



DGS-URGENT

DATE : 17/11/2021

REFERENCE : DGS-URGENT N°2021-120

OBJET : RECOMMANDATIONS RELATIVES A L'ANTICIPATION ET L'ADAPTATION DE LA REPONSE DE L'OFFRE DE SOINS AUX SITUATIONS DE TENSIONS.

Pour action

Pour information

Professionnels ciblés

Tous les professionnels

Professionnels ciblés (cf. liste ci-dessous)

Zone géographique

National

Territorial (cf. liste ci-dessous)

Mesdames, Messieurs,

Les difficultés à remplir les tableaux de garde ou à maintenir une offre de soins complète sont récurrentes depuis plusieurs années pendant les mois d'hiver et d'été. Ces difficultés sont rencontrées dès cet automne dans les établissements du fait des vagues successives de l'épidémie COVID-19, d'une recrudescence de l'épidémie COVID-19 ces dernières semaines et d'une circulation active et précoce des virus hivernaux, notamment la grippe et le virus respiratoire syncytial (VRS).

Pour faire face à ces tensions, le présent message présente les actions à mettre en place et les principales recommandations nationales pour anticiper et adapter la réponse de notre système de santé aux situations de tension jusqu'à début 2022 :

- Lancement d'une enquête nationale mensuelle pour préciser la situation des établissements de santé ;
- Rappel des dispositifs nationaux de soutien à la mobilisation du personnel soignant ;
- Recommandations portant sur :
 - L'activation des cellules territoriales de suivi des tensions de l'offre chargée de veiller à la permanence des soins en ville et en établissements de santé et l'activation des leviers pour anticiper et limiter les risques pesant sur l'offre de soins ;
 - L'anticipation, la préparation et les réponses aux situations de tension dans les structures de médecine d'urgence.
 - L'organisation de la PDSA et le renforcement de la continuité des soins en ville.

Compte tenu de la période actuelle, nous insistons sur la nécessité **d'engager dès à présent tous les leviers** pour maintenir ouverts les services en situation critique, notamment les urgences.

Lancement d'une enquête nationale mensuelle de suivi de la situation des établissements de santé

Conformément aux annonces du ministre, une enquête SOLEN nationale sera lancée dans les prochains jours auprès de tous les établissements de santé pour suivre la situation :

- Des ressources humaines hospitalières,
- Des structures d'urgence,
- De la capacité et de l'activité d'hospitalisation.

Sur le modèle de l'enquête « obligation vaccinale » qu'elle remplace, elle sera adressée directement à chaque établissement via un lien par mail, les ARS disposant d'un accès aux données des établissements de leur région. Nous vous demandons une vigilance particulière à la réception et au renseignement de cette enquête par les établissements de votre région.

Activation des cellules territoriales de suivi des tensions de l'offre

Au niveau de chaque région, une gouvernance territoriale, pilotée par l'ARS, est mise en place. Elle doit pouvoir mettre en réseau l'ensemble des acteurs (SAMU, établissements de santé publics et privés, URPS, établissements et services médico-sociaux, etc.) afin de disposer d'une vision partagée de la situation, de ses évolutions, et de mettre en œuvre la stratégie régionale développée par l'ARS dans le cadre du plan ORSAN REB. Il vous revient d'y participer pleinement.

Ainsi, les ARS vont :

- Réactiver, le cas échéant, le pôle « offre de soins » de la Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire (CRAPS), en charge notamment de mettre en réseau les acteurs du système de santé régional et de faire le lien avec les dispositifs ou cellules de régulation territoriale ;
- Réactiver, le cas échéant, le pôle « ressources humaines » de la Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire (CRAPS), en charge notamment de la gestion des renforts en personnel au profit des structures sanitaires et médico-sociales.

Anticipation, préparation et réponses aux situations de tension dans les structures de médecine d'urgence

Les mesures du Pacte de refondation des urgences sont en cours de déploiement ; la réforme du droit des autorisations d'activités de soins dont les décrets devraient être publiés dans les prochaines semaines pour une application en 2022 permettra de repenser l'organisation de la médecine d'urgence.

Dans l'attente de la mise en application de ces textes, il est demandé aux ARS et aux établissements d'engager tous les efforts pour maintenir ouverts les services d'urgences. A cette fin, il leur est proposé des éléments d'analyse et des solutions permettant d'anticiper les situations de rupture pouvant affecter l'offre de soins telle que planifiée dans le projet régional de santé, et de sécuriser le fonctionnement des structures de médecine d'urgence.

En complément des leviers nationaux mentionnés *supra*, les leviers qui peuvent être activés, notamment pour soutenir spécifiquement les structures de médecine d'urgence, sont les suivants :

- 1. A la main des établissements, mesures relevant de la gestion interne à l'établissement des personnels médicaux et non médicaux :**
 - Encourager les établissements à systématiser un entretien préalable à un départ afin d'en analyser les motifs et proposer des solutions à l'agent et, pour les contractuels, veiller, dans la mesure du possible, au respect du préavis ;
 - Appel aux volontaires en interne, y compris chez les internes de dernier semestre, docteurs juniors, assistants spécialistes (AS), chefs de clinique assistants des hôpitaux (CCA), etc.
- 2. Sous la coordination des ARS, mesures relevant de la solidarité territoriale :**
 - Appel aux volontaires en externe : les médecins libéraux qui pourraient intervenir dans le cadre de contrat ou de mises à disposition ;
 - Mobilisation des établissements voisins, y compris privés ;
 - Mobilisation du CDOM pour l'organisation de la PDSA renforcée et la participation à la régulation du SAMU, y compris les week-ends et jours fériés.
- 3. Sous la coordination des ARS, mesures plus coercitives, auxquelles il pourrait être recouru si les mesures précédentes n'étaient pas suffisantes :**
 - Plan blanc de l'établissement
 - Assignations par le directeur de l'établissement : par ordre de priorité privilégier les AS/CCA et les praticiens exerçant dans les services de médecine sous réserve de la COPS et des priorités locales. Dans ce cas, une filière pour les prises en charge bénignes pourra être réorganisée aux urgences, qui sera assurée par les praticiens non urgentistes et une filière neuro/cardio assurée par les spécialistes ;

- Réquisition des intérimaires par demande de l'ARS auprès du préfet ;
- Réquisition des libéraux par demande de l'ARS auprès du préfet.

Cette « boîte à outils », détaillée en annexe 1, qui reprend et met à jour des travaux menés avec le CNUH devrait permettre aux acteurs de la médecine d'urgence (représentants des professionnels, fédérations et conférences hospitalières, ARS) d'apporter une réponse adaptée à la situation locale.

Nous nous permettons d'insister sur la nécessité d'obligation de résultat quant au maintien le plus large possible de l'ouverture des services, et partant de la nécessité de mobiliser à plein les leviers internes aux établissements, notamment la solidarité interne, et, à défaut, la solidarité territoriale.

Rappel des dispositifs nationaux de soutien à la mobilisation RH

Pour soutenir la mobilisation des soignants, plusieurs dispositifs RH demeurent actifs ou ont été réactivés au niveau national :

1. **Majoration de 50% des heures supplémentaires des personnels paramédicaux de la fonction publique hospitalière** jusqu'au 31 janvier 2022 ;
2. **Majoration de 50% du temps de travail additionnel des praticiens hospitaliers et majoration de 20% des gardes pour les personnels hospitalo-universitaires** jusqu'au 31 janvier 2022 ;
3. **Recours au dispositif d'indemnisation des jours de congés non pris pour les personnels de la fonction publique hospitalière** dans les établissements de santé et médico-sociaux jusqu'au 31 janvier 2022 ;
4. **Mobilisation possible des retraités** par une extension des dérogations aux règles du cumul emploi retraite plafonné pour les professionnels de santé jusqu'au 31 décembre 2021 :
 - Pas de délai de carence de 6 mois après départ à la retraite ;
 - Cumul intégral de la retraite et du revenu d'activité, sans écrêtement de la pension de retraite s'ils dépassent un certain seuil ;
 - Extension à toutes les reprises ou poursuites d'activité quel que soit le régime d'affiliation.
5. **En recours national, mobilisation de renforts humains pour renforcer les établissements de santé et médico-sociaux les plus en tension.** Ces renforts s'appuient principalement sur les dispositifs territoriaux existants, sur la Plateforme Renfort RH Crise et sur la Réserve sanitaire de Santé publique France. Néanmoins, ces dispositifs demeurent actuellement en grande tension et les capacités d'appui de la Réserve sanitaire sont ainsi très limitées.

Pour mémoire, le processus de sollicitation de ce 5^{ème} dispositif est le suivant :

Etape 1 : identification des besoins RH (effectifs et profils) par l'ARS demandeuse

- L'ARS réalise une estimation précise des besoins de renforts des structures sanitaires, sociales et médico-sociales à court et moyen termes (ex : anticipation d'ouvertures ou fermetures de lits) : profils (expérience, diplômes) et effectifs de professionnels souhaités.
- L'ARS s'assure avant transmission que toutes les ressources intra-régionales ont été mobilisées (appui inter-établissements, plateforme renfort RH-Crise et liste des volontaires accessible sur Digdash, candidatures spontanées, plateformes de mise en relation directes, agences d'intérim, etc.).

Lorsque toutes les possibilités de recrutement régionales sont mobilisées, l'ARS peut transmettre une demande de renforts à la Réserve sanitaire (avec en copie le Centre de crise sanitaire centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr et le CORRUSS alerte@sante.gouv.fr).

Etape 2 : identification des capacités de renfort par le CCS/CORRUS

- Le CCS/CORRUS, en lien avec SpF et la DGOS, vérifie l'adéquation de la demande avec la stratégie nationale (analyse du contexte épidémique, des ressources disponibles, arbitrage bénéfique/risque entre transferts inter-régionaux de professionnels de santé et tensions dans la région de départ des professionnels).

- Le CCS/CORRUSS définit la stratégie de réponse (identification des départements/régions susceptibles de venir en renfort).
- En raison d'un vivier de ressources humaines limité, le CCS/CORRUSS en lien avec la DGOS peut prioriser, auprès de la Réserve sanitaire, les demandes émises par les ARS en fonction des situations les plus dégradées.

Etape 3 : recherche de renfort complémentaire par le CCS/CORRUSS

En fonction des possibilités d'appui de la Réserve sanitaire d'une part, et du besoin et des possibilités offertes par la Plateforme Renfort RH-Crise d'autre part, le CCS/CORRUSS peut mettre en place les actions suivantes:

- A partir de la plateforme RH, mise à disposition d'une liste de professionnels des départements/régions avoisinantes, dont les profils correspondent aux besoins ;
- Ouverture d'un droit d'accès à un vivier supplémentaire sur la Plateforme Renfort RH-Crise (départements et régions limitrophes selon la situation épidémiologique de ces territoires) ;
- En lien avec la DGOS, sollicitation directe des sociétés savantes pour l'identification de profils spécialisés ;
- Appel à la solidarité nationale par la sollicitation directe des ARS pour lesquelles la situation épidémiologique est plus favorable pour apporter un appui RH.

Une circulaire interministérielle sera également publiée prochainement pour mobiliser encore plus fortement le service public de l'emploi (Pôle Emploi) pour attirer les professionnels de santé sur les métiers du soin en établissement et contribuer à répondre aux besoins de recrutement (mise en valeur des besoins en recrutements, identification des candidats potentiels, mise en place de parcours d'accompagnement des candidats, communication grand public sur les besoins de recrutement sur les métiers du soin...).

Organisation de la PDSA et renforcement de la continuité des soins en ville

L'équilibrage de la charge de la PDS est un élément d'acceptabilité important des efforts qui reposent sur les services d'urgence des établissements de santé.

Ainsi, face à la reprise des épidémies hivernales et du Covid, dans un contexte de tensions fortes sur l'offre de soins dans certains territoires, en particulier dans les services d'urgences, il convient de s'assurer que l'organisation de la PDSA garantisse un accès à un avis médical aux heures et jours de fermetures des cabinets libéraux pour des demandes de soins non programmés au cours de cet hiver, notamment durant les congés scolaires et aux dates les plus critiques (25 et 31 décembre), conformément aux engagements prévus au cahier des charges régional de la PDSA.

La fiche, en annexe 2, synthétise des recommandations pouvant être mises en œuvre au niveau régional par votre ARS

*
* *
*

Nous tenons à vous remercier pour votre implication et votre mobilisation.

Katia Julienne

Directrice Générale de l'Offre de Soins

Signé

Pr. Jérôme Salomon

Directeur Général de la Santé

Signé

Annexe 1 :
Anticipation, préparation et réponses aux situations de tension
dans les structures de médecine d'urgence

Bonnes pratiques et outils à disposition des acteurs

La période actuelle est pour certains établissements une période de tensions dans les structures de médecine d'urgence. Les difficultés à remplir les tableaux de garde ou à maintenir une offre de soins complète, sont récurrentes depuis plusieurs années dans plusieurs établissements, elles sont renforcées cette année par les vagues successives de l'épidémie COVID-19 qui ont eu un impact important dans les établissements de santé.

Dans l'attente de la finalisation du chantier de la réforme des autorisations et du déploiement de l'ensemble des mesures du Pacte de refondation des urgences, et dans l'objectif de garantir l'accès de tous à des soins urgents dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité possibles, il est rappelé aux acteurs de terrain (agences régionales de santé, établissements de santé, professionnels de santé) les éléments d'analyse et les solutions permettant d'anticiper les situations de rupture pouvant affecter l'offre de soins telle que planifiée dans le projet régional de santé (PRS) et de sécuriser le fonctionnement des structures de médecine d'urgence.

Ce document, qui est également un échange de bonnes pratiques existantes, met à jour l'instruction de 2018 issue de la concertation menée avec les acteurs de la médecine d'urgence : CNUH, représentants des professionnels, fédérations et conférences hospitalières, ARS. Le déploiement des mesures du Pacte de refondation des urgences ¹doit être parallèlement travaillé et les mesures prévues dans les textes d'autorisations de médecine d'urgences peuvent commencer à être analysées pour une mise en œuvre rapide dès que cela sera possible.

I- Anticipation

Les difficultés des établissements de santé pour faire fonctionner leurs structures des urgences (SU), lorsqu'elles sont récurrentes, sont le signe d'une fragilité structurelle, qui peut être révélée voire majorée par des facteurs de tension conjoncturels. Sur la base de l'identification préalable des établissements concernés et de la mobilisation des acteurs, une analyse de la situation partagée et des mesures adéquates peuvent permettre de prévenir les risques de rupture.

A. Identification des structures de médecine d'urgence fragiles

Si tous les établissements de santé peuvent être concernés par une moindre disponibilité de leurs professionnels au cours de cette période conjuguée potentiellement à un surcroît d'activité (lié aux épidémies, au tourisme hivernal, aux épisodes climatiques extrêmes, etc.), il convient néanmoins d'identifier les plus fragiles, présentant un risque de « rupture ». À cette fin, les indicateurs suivants pourront être utilisés :

¹ Rappelé en PJ

1. Constat sur les années précédentes

Difficultés rencontrées les années précédentes, parmi lesquelles :

- Des tableaux de garde incomplets ;
- Un recours important à l'intérim ;
- Des fermetures intempestives partielles ou totales ;
- Activité saisonnière plus intense.

2. Constat sur l'année en cours

Difficultés rencontrées au cours de l'année telle que :

- Fragilisation de l'équipe médicale ponctuelle (arrêts...) ou pérenne (départs...) liée ou non à la fatigue liée à la gestion de la crise sanitaire COVID-19;
- 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.

3. Organisation d'un recueil d'informations

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 ».

4. Une analyse des causes à l'origine des difficultés rencontrées

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 :

- La tension liée à l'**affluence de patients** : elle peut être due à un épisode épidémique, ou un phénomène climatique, et peut être amplifiée par des difficultés constatées en médecine de ville (offre territoriale restreinte, périodes de congés, etc.) et par la gestion de la crise sanitaire COVID-19. 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...).
- 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 SSR, etc. Cette analyse de l'aval est à conduire au sein de l'établissement mais aussi du territoire (particulièrement GHT), notamment pour les lits de médecine ou de SSR.

Sur la base d'un diagnostic couvrant l'ensemble de ces tensions, parfois intriquées, une analyse du maillage du territoire en termes d'accès aux soins urgents à fins de consolidation peut ensuite être conduite.

B. Analyse et consolidation du maillage territorial de l'accès aux soins urgents

1) Analyse

Le maillage territorial doit répondre aux besoins de la population en termes d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes. Dans un contexte de ressources médicales disponibles contraintes, il est nécessaire d'évaluer le rôle que chaque structure de médecine d'urgence assure dans le territoire, pour identifier les éventuels doublons, les implantations à redéfinir ou à maintenir, en particulier le SMUR, et les renforcer le cas échéant. L'analyse de l'ARS pourra s'appuyer à cet effet sur le diagnostic DREES 2020 sur l'accès aux soins urgents en moins de 30 min.

2) Consolidation du maillage

Ce travail d'analyse préparatoire permettra notamment :

- d'identifier des ressources mobilisables (internes et externes à chaque établissement) et le moyen de les solliciter le cas échéant ;
- d'identifier les activités pouvant être suspendues si besoin (ex. : reconvoque pour des suivis post-urgence : enlever des points de sutures) ;
- de s'interroger sur les caractéristiques et la pertinence des activités connexes lorsqu'elles sont placées sous la responsabilité d'urgentistes (USC, unités d'hospitalisation post-urgences, etc.) ;
- d'évaluer les conséquences sur le fonctionnement des services partenaires, des institutions et des collectivités territoriales : ARS, SAMU, SDIS, etc., ainsi que la communication vis-à-vis des élus et de la population.

Ce travail d'anticipation des difficultés pourra être conduit par territoire, au regard de l'offre des GHT et de l'hospitalisation privée, en lien avec le CTRU ou le comité d'allocation des ressources pour les urgences.

II- Mobilisation des différents acteurs

Il est important de rappeler que l'établissement titulaire de l'autorisation est responsable de la continuité des soins au sein de la structure des urgences. A ce titre, il est indispensable que tous

les acteurs de l'établissement soient investis dans la démarche d'anticipation de ces difficultés, de diagnostic et de déploiement des solutions adaptées. Les établissements sont fortement encouragés à faire une remontée régulière de ces difficultés, pour permettre à l'ARS de réaliser un suivi et les actions nécessaires.

Sur la base de la complétude des tableaux de garde, la direction d'établissement doit envisager des solutions de consolidation le cas échéant, notamment : notamment étalement des périodes de congés, modification de l'organisation interne du service considéré, implication des autres médecins de l'établissement dans le fonctionnement des urgences, ou demande de renfort externe ponctuel.

Les mesures détaillées ci-dessous, bien que sous la responsabilité du chef d'établissement, peuvent être appuyées par l'ARS qui apporte une vision territoriale et les retours d'expériences d'établissements du même territoire.

Il est recommandé de mener un point de situation établissements de santé-ARS en amont de chaque période de tension afin d'anticiper les outils à mobiliser.

A. L'adaptation par l'établissement de son organisation interne

1. Application du référentiel national de gestion du temps de travail

L'instruction N°DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence permet d'identifier, « dans le respect du maximum de 48 heures hebdomadaires en moyenne par quadrimestre, un temps dédié au travail clinique posté de 39 heures et un temps réservé aux activités non cliniques à forfaitiser ».

Ce référentiel permet une relative souplesse dans la mise en œuvre des obligations de service liées au travail clinique posté puisque le décompte horaire s'effectue sur la base d'une moyenne par quadrimestre, dans la limite de 48 heures hebdomadaires. Ainsi, durant la période de tension préalablement circonscrite et avec l'accord des praticiens concernés, il pourrait être envisagé d'augmenter – dans la limite de 48 heures hebdomadaires – la part du travail clinique posté. À l'issue de la période de tension, la répartition du temps de travail du praticien sera revue afin de rétablir l'équilibre contractualisé conformément au référentiel.

Dans le cas où les besoins de service s'étendent au-delà des 39 heures hebdomadaires en moyenne de travail clinique posté par quadrimestre pour un praticien à temps plein, le IV du référentiel précise les modalités de valorisation du temps de travail additionnel qui serait réalisé par un praticien volontaire.

Il est par ailleurs rappelé que le référentiel ne s'applique dans les structures de médecine d'urgences à faible activité que lorsqu'elles sont intégrées dans une équipe médicale de territoire. En l'absence d'équipe médicale de territoire, le temps de travail global (c'est-à-dire clinique et non clinique), peut s'établir jusqu'à 48 heures hebdomadaires en moyenne par quadrimestre.

2. Appui dans le cadre des GHT et entre-aide public-privé :

Au sein des GHT, l'équipe médicale de territoire permet de répartir la charge entre des sites dont l'activité est d'intensité différente.

Dans son rapport sur la territorialisation des activités d'urgences remis en juillet 2015, le Dr Jean-Yves Grall a proposé des pistes relatives à la mise en place des équipes médicales communes d'urgentistes². D'autres solutions pourront être étudiées afin de renforcer l'équipe médicale d'un SU fragile dans la durée (ex : temps partagés de PH et/ou d'internes, notamment entre CHU et CH, fédérations médicales interhospitalières).

3. Organisation de lignes de garde communes SU-SMUR et correspondants du SAMU

Il convient de rappeler l'importance de toujours maintenir une réponse territoriale pour les urgences vitales et/ou graves qui soit assurée par le SMUR. Ainsi l'ouverture du SMUR doit être privilégiée à celle du SU dans les périodes de difficultés aigues.

L'article D.6124-11 du code de la santé publique³, tel que créé par le décret n°2006-577 du 22 mai 2006, prévoit les modalités de prise en charge des patients aux urgences en cas de « permanence médicale ou non médicale commune » entre le SU et le SMUR. L'article précise en particulier les modalités d'organisation lorsqu'un 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 et un infirmier de l'établissement ».

La modification de cet article par un décret de 2018 affirme la nécessité, lorsque l'urgentiste est sorti, qu'il y ait toujours au moins un infirmier du service des urgences dans celui-ci. Ainsi, il est possible, en fonction de l'activité du SU-SMUR, lorsque celle-ci est suffisamment faible, de déclencher une astreinte médicale plutôt que de recourir à un médecin de garde dans l'établissement lorsque l'urgentiste est en intervention.

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 CTRU ou le comité d'allocation des ressources pour les urgences, 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 par tranches horaires afin de cibler la période de plus faible activité (cf.

² « Dans chaque territoire, au sein de chaque GHT, sur la base des structures d'urgence des établissements membres des GHT, il convient de créer une équipe de territoire unique de médecins urgentistes [...]. Une évaluation du temps nécessaire, décompté en heures, pour assurer les missions requises sur l'ensemble du périmètre intéressé est réalisée. Ce temps requis est réparti sur tous les médecins de l'équipe pour l'ensemble des missions : régulation médicale, services d'urgence, sorties SMUR, UHTCD, voire surveillance continue. La mise en œuvre repose sur le référentiel de décompte horaire du temps de travail sur la base de 39 heures de temps clinique posté. Ainsi la répartition des effectifs sur les missions se fera-t-elle sur le temps effectif nécessaire et non la notion de « lignes de garde ». ».

³ Art. D.6124-11 du CSP : « Lorsque la structure des urgences et la structure mobile d'urgence et de réanimation organisent une permanence médicale ou non médicale commune, notamment en application de l'article R. 6123-9, les modalités de prise en charge des patients se présentant à la structure des urgences sont prévues par l'établissement autorisé et permettent une intervention sans délai de la structure mobile d'urgence et de réanimation.

Lorsque l'équipe de la structure mobile d'urgence et de réanimation intervient hors de l'établissement, la permanence de la structure des urgences est assurée par un médecin et un infirmier de l'établissement. »

nuit profonde) pendant laquelle 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 structure des urgences, lors de la sortie du SMUR et jusqu'à l'arrivée du médecin d'astreinte, exerce sous prescription médicale ou en application des protocoles existants à droit constant, pouvant être des protocoles de services ou mentionnés aux articles R.4311-7, R.4311-8 ou R.4311-14 du CSP.

En application de ces dispositions, la permanence et la continuité des soins dans la structure des urgences en cas de sortie du SMUR seront ainsi assurées par un médecin de l'établissement soit en garde sur place, soit par rappel d'astreinte au moment où le SMUR est mobilisé par le SAMU. Une organisation avec le SAMU-centre 15, pourra permettre d'appuyer, le cas échéant, le médecin de l'établissement (en garde dans le secteur d'hospitalisation ou rappelé d'astreinte), avec l'appui des nouvelles technologies.

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 du SU et du SMUR.

Des mesures complémentaires pourront être également mises en place par les établissements de santé concernés et les ARS, telle que la formation des médecins de garde ou d'astreinte comme médecins correspondants du SAMU.

Suite à la publication des textes sur la réforme des autorisations de médecine d'urgences, il sera possible également de mettre en place des IDE correspondantes du SAMU (arrêté à publier en T4 2021).

4. Information sur l'organisation retenue

De manière générale, pour prévenir les tensions d'activité dans les structures de médecine d'urgence durant les périodes traditionnellement difficiles comme l'été ou l'hiver, il pourra être recommandé de sensibiliser la population sur l'importance d'appeler son médecin traitant et le SAMU-centre 15, ou le SAS s'il est déployé, avant de se déplacer (ex : affichage dans les services d'urgence, les cabinets médicaux, les pharmacies etc.). « Avant de vous déplacer, appelez ! ».

De même, l'organisation mise en place fait l'objet d'une information auprès des partenaires de l'aide médicale urgente (particulièrement SAMU-Centre 15, médecins libéraux, sapeurs-pompiers, ARS, conseils départementaux de l'ordre des médecins-CDOM, pharmaciens).

5. Mise en œuvre du dispositif de gestion des situations sanitaires exceptionnelles

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 CME). Lorsque la situation nécessite la mise en œuvre de 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 (HET, voire plan blanc).

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 :

- 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.

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.

B. Des possibilités d'appui en moyens complémentaires ou exceptionnels

1. Création d'un pool régional d'urgentistes

Certaines régions ont pu mettre en place un pool 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 (cf. exemple Grand-Est).

Il est rappelé que la prime de solidarité territoriale permettra d'accompagner ces appuis.

2. Appui de la réserve sanitaire

La réserve sanitaire ne peut être mobilisée que dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle avérée. Ce recours ne peut donc être envisagé que de manière très ponctuelle si la demande d'offre de soins du territoire concerné est supérieure à la normale et que toutes les dispositions de mobilisation de l'offre de soins du territoire en question (hôpital en tension, plan blanc) sont insuffisantes. Dans ce cadre, chaque demande de renfort par la réserve sanitaire fera l'objet d'une première analyse au cas par cas par l'ARS pour démontrer le caractère exceptionnel de la situation qui fera état d'une éventuelle demande à la DGS via la boîte alerte@sante.gouv.fr. Dans tous les cas, il est à noter que seuls des professionnels de santé

retraités appartenant à la réserve pourraient être mobilisés dans ce cadre et par ailleurs que les ressources et les compétences disponibles au sein de la réserve sanitaire, peuvent ne pas être en adéquation avec les besoins exprimés.

3. Ouverture de lits

Décidée dans le cadre du Ségur de la santé, l'enveloppe de 50M€ pour la mise en œuvre d'ouverture de lits supplémentaires a été reconduite en 2021. Elle doit répondre prioritairement aux difficultés d'aval des urgences comme le mentionnent l'instruction de 2020 et son rappel en 2021.

Par ailleurs, 35M€ de crédits supplémentaires vont être délégués fin 2021 aux établissements de santé pour accompagner la généralisation des dispositifs de gestion des lits, qui seront désormais obligatoires dans les établissements qui disposent d'une autorisation de médecine d'urgences. Ces dispositifs doivent être opérationnels et doivent être évalués.

4. Développement des maisons médicales de garde ou de soins non programmés

Il est rappelé l'intérêt du développement des maisons de soins non programmés dans les ES ou en toute proximité –type MMG en un lieu précis permettant aux praticiens libéraux de venir y prendre leurs gardes.

C. Formalisation sous forme de plan de continuité d'activité

L'ensemble des mesures présentées ci-dessus pourront être rassemblées par l'établissement de santé siège d'une structure de médecine d'urgence dans un plan de continuité d'activité pour la médecine d'urgence, transmis à l'ARS. Ce plan détaillera les mesures mises en place pour assurer l'activité de la structure de médecine d'urgence en période de tensions. Dans cette étape un portage et une implication forte du directeur d'établissement et du président de la CME sont des facteurs clés de réussite.

Pour mémoire, un plan de continuité d'activité (PCA) a pour objet de garantir à une organisation la reprise et la continuité de ses activités à la suite d'une tension ou d'un évènement perturbant son fonctionnement normal. *« Il doit permettre à l'organisation de répondre à ses obligations externes (législatives ou réglementaires, contractuelles) ou internes (risque de perte de marché, survie de l'entreprise, image...) et de tenir ses objectifs. »* (<http://www.sgdsn.gouv.fr/uploads/2016/10/guide-pca-sgdsn-110613-normal.pdf>).

D. Les productions et appuis ANAP sur les urgences immédiatement mobilisables

- Outils de diagnostic « urgences »

- L'outil d'analyse « urgences » : analyser les temps de passages des patients et l'adéquation des ressources à l'activité.
- L'autodiagnostic « urgences » : diagnostic qualitatif de l'organisation et du fonctionnement du service des urgences.

- **Kits pédagogiques** : fiches pratiques, retours d'expérience, outils pour mieux organiser l'accueil et l'orientation des patients, l'aval des urgences, les interfaces avec les plateaux médico-techniques, les filières de prise en charge, l'adéquation des ressources à l'activité, le pilotage et le management de l'activité, la gouvernance et les stratégies territoriales.

Ces kits seront actualisés, si nécessaire, pour mieux répondre aux besoins exprimés.

<https://www.anap.fr/ressources/prise-en-charge/organisation-du-sejour-hospitalier/urgences/>

- **Deux modules de e-learning** pour accompagner pas à pas les équipes hospitalières dans la réalisation de leur autodiagnostic
 - o Deux séquences e-learning « les fondamentaux des urgences »
 - o Trois séquences e-learning « parcours guidé pour améliorer l'organisation d'un service d'urgences »

<https://campus.anap.fr/local/novacatalogue/?id=17>

- **Les appuis terrain, d'une durée d'un an**, aux côtés des équipes hospitalières pour les aider à définir et à mettre en œuvre leurs actions d'amélioration de l'organisation interne et territoriale des urgences. Ces appuis seront adaptés, chaque fois que c'est nécessaire, pour prendre en compte les situations locales. L'intervention des experts du réseau de l'ANAP est aussi envisageable lorsque le contexte exige une intervention directe.

<https://www.anap.fr/?id=547>

*

Bilan : Le rôle d'impulsion, de coordination et de contrôle de l'ARS

L'ARS a ainsi un rôle d'impulsion de la démarche d'anticipation, d'accompagnement des établissements et de coordination. Son accompagnement contribue à prévenir les situations de tensions, en les anticipant et en étant destinataire des mesures de renfort prévues par les établissements. L'ARS inscrit dans le cadre d'une réflexion régionale la problématique particulière de chaque établissement en difficulté, en tenant compte de l'offre de soins de ville à travers le CODAMUPS-TS.

Pour certains établissements, les mesures d'anticipation et d'aménagement de l'organisation exposées ci-dessus pourraient ne pas être suffisantes et se posera alors la question du maintien de l'autorisation de médecine d'urgence. Cette réflexion peut se mener également en amont d'une période de crise, lorsqu'il existe par ailleurs une autre structure de médecine d'urgence en proximité, assurant une couverture adéquate pour la population et que la réponse aux urgences vitales et/ou graves est assurée par un SMUR.

Il est rappelé que, dans son II., l'article L.6122-13 du CSP prévoit qu' « *en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou du personnel ou lorsqu'il n'a pas été satisfait, dans le délai fixé, à l'injonction prévue au I. [suite à un manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins assurée par le personnel médical imputable à la personne titulaire de l'autorisation], le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'autorisation de l'activité de soins*

concernée ou l'interruption immédiate du fonctionnement des moyens techniques de toute nature nécessaires à la dispensation des soins. ».

Cette suspension d'autorisation devrait être réfléchie, notamment en lien avec le SAMU, pour une période définie de date à date et s'accompagner d'une information préalable de la population, des professionnels de santé (SAMU, médecins libéraux...), des transporteurs sanitaires et des services de secours.

Il est rappelé l'importance de préserver le maillage des SMUR dans l'accès aux soins d'urgence vitale.

En cas de suspension, l'activité peut être relayée par la mise en place de consultations de soins non programmés, dans des locaux distincts, sans requérir une nouvelle autorisation. Cette offre de soins non programmés permet ainsi de maintenir une offre de prise en charge des patients et d'accueillir ceux non informés de l'éventuelle fermeture du service. 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, en lien avec le SAMU-Centre 15.

Un bilan régional des organisations retenues et de leur utilisation sera conduit en lien avec le CTRU ou le comité d'allocation des ressources pour les urgences afin d'évaluer leur efficacité.

Annexe 2 : **Organisation de la PDSA et renforcement de la continuité des soins Hiver 2021/2022**

Face à la reprise des épidémies hivernales et du Covid, dans un contexte de tensions fortes sur l'offre de soins dans certains territoires, en particulier dans les services d'urgences, il convient d'être particulièrement vigilant sur l'organisation de la PDSA et le maintien de la continuité des soins au cours de cet hiver et notamment durant les congés scolaires. La présente fiche synthétise des recommandations pouvant être mises en œuvre au niveau ARS. Elle recouvre donc en partie des actions que vous avez d'ores et déjà prévues ou que vous menez déjà. Dans le cas contraire, il est fortement suggéré de les activer dès que possible.

1/Rappel sur l'Organisation de la PDSA

La PDSA constitue une mission de service public assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins généralistes libéraux installés ou non et les médecins salariés des centres de santé.

Les principes de cette organisation sont formalisés dans un cahier des charges régional de PDSA arrêté par le directeur général de l'ARS après avis des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS), et de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) de la CRSA.

L'article R. 6315-6 du code de la santé publique issu du décret n° 2019-854 du 20 août 2019 allège les procédures d'avis préalable pour les modifications des cahiers des charges concernant la PDSA en prévoyant une procédure simplifiée de modification dès lors que celle-ci ne concerne qu'un seul département au sein d'une région (avis de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins et du CODAMUPS-TS concerné).

La PDSA repose sur le volontariat des médecins même si la participation des médecins à la permanence des soins est un devoir et un principe déontologique (article R. 4127-77 du code de la santé publique). La permanence des soins ambulatoires permet de garantir un accès à un avis médical aux heures et jours de fermetures des cabinets libéraux pour des demandes de soins non programmés ne relevant pas de l'urgence, dans les meilleures conditions de sécurité possibles et évite des déplacements spontanés des patients vers les services d'urgence. L'accès au médecin de permanence des soins ambulatoires doit faire l'objet d'une régulation médicale préalable.

L'Ordre des médecins est garant de l'élaboration des tableaux de garde. Les dispositions du code de la santé publique (articles R. 6315-2 et R. 6315-4 du code de la santé publique) prévoient une procédure pour l'établissement des tableaux de garde et en cas de difficultés pour les compléter.

Dans chaque territoire de PDSA, les médecins et les associations de permanence des soins établissent un tableau de garde pour une durée minimale de trois mois. Ce tableau est transmis, au plus tard quarante-cinq jours avant sa mise en œuvre, au CDOM concerné. Dix jours au moins avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le CDOM au DG ARS, au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police, aux services d'AMI, aux médecins et associations de PDSA concernés ainsi qu'aux CPAM.

2/ Recommandations concernant la PDSA

A/ A titre préventif, en amont des périodes potentiellement en tension en terme d'activité du fait de pathologies saisonnières, aux vacances scolaires ou à l'afflux de population :

- **Afficher** dans les cahiers des charges régionaux, si ce n'est pas déjà le cas, **le principe de mesures particulières et urgentes**, visant à renforcer le dispositif de la PDSA en cas de pics d'activité et de situations sanitaires exceptionnelles.

B/ Au cours de la période de tensions d'activité prévisibles ou ressenties, il convient de :

- **Recueillir le plus tôt possible** (avant les délais prévus par les textes, rappelés ci-dessus) les tableaux de garde et s'assurer de leur complétude en ayant des échanges rapprochés et réguliers avec les conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM).
- **Vérifier**, au moins deux semaines avant le début des congés scolaires, que tous les acteurs concernés ont été associés, notamment les URPS -ML, les médecins des centres de santé, les associations de permanence des soins.
- **Réunir régulièrement, si la situation l'exige, au moins tous les 15 jours**, les acteurs concernés à l'échelle du département dont les CPTS lorsqu'elles sont présentes sur les territoires, pour partager des points de situation, mobiliser et sensibiliser, sur **les actions que chacun peut mener pour répondre aux difficultés locales constatées** et décider de mesures exceptionnelles.
- **Mettre en place** des mesures particulières et d'urgence visant à renforcer la régulation médicale (en articulation notamment avec le SAS, lorsqu'il est mis en place sur le territoire) et/ou l'effectif.

Exemples de mode opératoire mis en place par certaines ARS :

1^{er} exemple :

Le CRRA 15 et/ou les associations de régulation de médecine générale déclenche(nt) l'alerte auprès de l'ARS en raison d'une hausse sensible du flux des appels ou d'une saturation des services d'accueil des urgences. Le conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) est parallèlement informé.

L'ARS sollicite par mail les principaux acteurs de la PDSA, à savoir :

- a- Les associations de régulation de médecine générale pour leur confirmer ou leur demander de renforcer, dans la mesure du possible, le dispositif soit en étendant leur plage de régulation médicale (début à 18h ou 19h) et/ou en mobilisant un régulateur supplémentaire sur l'ensemble ou une partie des plages horaires de PDSA. Il appartient au SAMU-Centre15 et/ou aux associations de régulation de médecine générale de suivre l'évolution du volume d'appels.
- b- Le CDOM pour lui demander de solliciter les médecins afin de renforcer, si nécessaire, l'offre de prise en charge par les maisons médicales de garde (MMG) notamment et les effecteurs en cabinet soit en étendant les horaires d'ouverture de la structure, soit en mobilisant un médecin généraliste supplémentaire (si les locaux le permettent) sur les secteurs le justifiant.

2^{ème} exemple :

A l'appui d'une demande préalable objectivée, l'ARS peut décider de renforcer les moyens pour la régulation et/ou l'effectif. Elle en assurera le suivi financier. Le SAMU-Centre 15 doit transmettre à l'ARS, dans les plus brefs délais, les données d'activité de la période correspondante.

3^{ème} exemple :

En lien avec l'URPS-ML, prévoir la faisabilité de l'organisation d'une permanence des soins pédiatriques le week-end.

Exemple de mesures mises en place au niveau national :

- Une sensibilisation du Conseil national de l'ordre des médecins est effectuée afin que celui-ci appelle l'attention de l'ensemble des conseils ordinaires départementaux sur la nécessité de disposer des tableaux de garde et de mener les actions requises pour veiller à leur complétude.
 - Une revalorisation de nature à renforcer la participation des médecins à l'effectif de PDSA. L'arrêté ministériel du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire, est en cours de modification afin de procéder à une revalorisation du plancher des forfaits d'astreinte.
- **Recourir en dernier recours** à la procédure de la réquisition si d'importantes difficultés d'organisation de la PDSA devaient apparaître.
- Articles L. 2215-1 du code général des collectivités territoriales et L. 6314-1 et R. 6315-4 du code de la santé publique. Une réquisition peut être effectuée par le préfet de département lorsque le tableau de garde est incomplet : « Si, à l'issue [des consultations et démarches], le tableau de garde reste incomplet, le conseil départemental de l'ordre des médecins adresse un rapport au directeur général de l'agence régionale de santé. Ce rapport 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 directeur général de l'agence régionale de santé 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 au deuxième alinéa de l'article L. 6314-1. ».

3/ Recommandations pour garantir la continuité des soins

La continuité des soins vise à garantir l'absence de rupture de prise en charge aux patients, aux horaires habituels d'ouverture des cabinets des médecins généralistes libéraux.

- **Mobiliser**, si les besoins de la population l'exigent, le dispositif prévu par les articles L. 6311-2 et R. 6311-8 du CSP, permettant aux médecins généralistes libéraux de renforcer en journée la régulation médicale au sein des SAMU. Cette action peut être privilégiée notamment dans les territoires où il n'y a pas de sites pilotes SAS et durant la période des vacances scolaires.
- **Solliciter** l'intervention des URPS-ML pour prévenir les difficultés de continuité des soins du fait de la fermeture des cabinets libéraux au cours des vacances scolaires. Cette action de la part des URPS entre dans le cadre de leurs missions (L. 4031-3 et R. 4031-2) : « *Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional* » (...). Elles participent notamment : « *3° A l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice*; ».
- **Rappeler** aux CPTS signataires de l'ACI leurs engagements concernant la réponse aux soins non programmés.
- **En dernier recours : une réquisition est possible si la situation sanitaire le justifie**

Article L. 3131-8 du code de la santé publique : « Si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifie, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, le représentant de l'Etat dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social. L'indemnisation des réquisitions est régie par le code de la défense. ».