



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Instruction n° DGOS/AS3/RH5/2025/162 du 18 novembre 2025 relative à la préparation du système de santé à l'accès aux soins non programmés et de médecine d'urgence durant l'hiver 2025-2026

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie
et des personnes handicapées

à

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

Référence	NOR : SFHH2529882J (numéro interne : 2025/162)
Date de signature	18/11/2025
Emetteur	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Objet	Préparation du système de santé à l'accès aux soins non programmés et de médecine d'urgence durant l'hiver 2025-2026.
Action à réaliser	Mettre en place des actions visant à permettre au système de santé de gérer les situations de tension durant l'hiver 2025-2026.
Résultat attendu	Mettre en place des plans d'action ville-hôpital sur la base de diagnostics territorialisés.
Echéance	Hiver 2025-2026
Contacts utiles	Sous-direction de l'accès aux soins et du premier recours Bureau de la médecine d'urgence et des soins non programmés (AS3) DGOS-AS3@sante.gouv.fr Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau des personnels médicaux des établissements de santé (RH5) DGOS-RH5@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	8 pages + 3 annexes (13 pages) Annexe 1 : Mesures organisationnelles Annexe 2 : Leviers RH Annexe 3 : Gestion des tensions hospitalières

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 2025-2026, dans un contexte de tensions en ressources humaines (RH), de congés et d'épidémies.
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 ; médecine d'urgence ; urgences ; aide médicale urgente.
Classement thématique	Établissements de santé / Organisation
Texte de référence	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.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Établissements sanitaires, professionnels de santé
Validée par le CNP du 7 novembre 2025 - Visa CNP 2025-68	
Document opposable	Non
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.

I. Rappel du contexte

Ces dernières années, des mesures ont été prises pour mobiliser le système de santé 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 (SAS) est désormais une réalité, avec 99 % des Français désormais couverts par un SAS. Enfin, la médecine de ville s'est fortement mobilisée et structurée autour des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour mieux assurer la continuité et la permanence des soins.

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.

Le retour d'expérience des ARS sur la gestion des tensions hivernales et estivales 2024-2025 a montré l'importance de ces leviers pour :

- **Assurer la réponse aux besoins de soins non programmés** des patients sur le territoire (aide médicale urgente ou soins de ville), *via* la montée en charge des SAS ;
- **Assurer la continuité des soins en journée durant les périodes de congés et la permanence des soins ambulatoires (PDSA)** la nuit, les weekends et jours fériés, *via* la mobilisation des ordres professionnels mais également des CPTS et des structures d'exercice coordonnées (maisons de santé pluriprofessionnelles -MSP, centres de santé) ;
- **Éviter les fermetures « sèches » et recentrer l'activité sur les urgences**, à travers la possibilité de régulation à l'entrée des urgences (*via* le Centre 15 avec la présence d'un professionnel de santé à l'entrée de la structure qui détecte l'urgence vitale ou qui s'assure que le patient a été adressé par la médecine libérale) ;
- **Trouver des solutions d'hospitalisation d'aval** et tendre vers l'objectif qu'il n'y ait plus d'attente déraisonnable sur un brancard, notamment au travers de la montée en charge des dispositifs de gestion des lits (« *bed management* ») ;
- **Piloter au mieux les tensions sur le système hospitalier**, en clarifiant et uniformisant les doctrines de déclaration des tensions et de déclenchement de plans de gestion interne pour faire face aux tensions.

Aussi, en anticipation de ces périodes de tensions, il est en particulier demandé aux agences régionales de santé :

- **D'identifier les territoires à risque** de rupture saisonnière d'accès aux soins (y compris en médecine de ville) avec une attention particulière sur la disponibilité des lits en soins critiques ;
- **De déployer des plans d'action territorialisés** et œuvrer à créer une dynamique territoriale de mobilisation avec tous les relais institutionnels (notamment le réseau de l'Assurance maladie) et professionnels de ville (en particulier les ordres professionnels, les unions régionales des professionnels de santé (URPS) et les associations de permanence des soins) ;
- **D'organiser des échanges avec les opérateurs de soins** pour évaluer les potentielles difficultés et trouver des solutions en amont de la saison hivernale pour évaluer l'impact sur l'offre de soins ;
- **D'assurer la remontée d'informations quant à la situation des établissements de santé**, en renseignant, chaque jeudi, l'enquête hebdomadaire de la DGOS *via* l'outil SOLEN (enquête qui vise à évaluer la situation de l'ensemble des établissements de santé et repérer les éventuelles tensions ; la fréquence de recueil pourra être bi-hebdomadaire en fonction de la situation).

II. Mobilisation de la médecine de ville

a) Garantir la continuité des soins

La médecine de ville assure la majorité des besoins de soins non programmés. Aussi, durant les périodes de congés de fin d'année, le risque de rupture est accru avec un effet report sur les structures de médecine de ville demeurées ouvertes et, *in fine*, les urgences hospitalières.

La loi¹ rappelle l'obligation, pour le conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM), de veiller au respect de l'obligation de continuité des soins et d'en informer le directeur général de l'ARS. En termes d'information, il est également précisé que tout médecin est chargé d'indiquer à ses patients les coordonnées d'un confrère à qui s'adresser en son absence.

¹ 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 ».

Une attention particulière devra être apportée aux semaines de Noël et du Nouvel An, jours fériés qui cet hiver sont des jeudis, ce qui entraîne du fait de « ponts » un risque important sur la disponibilité de l'offre de soins jusqu'aux dimanches.

- **Il vous est demandé de vous rapprocher des CDOM afin qu'ils identifient et vous signalent les territoires sur lesquels des difficultés particulières de continuité des soins sont anticipées pendant la période de fin d'année et notamment les semaines du 22 et 29 décembre 2025 (par exemple à l'échelle des territoires de garde PDSA). Sur cette base, il vous est demandé de mettre en place d'éventuelles actions de sensibilisation et de mobilisation, voire de réquisition (de façon proportionnée et en cas de risque sur la continuité des soins pour la population).**

b) S'assurer de la complétude des tableaux de garde de PDSA

La PDSA repose sur le principe d'une responsabilité collective des médecins mais leur participation est un devoir et un principe déontologique² dont le Conseil de l'ordre des médecins est le garant. Ce dernier doit ainsi 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 CDOM sollicite l'avis de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins libéraux (URPS-ML), des représentants des médecins des centres et maisons de santé au niveau départemental et des associations de permanence des soins pour compléter le tableau de garde des médecins régulateurs et effecteurs.

En cas d'incomplétude persistante des tableaux de garde, le directeur général d'ARS, informé par le CDOM, peut proposer au préfet la réquisition de médecins.

- **Il vous est demandé de vous assurer de la complétude des tableaux de garde de PDSA et de procéder, le cas échéant, en lien avec les préfets, aux réquisitions de médecins pour assurer la PDSA les soirs, weekends et jours fériés sur la période de fin d'année, et notamment entre le 20 décembre 2025 et le 5 janvier 2026.**

c) Utiliser la possibilité d'étendre les horaires de la permanence des soins

Fixés réglementairement³, les horaires de la permanence des soins peuvent, en fonction des besoins de la population et de l'offre de soins disponible, **être étendus au lundi, lorsqu'ils précèdent un jour férié, au vendredi et au samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.**

Cet hiver 2025-2026, Noël et le jour de l'An sont des jeudis, ce qui entraîne un risque important sur l'offre de soins jusqu'aux dimanches, en cas de « ponts ».

- **Il vous est demandé d'anticiper cette situation, et de prévoir cet aménagement pour les vendredis 26 décembre 2025 et 2 janvier 2026 ainsi que les samedis 27 décembre 2025 et 3 janvier 2026, suivant Noël et le Jour de l'An. Conformément au cadre réglementaire en vigueur, le vendredi 26 et samedi 27 décembre 2025 ainsi que les vendredi 2 et samedi 3 janvier 2026 peuvent ainsi être considérés comme des jours de PDSA, et, le cas échéant, être organisés comme tels en lien avec le CDOM.**

² Article R. 4127-77 du Code de la santé publique : « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

³ Article R. 6315-1 du code de la santé publique.

d) Accompagner la montée en charge des SAS

Les demandes de soins non programmés, soins qui ne sont pas des urgences médicales mais nécessitent de consulter un professionnel de santé sous 48 heures, ont lieu très majoritairement aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux. **La généralisation et la montée en puissance du SAS**, qui couvre 99 % du territoire, doivent permettre d'orienter 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 encore non couverts, mais surtout à **soutenir et promouvoir toutes les actions facilitant la mise en œuvre opérationnelle des SAS** (élargissement de la réserve de médecins régulateurs, assistants de régulation médicale -ARM et opérateurs de soins non programmés ; déploiement d'outils de téléphonie et de logiciels médicaux interopérables entre les médecins régulateurs urgentistes et généralistes afin de faciliter la régulation déportée ; promotion de l'inscription sur la plateforme nationale auprès des professionnels de santé prenant en charge les patients en effecton sur orientation du SAS).

- **Il vous est demandé de déployer le SAS dans les quelques territoires encore non couverts, et, plus largement, d'accompagner la montée en charge de l'ensemble des SAS avec une vigilance accrue sur les moyens disponibles en régulation et en effecton pendant la période hivernale.**
- **Il vous est par ailleurs demandé de vous assurer de la complétude des lignes de régulation de la filière ambulatoire du SAS, notamment les semaines du 22 et 29 décembre, et de procéder, le cas échéant, en lien avec les préfets, aux réquisitions des médecins régulateurs libéraux.**

III. Anticipation des tensions par les établissements de santé

a) Garantir la complétude des tableaux de présence

Les congés d'hiver ont aussi pour conséquence une plus grande difficulté à assurer la continuité de présence des professionnels médicaux et paramédicaux hospitaliers. L'anticipation des plannings et des fermetures de lits est ainsi essentielle. Comme c'est l'usage, **toutes les mesures permettant de maintenir la continuité des soins et une présence des effectifs adaptée à l'activité** dans les services doivent être employées par les directions d'établissements (exemples : anticipation des congés, recours à des renforts saisonniers).

Lorsque les difficultés de complétude des plannings persistent, leur identification doit permettre aux établissements d'anticiper les mesures à prendre pour assurer la continuité du service (exemples : mise en place de régulation temporaire de l'accès aux urgences par arrêté de l'ARS, organisation de lignes de garde communes structures d'urgence (SU)-services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

Selon la situation, l'ARS peut demander des modifications des plannings et des organisations prévues par les établissements pour assurer une cohérence territoriale des ressources. Elle peut par exemple 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 avec la mobilisation du *pool* d'urgentistes. 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.

- Il vous est demandé, si cela n'est pas déjà fait, de recueillir rapidement les fermetures prévisionnelles de lits, les plannings prévisionnels lorsque cela est possible pour les deux semaines de congés d'hiver ainsi que les difficultés éventuelles et les organisations prévues en conséquence. Vous vous assurerez 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 avec une attention particulière portée sur les soins critiques.
- Il est par ailleurs demandé aux ARS de veiller à ce qu'une organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques soit assurée, dans les structures des urgences ou dans des structures spécifiques lorsqu'elles existent⁴.

b) S'assurer du respect par tous les établissements de santé, publics comme privés, des conditions d'exercice prévues pour les structures de médecine d'urgence

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 de l'accès aux urgences sous conditions, la structure des urgences doit prendre en charge tous les patients se présentant spontanément ou étant adressés par le SAMU relevant de la médecine d'urgence⁵.

c) Anticiper les éventuelles mesures relatives à l'accès aux structures des urgences

La réforme des autorisations de la médecine d'urgence a sécurisé et pérennisé plusieurs modalités d'organisation. Elles incluent notamment la **régulation temporaire de l'accès aux urgences**. Il est en outre possible de procéder de façon transitoire à des **suspensions temporaires d'activités**.

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 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, les services d'incendie et de secours et les entreprises de transport sanitaire 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 le médecin (ou par l'infirmier d'organisation de l'accueil lorsqu'il existe un protocole) doivent être encouragées et développées afin de replacer le patient dans la bonne filière de soins et de recentrer les urgences sur leur cœur de métier. Le guide de la DGOS de juillet 2024 à ce sujet en rappelle le cadre⁶.

- Il est demandé aux ARS de mettre en place toutes les mesures permettant d'éviter des fermetures de structures des urgences en recourant notamment à la régulation à l'entrée des urgences, en communiquant auprès de la population locale sur la nécessité de l'appel préalable au 15 et en s'assurant en amont de la capacité des centres de régulation à absorber le surplus d'appels dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité.
- Il est par ailleurs demandé aux ARS de veiller à ce qu'une organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques soit assurée (cf. article L. 3221-5-1 du Code de santé publique).

⁴ Article L. 3221-5-1 du Code de la santé publique.

⁵ Article R. 6123-1 du Code de la santé publique.

⁶ [Guide sur la réorientation à l'entrée des urgences](#).

d) Anticiper les mesures de préservation des capacités d'hospitalisation pendant les périodes de grand froid

L'instruction interministérielle du 29 novembre 2023 relative à la prévention et la gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2023-2024⁷ (applicable pour l'hiver 2025-2026) décrit, au travers de ses annexes, les impacts sanitaires et sociaux des vagues de froid. Cette instruction rappelle également les principales orientations en matière de préparation et de gestion sanitaire de ces dernières, qui reposent sur :

- Le dispositif national de Vigilance météorologique de Météo-France, permettant d'anticiper plusieurs jours à l'avance la survenue d'une vague de froid ;
- Une surveillance sanitaire, nationale et territoriale de la morbidité (en particulier pour les hypothermies, gelures, intoxications au monoxyde de carbone, pathologies respiratoires aggravées) et de la mortalité ;
- Lorsqu'elles existent, les dispositions spécifiques ORSEC (Organisation de la Réponse de SEcurité Civile) relatives à la gestion sanitaire et sociale des vagues de froid, rédigées et mises en œuvre par les préfets de département, permettant de coordonner la gestion de ces événements ;
- Les dispositions du Plan ORSAN EPI-CLIM (pendant sanitaire de l'ORSEC), rédigées et mises en œuvre par les ARS, permettant de préparer les acteurs de l'offre de soins hospitalière et de ville à une période de tensions à venir ;
- Un dispositif national d'appui et de conduite de crise sanitaire, y compris en matière de communication.

En tant que de besoin, les dispositions prévues dans le volet EPI-CLIM du plan ORSAN régional ont vocation à être activées en anticipation d'une vague de froid et déclinées par les opérateurs de soins, sous pilotage ARS :

- Plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PGTHSSE) des établissements de santé⁸ ;
- Plans bleus des établissements médico-sociaux⁹ ;
- Plans de réponse aux crises sanitaires graves pour les CPTS, tel que consacré par l'avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI-CPTS) du 20 décembre 2021, ainsi que pour les structures d'exercice coordonné, tel que consacré par l'avenant 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI-MSP) du 4 mars 2022 ainsi que les deux accords nationaux des centres de santé signés le 8 juillet 2015 et le 28 août 2025.

IV. Fluidification de l'aval des urgences

La gestion de l'hospitalisation après les urgences est également centrale pour éviter leur saturation mais surtout tendre vers l'objectif qu'il n'y ait plus d'attente déraisonnable sur un brancard, en particulier pour les patients les plus fragiles. Il est rappelé que la participation ou la mise en place d'un **dispositif de gestion des lits** (« *bed management* ») au niveau de l'établissement ou du groupement hospitalier de territoire (GHT) a été rendue obligatoire par la réforme des autorisations de médecine d'urgence. Cette obligation est entrée en vigueur fin décembre 2024.

⁷ [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.

⁸ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/guide-gestion-tensions-hospitalieres-SSE>.

⁹ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/le-plan-bleu-des-etablissements-medico-sociaux>.

Pour identifier les 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 santé¹⁰.

Enfin, il est rappelé l'utilité de l'hospitalisation à domicile comme levier pouvant être mobilisé pour éviter les passages aux urgences, les hospitalisations conventionnelles (notamment pour les personnes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes -EHPAD), permettre une sortie plus rapide et libérer des lits d'aval.

- **Il est demandé aux ARS de s'assurer que l'ensemble des établissements de santé ont mis en place un dispositif de gestion des lits ainsi qu'une réunion locale d'anticipation des tensions sur l'aval des urgences regroupant l'ensemble de la communauté hospitalière.**

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale,

A stylized signature in black ink, slanted upwards to the right, reading "signé".

Sophie LEBRET

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

A stylized signature in black ink, slanted upwards to the right, reading "signé".

Marie DAUDÉ

¹⁰ [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	ARS	L'ARS peut organiser la remontée et l'analyse de données organisationnelles et quantitatives (effectifs) sur les structures de son territoire pour identifier celles dites « fragiles » et présentant un risque de « rupture ». Les indicateurs suivants pourront être utilisés : 1. Difficultés rencontrées les <u>années précédentes</u> : - Des tableaux de garde incomplets ; - Un recours important à l'intérim ; - Des fermetures partielles ou totales ; - Des fermetures simultanées de cabinets médicaux rendant difficile la continuité des soins sur un même territoire ; - Activité saisonnière plus intense, etc. 2. Difficultés rencontrées <u>au cours de l'année</u> telles que : - 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. Une analyse des causes de ces difficultés permettra d'identifier les mesures à mettre en œuvre en fonction du type de tension : - La tension liée à l'afflux de patients : elle peut être due à un afflux touristique et être amplifiée par des difficultés en médecine de ville (offre territoriale restreinte, congés, etc.). Elle est consécutive à une augmentation du nombre d'admissions et/ou à une modification des caractéristiques des patients pris en charge. - La tension liée à une fragilisation de l'organisation au sein de la structure des urgences, qui peut être conjoncturelle ou structurelle (inadéquation de l'offre avec l'activité régulière, congés, difficultés d'accès aux plateaux techniques, panne informatique...). Cela peut provoquer une hausse de la charge de travail au sein des urgences à flux de patients inchangé. - La tension du fait d'une carence de lits d'hospitalisation, que ce soit en hospitalisation « conventionnelle », en soins critiques (réanimation, surveillance continue et soins intensifs), en psychiatrie (chambre d'isolement), en soins médicaux et de réadaptation (SMR), etc. Cette analyse des lits disponibles est à conduire au sein de l'établissement mais aussi du territoire, particulièrement du groupement hospitalier de territoire (GHT), notamment pour les lits de médecine ou de SMR.
Créer une réserve territoriale d'urgentistes		Certaines régions ont mis en place une réserve territoriale (ou régionale) d'urgentistes pendant les périodes de congés. 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. La prime de solidarité territoriale accompagne ces appuis.

Déployer des professionnels correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)		Le dispositif des médecins correspondants du SAMU (MCS), permet à des médecins, exerçant habituellement en cabinet et formés à la médecine d'urgence, d'intervenir à la demande du SAMU et en parallèle du déclenchement d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), dans des territoires où le délai d'accès à des soins médicaux urgents est supérieur à 30 minutes. Dans les territoires éloignés ou difficiles d'accès, cette intervention en avant-coureur des SMUR représente un gain de temps précieux pour une prise en charge précoce et optimale. Ce dispositif a été élargi aux 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 SAMU et en parallèle du déclenchement d'une SMUR. S'agissant des modalités de rémunération, le Fonds d'intervention régional (FIR) peut d'ores et déjà être mobilisé pour : - 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.
Capitaliser sur les hospitalisations à domicile (HAD)	Établissements de santé, HAD, ARS	L'HAD constitue un des leviers pour éviter les passages aux urgences ou permettre, notamment aux personnes âgées, d'en sortir rapidement. Elle constitue une solution alternative et d'aval, mobilisable par les services de court séjour, en particulier en période de tension hospitalière. Pour les régions ayant des dispositifs d'infirmiers diplômés d'État (IDE) en service d'accueil des urgences (SAU) ou tout autre dispositif associé à la mesure Braun (guichet unique, renfort de l'équipe HAD avec les IDE de liaison...), une communication et des échanges dédiés peuvent faciliter l'adressage. L'hospitalisation à domicile assure aujourd'hui une offre complémentaire des secteurs hospitaliers et ambulatoire, capable de mettre en œuvre des soins complexes, continus et coordonnés et d'agréger des compétences autour d'un projet thérapeutique complet dans une logique de proximité. Dans un cadre de tension, il pourra donc être intéressant de s'appuyer sur la réactivité et la capacité à prendre en charge les patients plus ou moins complexes des établissements d'HAD. Ces leviers sont activables autant en amont qu'en aval.

II. Amont des urgences et coordination ville-hôpital

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Identifier les territoires fragiles	ARS / CDOM	Demander l'identification par les CDOM, des 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 : - Territoires PDSA avec diminution importante du nombre de médecins volontaires ; - Territoires PDSA avec tableaux de garde incomplets ; - Territoires PDSA avec réquisitions de médecins ; - Territoires dans lesquels les congés des médecins ne sont pas coordonnés et ne permettent plus d'assurer la continuité des soins.
Déployer et renforcer le SAS	ARS / Porteurs de projet	Les organisations doivent se voir renforcées selon les besoins, à travers par exemple : - 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.
Capitaliser sur les parcours d'admissions directes non programmées (ADNP)	ARS, établissements de santé	Les parcours ADNP ¹ constituent un des leviers pour diminuer le nombre de passages par les urgences évitables des personnes âgées en permettant une admission directe des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de spécialité.
S'assurer de la continuité des soins sur chaque territoire	ARS/CDO M/CPTS/Acteurs de ville	Les jours fériés tombant cette année un jeudi, la mise en place de « ponts de congés » jeudi-dimanche fait craindre un risque en termes de continuité des soins. Aussi, conformément aux dispositions législatives en vigueur, les CDOM sont tenus de déterminer les territoires au sein desquels la continuité des soins ne pourrait être assurée et de prévenir l'ARS. Il est ainsi demandé aux ARS de vérifier si la continuité des soins est bien anticipée et prévue par les acteurs sur les semaines du 22 et 29 décembre 2025, et de mettre en œuvre les mesures adaptées en conséquence.
Renforcer l'organisation de la PDSA	ARS / CDOM / Établissements de santé / Acteurs de la ville	Cet hiver 2025-2026, Noël et le Jour de l'An étant un jeudi, l'organisation de la PDSA doit s'appliquer les vendredis et samedis suivant ces jours fériés. 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 par la régulation de PDSA est possible 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 weekends et jours fériés), si le recours à un effecteur de PDSA n'est pas possible ou pertinent.
Assurer la fiabilité du remplissage de la cartographie sante.fr	ARS	La cartographie de l'offre de SNP est un outil permettant de géolocaliser des lieux de soins prenant en charge des soins non programmés et de recenser les informations pratiques sur ces lieux (modalités d'accès, horaires, numéros de téléphone, sites internet le cas échéant, etc.). Cette cartographie nationale doit faire l'objet d'une mise à jour régulière par les ARS afin de garantir la fiabilité et l'exhaustivité des informations. Santé.fr dispose d'une « boucle qualité » à destination des usagers. Les retours sont traités par l'Agence du numérique en santé (support de Santé.fr). Les signalements d'erreurs concernant les structures figurant sur la carte sont envoyés aux contacts identifiés dans les ARS. Il peut également être proposé aux cabinets de médecine de ville de se répertorier sur la cartographie à l'aide du module dédié.

¹ Instruction n° DGOS/R4/2023/43 du 19 avril 2023 relative à la poursuite de la mise en œuvre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables et à la réalisation d'un état des lieux au titre de l'année 2022.

Relayer la campagne de communication sur les bons réflexes en cas de besoins de soins non programmés	ARS	En matière de communication, le parcours du patient autour du triptyque suivant doit être valorisé : <i>En cas de besoin de soins non programmés :</i> - 1/ Appelez prioritairement votre médecin traitant ; - 2/ Si vous n'en avez pas ou qu'il n'est pas disponible, consultez la cartographie nationale 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 ». Cette communication peut être localement adaptée pour orienter plus systématiquement les patients vers l'appel au SAS, si les conditions sont réunies pour assumer la hausse du nombre d'appels qui en résulterait.
--	-----	---

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

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Développer la réorientation à l'entrée des urgences	Établissements de santé	La réorientation des patients à partir des urgences est la procédure par laquelle un patient se présentant aux urgences est orienté par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) ou par le médecin d'accueil et d'orientation (MAO) vers une offre de soins mieux adaptée à son besoin. Tout patient ne relevant pas de la médecine d'urgence pourra être concerné par ce dispositif, après une évaluation réalisée par l'IOA ou le MAO. Cela permet de replacer le patient dans la bonne filière tout en recentrant les urgences sur leur cœur de métier. 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. Un guide détaille le cadre juridique dans lequel la réorientation s'exerce et précise ses modalités de mise en œuvre pour accompagner tous les établissements qui le souhaitent à la développer.
Organisation de lignes de garde communes SU-SMUR	ARS / Établissements de santé	Des lignes de garde communes SU-SMUR² peuvent être organisées afin d'assurer le maintien d'une réponse territoriale pour les urgences vitales. Lorsqu'une SU-SMUR fonctionne avec une seule ligne de garde urgentiste et que l'urgentiste est en intervention SMUR, la permanence de la structure des urgences est assurée par un autre médecin de l'établissement et un infirmier de la structure des urgences présents sur place. 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. Dans ce cas, 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. Le mécanisme de recours à l'astreinte est 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. Cette possibilité doit être concertée en lien avec les acteurs concernés, comme 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 ainsi que sur le nombre et la durée médiane des sorties SMUR médicalisées. 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).
Entraide entre établissements de santé	Établissements de santé	L'équipe médicale de territoire permet de répartir la charge entre des sites dont l'activité est d'intensité différente. D'autres solutions pourront être étudiées afin de renforcer l'équipe médicale d'une SU fragile dans la durée (ex : temps partagés de praticiens hospitaliers et/ou d'internes, notamment entre centres hospitaliers universitaires -CHU et centres hospitaliers -CH, fédérations médicales inter-hospitalières). 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 des urgences prévu à l'article R. 6123-26 du Code de la santé publique, en lien avec le SAMU-Centre 15.

² 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.

Autoriser des structures des urgences à ouvrir en H12 (mode « antennes de médecine d'urgence »)	ARS	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 détenteur d'une autorisation de structure des urgences à suspendre cette activité pour une durée maximale de 12h consécutives par jour, sous conditions : - L'établissement de santé est titulaire d'une autorisation SMUR sur le même site géographique ; le directeur général de l'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'établissement de santé 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. Il est rappelé que dans le cadre de la révision des schémas régionaux de santé, la structure des urgences d'un établissement peut se voir autorisée par l'ARS comme antenne de médecine d'urgence (structures de médecine d'urgence ouvertes <i>a minima</i> H12 de manière pérenne dans le cadre d'un nouveau maillage des structures de médecine d'urgence).
Réguler l'accès aux urgences	ARS	Deux situations de mise en œuvre de cette régulation de l'accès à la structure des urgences sont identifiées (toujours soumises au contrôle de l'ARS) : - La régulation pérenne : dans le cadre d'une organisation concertée, sur un territoire donné, il peut être envisagé de réguler l'accès à une ou plusieurs structures des urgences ou antennes de médecine d'urgence. Ce dispositif ne pourra se mettre en place que sur arrêté du directeur général de l'ARS, après avis du Comité d'allocation des ressources Urgences (CAR-U) et en assurant la présence continue d'un professionnel de santé à l'entrée de la structure. L'arrêté du 18 mars 2025 relatif à la régulation pérenne de l'accès aux urgences en précise les modalités de mise en œuvre ; - La régulation temporaire : 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 doit s'accompagner d'une réflexion globale sur le maillage territorial des structures de médecine d'urgence. Un guide accompagne la mise en œuvre et le fonctionnement de ce dispositif.

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

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Procéder à des fermetures de lits saisonnières		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 hivernale, 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).
Mettre en œuvre les actions de fluidification de l'aval des urgences	ARS	<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 coordonnée de la gestion des lits, incluant les établissements publics comme privés. Sa mise en œuvre, en complément des mesures précédemment décrites, permet de fluidifier le flux de patients aux urgences. Par ailleurs, il est rappelé l'obligation, pour les établissements de santé ayant une SU ou une antenne de médecine d'urgence, d'avoir mis en place un dispositif de gestion des lits dans l'établissement de santé ou au niveau du GHT / territoire, obligation effective depuis le 31 décembre 2024. Ce dispositif porte sur l'activité d'hospitalisation programmée et non programmée. Il partage en son sein et avec les autres établissements membres de son GHT, ainsi que, le cas échéant, avec la structure coordinatrice et les autres établissements du territoire membres du réseau des urgences mentionnés à l'article R. 6123-26 du Code de la santé publique, les informations relatives à la disponibilité des lits.

Annexe 2

Leviers RH

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

I. Leviers relatifs à la rémunération des professionnels

Dispositif	Textes de référence	Description
Déplafonnement des heures supplémentaires	- 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 L. 5 du Code général de la fonction publique - Décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 modifié relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires	Le personnel médical n'étant pas soumis au plafonnement du temps de travail additionnel (TTA), il n'existe pas de difficulté particulière. En ce qui concerne le personnel non médical , l'article 6 du décret du 25 avril 2002 prévoit que les heures supplémentaires accomplies ne peuvent dépasser, en principe, un contingent mensuel de 20 heures. 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 ». Ce déplafonnement doit se faire dans la limite d'un temps de travail n'excédant pas 48 heures sur 7 jours glissants.
Prime de solidarité territoriale (PST) pour les personnels médicaux		Versée dans le cadre d'un dispositif de solidarité territoriale, pour les praticiens exerçant une activité partagée au-delà de leurs obligations de service 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.
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 GHT 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 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-cadre 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'art. L. 6152-4 du Code de la santé publique ouvre l'application de l'art. L. 714-14 du Code général de la fonction publique 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.
--	--	--

II. Leviers relatifs à la mobilisation de professionnels et d'étudiants en renfort

Dispositif	Textes de référence	Description
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	- Arrêté du 3 février 2022 modifié 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 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 vacances 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 (CRR) d'un SAMU et du 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	- 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'activité	- 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 faire appel à des professionnels de santé libéraux médicaux, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes au sein des établissements de santé.

Annexe 3

Gestion des tensions hospitalières

Chaque établissement de santé, quel que soit son statut (public ou privé), est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale.

Comme le rappelle le guide méthodologique d'élaboration du Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé (PGTHSSE)¹, l'organisation de la montée en puissance repose sur la mise en place d'une gradation selon deux niveaux :

- **Niveau 1 – « Plan de mobilisation interne »** : pour la gestion des tensions ou des situations avérées potentiellement critiques sans toutefois mettre, à court terme, l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant. Ce type de situation est toutefois suffisamment critique pour exiger une organisation particulière, une vigilance active et la mise en œuvre, le cas échéant, de mesures d'anticipation ou de gestion. Ce niveau, qui correspond à l'activation du plan de mobilisation interne nécessite la mise en place d'une cellule de crise hospitalière (CCH) restreinte. Plusieurs circonstances peuvent être prises pour exemple : la gestion interne d'une épidémie saisonnière (ex. : grippe), une crise de l'approvisionnement en carburants, les crues et inondations (réponse de niveau 1 engagée lorsque les informations météorologiques le justifient). Le niveau 1 peut également correspondre à l'anticipation d'un risque pouvant menacer l'établissement (ex. : menace d'attentats) et nécessitant une mise en pré-alerte avec l'activation de la CCH et la mobilisation des services concernés. Ce niveau peut également être activé préventivement à la demande de l'ARS lors d'un événement potentiellement générateur d'une situation sanitaire exceptionnelle (SSE) (ex. grand événement sportif) ou en cas de risque ou de menace imminente sur le territoire.
- **Niveau 2 – « Plan blanc »** : pour la gestion des situations exceptionnelles avec un impact potentiellement majeur sur l'établissement de santé. Ce niveau, qui correspond à l'activation du Plan blanc, permet la mobilisation de toutes les capacités de l'établissement (moyens humains et logistiques) dans le cadre d'une organisation spécifique pilotée par une CCH structurée. Il permet d'assurer la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels tout en maintenant la continuité et la qualité des soins des patients non directement impliqués dans l'événement et ce, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Il permet aussi de préserver la sécurité des patients et des personnels (ex. afflux de victimes potentiellement contaminées). La mise en œuvre de ces dispositions intervient sans délai, par le directeur de l'établissement, ou le cas échéant, à la demande du directeur général de l'ARS.

Une vigilance particulièrement accrue est demandée aux ARS ainsi qu'aux établissements de santé quant au respect des définitions des « Plan de mobilisation interne » et « Plan blanc » dans leur remontée d'information hebdomadaire sur le niveau de tension du secteur hospitalier.

Le schéma suivant représente le dispositif de montée en puissance tel que décrit précédemment :



¹ [guide_pgthsse_2024.pdf](#)

Lors de la survenue d'un événement ayant un impact sur l'offre de soins, le directeur d'établissement ou le directeur général de l'ARS décide de l'activation de l'un des deux niveaux de réponse du PGTHSSE et en assure le pilotage et la gestion. Il s'appuie pour cela sur une CCH rassemblant les principaux responsables de l'établissement chargés de coordonner l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs. La CCH doit pouvoir être mise en place en moins de 45 minutes et être dimensionnée en fonction du niveau de réponse à apporter afin que celle-ci soit efficace et proportionnée à la nature et à l'ampleur de l'évènement (équipes soignantes, techniques, numérique, direction des ressources humaines, etc.)

En tant que de besoin, les dispositions prévues dans le plan ORSAN EPI-CLIM du dispositif ORSAN régional² ont vocation à être activées en anticipation d'une canicule et déclinées par les opérateurs de soins sous pilotage ARS. Dans ce cadre, l'ARS assure la coordination de l'offre de soins en mobilisant les professionnels de santé de ville, notamment les structures d'exercice coordonné (plans de réponse aux crises sanitaires graves) et les établissements et services médico-sociaux (plans bleus).

² https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_orsan_2024.pdf.