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

Liberté
Égalité
Fraternité

Circulaire n° DGOS/AS3/RH5/2026/156 du 30 octobre 2026 relative à la préparation du système de santé à la période hivernale 2026-2027

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 : SFHH2627642C (numéro interne : 2026/156)
Date de signature	30/10/2026
Emetteurs	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 la période hivernale 2026-2027.
Action à réaliser	Mettre en place des mesures d'anticipation et de gestion des tensions sur le système de santé durant l'hiver 2026-2027.
Résultat attendu	Assurer la continuité de l'offre de soins durant la période hivernale afin de répondre aux besoins de soins de nos concitoyens en ville et à l'hôpital.
Echéance	Hiver 2026-2027
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) Mél. : DGOS-AS3@sante.gouv.fr Sous-direction des ressources humaines du système de santé. Bureau des personnels médicaux des établissements de santé (RH5) Mél. : DGOS-RH5@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	5 pages + 4 annexes (12 pages) Annexe 1 – Mesures organisationnelles Annexe 2 – Leviers relatifs aux ressources humaines Annexe 3 – Gestion des tensions hospitalières Annexe 4 – Régulation de l'accès aux urgences

Résumé	La circulaire a pour objet de mobiliser les acteurs de l'offre de soins par l'intermédiaire des agences régionales de santé (ARS) afin de préparer de manière anticipée notre système de santé à la période hivernale qui se caractérise par des tensions sur les ressources humaines et sur les besoins de soins en raison des épidémies saisonnières. Elle invite les ARS à préparer un plan d'action comportant des mesures d'anticipation et de gestion en vue de garantir l'accès aux soins en ville et à l'hôpital durant la période hivernale 2026-2027.
Mention Outre-mer	Ce texte s'applique en l'état aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française et de la Nouvelle-Calédonie.
Mots-clés	Soins non programmés ; permanence des soins ambulatoires ; service d'accès aux soins (SAS) ; médecine d'urgence ; urgences ; aide médicale urgente.
Classement thématique	Établissements de santé / Organisation
Texte de référence	Néant
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Établissements sanitaires et professionnels de santé.
Validée par le CNP le 23 octobre 2026 - Visa CNP 2026-69	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Chaque hiver, les épidémies saisonnières induisent une forte sollicitation de notre système de santé alors que les effectifs sont réduits en raison des congés de fin d'année. Cette conjonction de facteur est source de tensions sur l'offre de soins, en ville comme à l'hôpital. Cette situation nous oblige à une mobilisation coordonnée de l'ensemble des acteurs - ville, hôpital, médico-social - sous votre pilotage.

Pour les semaines qui viennent, ma priorité est simple : protéger l'accès aux soins en évitant la saturation des services d'urgence et en orientant chaque patient vers la bonne réponse, au bon moment, au bon endroit.

Aussi, je vous demande de mettre en place un plan d'action articulé autour de quatre objectifs.

1. Faire progresser le « bon recours » au système de soins, et conforter le service d'accès aux soins (SAS) dans son rôle d'orientation des patients

Les urgences ne doivent pas être la porte d'entrée systématique du système de soins. Il est nécessaire de mieux informer et de mieux orienter, en donnant à chacun un repère clair : avant de se déplacer, appeler son médecin traitant ou le SAS au numéro 15, afin d'être dirigé vers la solution la plus adaptée. La poursuite de la montée en charge du SAS est la clé de voûte de cette orientation. Il est désormais en place sur tout le territoire métropolitain et continue de se déployer en outre-mer grâce à l'engagement de l'ensemble des professionnels participants. Il s'agit d'en tirer tout le bénéfice en termes de juste orientation du patient dans notre système de santé.

C'est la raison pour laquelle, je vous demande de :

- mettre en œuvre avec l'appui de vos partenaires territoriaux, sur la base de la communication nationale « les urgences, c'est pas une évidence », une campagne d'information sur le bon recours aux soins au moment que vous jugerez opportun ;
- sécuriser la continuité de la régulation et de l'effection (créneaux disponibles) sur toute la période hivernale, notamment en zones touristiques, et anticiper les pics d'activité ;
- identifier, dès à présent, les fragilités en termes de ressources humaines pour la régulation et l'effection et mobiliser tous les leviers disponibles pour garantir une réponse de qualité.

2. Mettre en place, dès que nécessaire et par anticipation, l'accès régulé aux urgences

L'accès régulé aux urgences est d'ores et déjà utilisé dans de nombreux territoires dans le cadre fixé par décret du 29 décembre 2023. À ce jour, 1 service d'urgence sur 5 fait l'objet d'un accès régulé, qu'il soit temporaire ou plus pérenne. Là où il a été mobilisé, il donne satisfaction, car il permet d'éviter la sollicitation des services d'urgence pour des motifs ne relevant pas de la médecine d'urgence tout en garantissant la continuité de l'accueil des patients nécessitant une prise en charge en urgence.

Je souhaite que cette organisation soit plus systématiquement mise en place par anticipation et non en réaction à une situation dégradée aux urgences. Pour cela, il est nécessaire de s'assurer des moyens humains disponibles, tant en régulation au sein des SAMU-SAS, que pour l'effection en ville, ou qu'ils peuvent être renforcés. Je suis convaincue de la plus-value de ce dispositif : il protège les services d'urgence et permet aux patients d'anticiper les modalités d'accès à notre système de soins, dans une logique de qualité et de performance.

Je vous invite donc :

- à identifier les établissements les plus susceptibles d'être en tension et de préparer à l'avance les dispositifs d'accès régulé aux urgences (organisation, horaires, articulation avec les SAMU-SAS, les entreprises de transports sanitaires et les services d'incendie et de secours) ;
- de vérifier la capacité de toute la chaîne de régulation des SAMU/SAS à absorber le surcroît d'appels et de la renforcer pour permettre dans ces établissements cet accès régulé ;
- de mettre en place, de manière anticipée, cet accès régulé aux urgences, en lien étroit avec les représentants hospitaliers, les élus et les représentants des usagers, pour garantir compréhension, acceptabilité et cohérence territoriale.

Les mesures d'accès régulé aux urgences pour l'hiver 2026-2027 devront être identifiées, préparées avec les SAMU/SAS et concertées le plus largement possible au plus tôt et avant la fin novembre. L'objectif est l'entrée en vigueur des arrêtés de mise en œuvre le 1er décembre au plus tard.

Plus généralement, je souhaite que vous poursuiviez votre travail de recensement des territoires où l'accès régulé aux urgences serait pertinent même en dehors des périodes de tensions et que vous déterminiez avec les acteurs concernés les conditions pour y parvenir.

De façon complémentaire, il s'agira de continuer à s'assurer du développement plus systématique des pratiques de réorientation vers la ville des patients arrivés aux urgences et relevant d'une prise en charge de médecine générale.

Pour vous accompagner dans la mise en œuvre des mesures d'accès régulé aux urgences, la DGOS, en lien avec l'ANAP, a publié en juin 2026 un guide, que nous vous invitons à rediffuser en local.

3. Mobiliser pleinement la médecine de ville

Avec près d'un million de consultations par jour, la médecine générale porte l'essentiel des consultations de soins non-programmés. En période de congés, toute fragilité sur l'offre de soins de ville se traduit mécaniquement par un report vers les services d'urgences. C'est pourquoi la continuité des soins et la permanence des soins ambulatoires (PDSA) doivent être organisées, complètes et tenues.

La loi et la déontologie médicale confèrent à l'Ordre des médecins un rôle central : garantir l'effectivité de l'organisation, prévenir les ruptures, alerter et contribuer aux solutions.

Aussi, vous veillerez à :

- réunir sans délai les conseils départementaux de l'Ordre des médecins, les unions régionales des professionnels de santé (URPS), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les associations de PDSA et du SAS pour établir une cartographie des risques et un plan de couverture hivernale ;
- vous assurer de la complétude des tableaux de garde (régulation et effection) en journée comme aux horaires de PDSA, et activer, si nécessaire et de façon proportionnée, les procédures permettant d'éviter toute rupture (y compris les réquisitions, en dernier ressort). À ce titre, la mobilisation des médecins des centres de santé dans le cadre de la PDSA est souhaitable sous la responsabilité des ordres départementaux. Je vous invite à me signaler toute difficulté pour atteindre cet objectif ;
- encourager l'organisation territoriale via les CPTS, ainsi que les maisons et centres de santé, pour proposer des solutions visibles aux patients (créneaux rapides, consultations dédiées et relais pendant les congés) ;
- renforcer l'articulation ville - SAS/PDSA - hôpital.

4. Fluidifier l'aval des urgences

La pression qui s'exerce sur les urgences tient aussi aux difficultés rencontrées pour assurer la prise en charge rapide des patients en aval des urgences.

À ce titre, j'insiste sur deux mesures susceptibles de favoriser de desserrer la contrainte qui s'exerce sur les services d'urgence :

- développer les admissions directes non programmées, à la demande du médecin traitant ou du SAMU-SAS, en organisant préalablement ces parcours (notamment via les CPTS) et en les faisant connaître aux professionnels de ville ;
- veiller à ce que chaque établissement organise la visibilité en temps réel sur les lits disponibles. Il est demandé de structurer les cellules de gestion des lits *a minima* à l'échelle de l'établissement, et préférentiellement au niveau des groupements hospitaliers de territoire (GHT), avec un partage des disponibilités en lits entre établissements du territoire.

Il conviendra également de veiller à mobiliser les entreprises de transport sanitaire (transports interhospitaliers, retours à domicile).

Ainsi, pour assurer l'atteinte de ces quatre objectifs, l'anticipation valant mieux que la gestion de crise, je vous demande :

- d'identifier les territoires à risque et de formaliser un plan d'action opérationnel (ville, hôpital, aval) destiné à mettre en place les solutions de continuité des soins ;
- d'organiser une réunion de préparation à la période hivernale avec l'ensemble des acteurs (fédérations, ordres, URPS, usagers, SAMU-SAS) et de maintenir tout au long de l'hiver un format de pilotage collectif de la situation au niveau régional et départemental ;

- d’assurer la bonne information des élus dans les territoires qui pourraient être en difficulté du fait de fortes tensions ;
- de mobiliser les établissements de santé sur la gestion coordonnée du capacitaire afin de garantir une solidarité territoriale notamment dans le cadre des GHT mais aussi entre établissements publics et privés ;
- d’assurer une remontée régulière de situation et d’indicateurs de tension afin de permettre l’anticipation et un appui national le cas échéant. Le panel des informations attendues vous sera communiqué par l’intermédiaire du CORRUSS.

Pour les territoires ultramarins qui ne sont pas soumis aux tensions hivernales à cette période de l’année, il conviendra d’adapter ces orientations aux risques qui leur sont spécifiques (risques cycloniques, pathologies infectieuses) et pouvant conduire à des tensions sur le système de soins.

Les services du ministère de la santé, des familles, de l’autonomie et des personnes handicapées (DGS, DGOS, DGCS) se tiennent à votre disposition pour vous accompagner en cas de difficulté. Je sais pouvoir compter sur votre engagement constant et déterminant au service de la santé de nos concitoyens.



Stéphanie RIST

Annexe 1
Mesures organisationnelles

I. Anticipation des tensions

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Identifier les territoires fragiles	Agences régionales de santé	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.
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 mis en place des IDE en structure des urgences ou au sein de l'antenne de médecine d'urgence ou tout autre dispositif associé à la mesure Braun (guichet unique, renfort de l'équipe HAD avec les IDE de liaison, SMU/HAD…), une communication et des échanges dédiés peuvent faciliter l'adressage. Il est important que les prescripteurs potentiels tel que les structures hospitalières, les ESMS ou encore la médecine de ville identifient les HAD de leur territoire et les intègrent dans leur stratégie relative aux tensions saisonnières. 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.

Déployer des professionnels correspondants du 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.
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.

II. Amont des urgences et coordination ville-hôpital

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Identifier les territoires fragiles	Agences régionales de santé / 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 service d'accès aux soins (SAS)	Agences régionales de santé / 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 ADNP	ARS, établissements de santé	Les parcours d'admissions directes non programmées (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 / CDOM / CPTS / Acteurs de ville	Les jours fériés tombant cette année un vendredi, les semaines du 21 et 28 décembre pourraient présenter 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 du samedi 19 décembre 2026 au dimanche 3 janvier 2027, et de mettre en œuvre les mesures adaptées en conséquence.

[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.

Renforcer l'organisation de la PDSA	ARS / CDOM / ES / Acteurs de la ville	Cette année, Noël et le 1er janvier tombent un vendredi, **l'organisation de la PDSA doit s'appliquer le samedi matin qui suit le jour férié.** 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 week-ends 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	Agences régionales de santé	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.
Relayer la campagne de communication sur les bons réflexes en cas de besoins de soins non programmés	Agences régionales de santé	En matière de **communication**, la priorité doit être de rappeler au grand public la notion de 'bon recours' aux urgences (« *les urgences c'est pas une évidence* »). Par ailleurs, le parcours du patient autour du triptyque suivant doit être valorisé : *En cas de besoin de soins non programmés :* - 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.
Solliciter les appuis gériatriques départementaux si besoin		L'appui territorial gériatrique est à destination des professionnels de santé d'un territoire prenant en charge des personnes âgées en EHPAD et autres ESMS (médecin traitant, médecin coordonnateur, infirmier coordonnateur) ou à domicile (médecin généraliste, spécialiste, service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), équipe de soins primaires). Il offre une expertise non-programmée en journée et en semaine, sous la forme de conseils, de participation à une décision collégiale, une capacité d'orientation, voire d'hospitalisation au sein la filière. Il ne se déplace pas mais peut mobiliser l'ensemble des ressources opérationnelles internes de la filière (services hospitaliers, équipes mobiles de gériatrie (EMG), filière d'admissions directes non programmées en gériatrie, hospitalisation à domicile (HAD) etc.). Cette démarche a pour objectif de tendre vers une réponse « globale » et de soutien à la culture gériatrique sur les territoires. Il a également vocation à mobiliser d'autres appuis sanitaires pour répondre aux besoins des EHPAD (HAD, soins palliatifs, psychiatrie de la personne âgée, infectiologie, hygiène et éthique, etc.). S'agissant des personnes âgées à domicile, il agit en subsidiarité des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) et constitue un appui expert pour ces derniers qui peuvent le solliciter. Les appuis sont également des interlocuteurs des SAMU-Centre 15 qui peuvent les saisir et qu'ils peuvent outiller avec leur expertise et des protocoles de décisions partagés.

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	Agences régionales de santé / Établissements de santé	Des lignes de garde communes SU-SMUR[2] 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 PH 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, en lien avec le SAMU-Centre 15.
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.

[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.

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	Agences régionales de santé	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 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 ES ayant une SU ou une antenne de médecine d'urgence d'avoir mis en place un dispositif de gestion des lits dans l'ES 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 groupement hospitalier de territoire, ainsi que, le cas échéant, avec la structure coordinatrice et les autres établissements du territoire membres du réseau des urgences mentionné à l'article R. 6123-26 du Code de la santé publique, les informations relatives à la **disponibilité** des lits.
Hébergement temporaire en sortie hospitalisation (HTSH)		Le dispositif d'hébergement temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation (HTSH) ou en cas d'indisponibilité brutale de l'aidant permet d'avoir le délai nécessaire pour organiser et adapter les aides et les prises en charge à mettre en place pour la personne âgée. Afin de réduire la durée du séjour à l'hôpital, de préparer le retour à domicile après hospitalisation de manière optimale, d'éviter une ré-hospitalisation, la personne âgée peut bénéficier d'un séjour d'hébergement temporaire en EHPAD. Ce relais permet d'avoir un certain délai pour organiser et adapter les aides (financières, humaines, matérielles…) et les prises en charge (adapter le logement...). Il est également possible de bénéficier de ce dispositif en cas de rupture brutale de l'aidant.

Annexe 2
Leviers relatifs aux ressources humaines

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 15 du décret du 4 janvier 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 L. 5 du code général de la fonction publique peuvent être autorisés, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 5° du même article, 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 3ème 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 groupements hospitaliers de territoire ou pour favoriser le développement de la mise en réseau des établissements et les actions de coopération, **dans le cadre des obligations de service du praticien**. Les étudiants de 3ème cycle (hors étudiants exerçant sous licence de remplacement) ne sont pas éligibles à la PET.

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 relatif aux vacations 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 vacations 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**. Il convient de prendre attache avec le doyen de la faculté d'affectation de ces étudiants. Les conditions dans lesquelles les étudiants sont employés sont précisées par un contrat de vacation ou à durée déterminée signé au plus tard le deuxième jour de travail par l'étudiant et le directeur de l'établissement employeur, dans le respect des conditions fixées par le Code du travail, le décret n° 88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale ou le décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière.
Possibilité d'employer en renfort des étudiants de médecine ayant validé leur 3ème année en tant qu'assistant de régulation médicale (ARM)	- Arrêté du 27 juillet 2022 relatif aux vacations des étudiants de médecine pour la réalisation des activités d'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 (CRRA) d'un service d'aide médicale urgente (SAMU) et du service d'accès aux soins (SAS). Il convient de prendre attache avec le doyen de la faculté d'affectation de ces étudiants. 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 3ème cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie disposant d'une autorisation de remplacement d'exercer dans les ES	- Décret n° 2022-1466 du 24 novembre 2022 autorisant les étudiants de 3ème 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 3ème 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 ES		La législation permet de faire appel à des **professionnels de santé libéraux** médicaux, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes au sein de**s 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 :

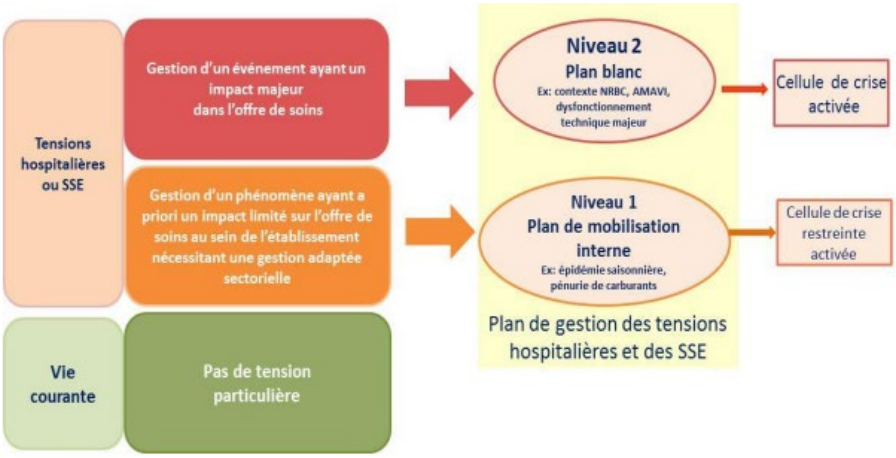
- **Niveau 1 – « Plan de mobilisation interne »** : pour la gestion des tensions ou des situations avérées potentiellement critiques sans toutefois mettre, à court terme, l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant. Ce type de situation est toutefois suffisamment critique pour exiger 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 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.

[1] guide_pgthsse_2024.pdf

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



Lors d'un événement ayant un impact sur l'offre de soins, le directeur d'établissement ou le DG 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, DRH, etc.).

En tant que de besoin, les dispositions prévues dans le plan ORSAN EPI-CLIM du dispositif ORSAN régional[2] 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

Annexe 4
Régulation de l'accès aux urgences

L'accès régulé aux urgences est une **nouvelle modalité d'organisation des urgences** qui conduit tous les patients souhaitant se rendre aux urgences à appeler préalablement le Service d'aide médicale urgente-Service d'accès aux soins (SAMU-SAS) en composant le 15. Si le motif de recours du patient relève des urgences, alors le SAMU-SAS lui indique qu'il peut entrer aux urgences. Pour tout autre motif, le SAMU-SAS lui prodigue un conseil médical ou lui trouve un rendez-vous médical en ville.

Dans le cas où un patient se présenterait spontanément aux urgences, un **professionnel de santé**[1] à l'entrée de celles-ci organise cet appel au 15 et/ou vérifie l'appel préalable par le patient. Le cas échéant, la personne fait entrer les patients en état d'urgence manifeste ainsi que les patients vulnérables. L'accès est également directement possible pour les patients orientés par un médecin de ville.

L'accès régulé permet d'orienter les patients vers une **prise en charge adaptée à leur besoin**. Il recentre les urgences sur leur cœur de métier et peut préserver leurs capacités de prise en charge pour éviter les fermetures des services des urgences pendant les périodes de tensions estivales ou hivernales.

Bien que les textes réglementaires prévoient que cette régulation se fasse à la demande des établissements de santé, les ARS sont invitées à être **pro-actives dans leur démarche de repérage** et de mise en place d'un tel dispositif, prioritairement pour les établissements dont les services des urgences connaissent (ou ont connu) des tensions (et en lien avec les équipes hospitalières).

La régulation peut être pérenne (3 ans maximum) ou temporaire (3 mois maximum renouvelable une fois) et fait l'objet d'un **arrêté du directeur général de l'ARS**. La régulation de l'accès est différente de la réorientation à l'entrée des urgences qui consiste en une évaluation par le médecin ou l'IOA au sein du service des urgences et qui donne lieu, le cas échéant à une réorientation pour prise en charge en ville.

Une mesure d'accès régulé aux urgences ne peut être décidée sans tenir compte de ses effets sur l'activité des autres acteurs du territoire. Ainsi, il est nécessaire de vérifier que les **pré-requis minimaux** sont respectés avant que la mesure puisse être autorisée. Ces pré-requis sont vérifiés par l'ARS, la régulation faisant l'objet d'une décision du directeur général de l'ARS.

- Le pré-requis incontournable : vérifier les capacités du **SAMU-SAS** sur la période et la plage horaire prévues
    - **Capacité à absorber la hausse du volume d'appels** : il est nécessaire de s'assurer, en amont, avec le chef de service du SAMU-SAS que ce dernier sera capable d'assumer le surcroit d'activité généré*, a fortiori* lorsqu'une régulation territoriale est décidée. Au besoin, des renforts doivent être prévus pour ne pas dégrader la prise en charge des appels urgents sur le territoire ;
    - **Capacité à trouver des solutions de prise en charge en ville** (organisation robuste des soins non programmés) : la régulation ne pourra être effective que s'il existe des solutions de prise en charge des soins non programmés en ville pour les appelants. En effet, en l'absence de telles solutions, le SAMU-SAS sera contraint d'orienter vers les urgences des patients qui pourraient être pris en charge en ville.

[1] Dans le cadre de la régulation temporaire, cela peut également être une personne titulaire de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2.

- Objectiver un besoin organisationnel de refiliarisation pour l'établissement de santé :
  - Pour la **régulation pérenne**, la **mise en place préalable de la réorientation à l'entrée des urgences** est requise et doit se révéler insuffisante pour prévoir son remplacement par le dispositif de régulation ;
  - Pour la **régulation temporaire**, il est nécessaire d'avoir une **situation de tension particulière** qui exige la mise en place de cette refiliarisation : la situation doit être objectivée pour l'établissement de santé concerné par la mesure de régulation par le biais de données, constatées ou anticipées.

- La mise en place de l'information ou des concertations territoriales :
  - Pour la **régulation pérenne**, concertation préalable des acteurs territoriaux : SAMU-SAS, représentants des professionnels de santé de la SU ou de l'antenne de MU concernée, établissements de santé du territoire, union régionale des médecins libéraux, conseil départemental de l'ordre des médecins. Il est essentiel d'associer les représentants des usagers à ces concertations préalables. L'avis préalable du CCAR-U est obligatoire ;
  - Pour la **régulation temporaire**, information des acteurs territoriaux : CCAR-U, SAMU-SAS, représentants des professionnels de santé de la SU ou de l'antenne de MU concernée, établissements de santé du territoire, union régionale des médecins libéraux, conseil départemental de l'ordre des médecins, SDIS, en incluant également les représentants des usagers, le plus en amont possible.

La DGOS, en lien avec l'ANAP, a publié en juin 2026 un guide sur l'accès régulé aux urgences.