions prévues par décret* ». Cette prime « d'engagement collectif » a pour objet (art. 1^{er} du décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 et du décret n° 2020-255 du 13 mars 2020) « *de favoriser la cohésion interprofessionnelle, la mobilisation des personnels autour de projets collectifs décidés au niveau des équipes et de valoriser l'engagement collectif dans ces démarches [...] Ces projets doivent contribuer à renforcer la qualité du service rendu et la pertinence des activités au sein des établissements, en faveur des usagers du service public mais également des personnels de ces mêmes établissements ainsi, le cas échéant, que des partenaires professionnels dans le cadre de l'organisation des filières de prise en charge et des parcours de soins à l'échelle des territoires* ». Par ailleurs, elle est « attribuée, sur décision du chef d'établissement, à l'ensemble des agents de l'équipe porteuse d'un projet mis en œuvre en application des orientations-cadres prévues à l'article 2 » (art. 3 du même décret). Ce dispositif est applicable aux agents de la FPH et aux personnels médicaux et enseignants et hospitaliers (l'article L. 6152-4 du Code de la santé publique ouvre l'application de l'article L. 714-14 du CGFP relatif à la prime d'intéressement collectif aux praticiens hospitaliers [PH], praticiens contractuels [PC], praticiens associés et hospitalo-universitaires [HU]). Le recours à ce vecteur nécessite une décision préalable des chefs d'établissement concernés et un avis des instances.

Leviers relatifs à la mobilisation de professionnels et d'étudiants en renfort**Possibilité d'employer en renfort des étudiants en santé pour la réalisation des activités d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ou des actes et activités d'infirmier**Textes de référence

- Arrêté du 3 février 2022 relatif aux vacances des étudiants en santé pour la réalisation des activités d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ou des actes et activités d'infirmier, et à l'obtention du diplôme d'État d'aide-soignant et du diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture par certains étudiants ou anciens étudiants en santé ;
- Arrêté du 5 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 3 février 2022 relatif aux vacances des étudiants en santé pour la réalisation des activités d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ou des actes et activités d'infirmier, et à l'obtention du diplôme d'État d'aide-soignant par les étudiants en santé non médicaux et du diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture par les étudiants sages-femmes

Sous réserve de remplir certaines conditions, les étudiants en santé peuvent être employés à titre temporaire et en dehors de leur parcours de formation par les établissements de santé et médico-sociaux pour réaliser des activités d'aide pour la réalisation des activités d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ou des actes et activités d'infirmier. Les conditions dans lesquelles les étudiants sont employés sont précisées par un contrat de vacation ou à durée déterminée signé au plus tard le deuxième jour de travail par l'étudiant et le directeur de l'établissement employeur, dans le respect des conditions fixées par le Code du travail, le décret n° 88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale ou le décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière.

Possibilité d'employer en renfort des étudiants de médecine ayant validé leur 3^{ème} année en tant qu'assistant de régulation médicale -ARM- (arrêté du 27 juillet 2022 relatif aux vacations des étudiants de médecine pour la réalisation des activités d'ARM)

Texte de référence

- Arrêté du 27 juillet 2022 relatif aux vacations des étudiants de médecine pour la réalisation des activités d'assistant de régulation médicale dans les centres de réception et de régulation des appels des SAMU centre 15 et du service d'accès aux soins.

Les étudiants de médecine ayant validé leur troisième année du premier cycle ont la possibilité d'être mobilisés en dehors de leur parcours de formation. Ils peuvent être employés à titre temporaire par les établissements de santé pour réaliser des activités d'assistant de régulation médicale dans un centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) d'un service d'aide médicale urgente (SAMU) et du service d'accès aux soins (SAS). Ils suivent une formation d'une durée minimum de cinq jours par un assistant de régulation médicale diplômé et agissent sous la responsabilité du médecin régulateur et en présence d'au moins un assistant de régulation médicale diplômé. Les missions qui peuvent être confiées aux étudiants au sein de l'équipe de régulation médicale sont identifiées par le médecin régulateur. Les conditions dans lesquelles les étudiants sont employés sont précisées par un contrat de vacation ou un contrat à durée déterminée signé au plus tard le deuxième jour de travail par l'étudiant et le directeur de l'établissement employeur, dans le respect des conditions fixées par le Code du travail ou le décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière.

Recours aux étudiants de 3^{ème} cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie disposant d'une autorisation de remplacement d'exercer dans les établissements de santé

Texte de référence

- Décret n° 2022-1466 du 24 novembre 2022 autorisant les étudiants de 3^{ème} cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie à effectuer des remplacements dans les établissements de santé.

Le décret précité organise les modalités de recrutement des étudiants de 3^{ème} cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie autorisés à exercer à titre de remplaçant la médecine, la pharmacie et l'odontologie au sein des établissements de santé.

Recours aux professionnels de santé en prolongation d'activitéTextes de référence

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (art.138) ;
- Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

Dans les établissements publics de santé et dans les centres de santé qui leur sont rattachés, pour les médecins et infirmiers visés au 7° de l'article L. 161-22 du Code de la sécurité sociale ou visés à l'article L. 84 du Code des pensions civiles et militaires de retraite, la limite d'âge fixée à l'article L. 556-11 du Code général de la fonction publique est portée, à titre transitoire, à, respectivement, soixante-quinze et soixante-douze ans jusqu'au 31 décembre 2035.

Ces reports de limite d'âge sont également applicables dans les centres de santé gérés par les collectivités territoriales ou leurs groupements mentionnés à l'article L. 6323-1-3 du Code de la santé publique, pour les professionnels mentionnés au 8° de l'article L. 161-22 du Code de la sécurité sociale ou auxquels s'applique l'article L. 84 du Code des pensions civiles et militaires de retraite.

Vacations des professionnels de santé libéraux dans les établissements de santé

La législation permet de recruter des professionnels de santé libéraux pour réaliser des vacations dans les établissements de santé.