

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

#### **Instruction n° DGOS/R2/2018/128 du 23 mai 2018 relative à l'anticipation et la prévention des tensions dans les structures de médecine d'urgence**

NOR : SSAH1814047J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 27 avril 2018. – Visa CNP 2018-31.

*Catégorie* : directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

*Résumé* : cette instruction rappelle les différents leviers permettant d'anticiper les tensions estivales sur les structures de médecine d'urgence et explique le cadre d'utilisation de l'article D.6124-11 relatif à l'organisation de lignes de garde communes SU-SMUR.

*Mots clés* : structures de médecine d'urgence – urgences – SMUR – mutualisation – HET – PCA.

*Références* :

Code de la santé publique : articles R.6123-1, D.6124-1-3, D.6124-11, D.6124-13, D.6124-17 ;

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

*La ministre des solidarités et de la santé*  
*à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.*

La période des congés peut être pour certains établissements une période de tensions concernant leurs structures de médecine d'urgence. Ces difficultés à remplir les tableaux de garde ou à maintenir une offre de soins complète, notamment en cas de flux saisonniers importants dans des zones touristiques, apparaissent récurrentes depuis plusieurs années.

Le chantier de la réforme du droit des autorisations d'activités de soins qui s'ouvre permettra de repenser l'organisation de la médecine d'urgence. Les textes réglementaires de 2006 pourront ainsi être analysés à la lumière de l'expérience de leur mise en œuvre en régions. Ce chantier d'envergure se déroulera sur la période 2018-2019 et devrait aboutir par la publication de nouveaux textes pour application en 2020.

Dans l'attente de la conclusion de ce chantier et dans l'objectif de garantir l'accès de tous à des soins urgents de qualité, il est proposé aux acteurs de terrain (agences régionales de santé, établissements de santé, professionnels de santé) une méthode d'analyse et des solutions permettant d'anticiper les situations de rupture pouvant affecter l'offre de soins telle que planifiée dans le projet régional de santé, et de sécuriser le fonctionnement des structures de médecine d'urgence.

Cette « boîte à outils », présentée en annexe de cette instruction, résulte de la concertation menée au 1<sup>er</sup> trimestre 2018 avec les acteurs de la médecine d'urgence : représentants des professionnels, fédérations et conférences hospitalières, ARS.

Pour tout appui ou information quant à la mise en œuvre de cette instruction, le bureau R2 de la DGOS se tient à votre disposition à l'adresse fonctionnelle suivante : [ornella.gros-flandre@sante.gouv.fr](mailto:ornella.gros-flandre@sante.gouv.fr)

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale de l'offre de soins,*  
C. COURREGES

*La secrétaire générale des ministères  
chargés des affaires sociales,*  
S. FOURCADE

## ANNEXE

### ANTICIPATION ET PRÉPARATION DES SITUATIONS DE TENSION DANS LES STRUCTURES DE MÉDECINE D'URGENCE

#### BONNES PRATIQUES ET OUTILS À DISPOSITION DES ACTEURS

La période des congés peut être pour certains établissements une période de tensions concernant leurs structures de médecine d'urgence. Les difficultés à remplir les tableaux de garde ou à maintenir une offre de soins complète, notamment en cas de flux saisonniers importants dans des zones touristiques, sont récurrentes depuis plusieurs années dans certains établissements.

Le chantier de la réforme du droit des autorisations d'activités de soins qui s'ouvre permettra de repenser l'organisation territoriale de la médecine d'urgence. Les textes réglementaires de 2006 pourront ainsi être analysés à la lumière de l'expérience de leur mise en œuvre en région et du contexte actuel. Ce chantier d'envergure se déroulera sur la période 2018-2019 et devrait aboutir à la publication de nouveaux textes pour application en 2020.

Dans l'attente de la conclusion de ce chantier et dans l'objectif de garantir l'accès de tous à des soins urgents dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité possibles, il est proposé aux acteurs de terrain (agences régionales de santé, établissements de santé, professionnels de santé) une méthode d'analyse et des solutions permettant d'anticiper les situations de rupture pouvant affecter l'offre de soins telle que planifiée dans le projet régional de santé et de sécuriser le fonctionnement des structures de médecine d'urgence.

Ce document, qui est également un échange de bonnes pratiques existantes, est issu de la concertation menée au 1<sup>er</sup> trimestre 2018 avec les acteurs de la médecine d'urgence : représentants des professionnels, fédérations et conférences hospitalières, ARS.

#### I. – ANTICIPATION

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

##### A. – IDENTIFICATION DES STRUCTURES DE MÉDECINE D'URGENCE FRAGILES

Si tous les établissements de santé peuvent être concernés par une moindre disponibilité de leurs professionnels en période de congés, conjuguée potentiellement à un surcroît d'activité (lié au tourisme estival, épidémie, épisode climatique extrême, etc.), il convient néanmoins d'identifier les plus fragiles, présentant un risque de « rupture ».

À cette fin, les indicateurs suivants pourront être utilisés :

##### 1. Constat sur les années précédentes

Difficultés rencontrées les années précédentes, parmi lesquelles :

- des tableaux de garde incomplets ;
- un recours important à l'intérim ;
- des fermetures intempestives partielles ou totales ;
- activité saisonnière plus intense (ex. festivals ou en zone touristique l'été avec un moindre accès à la médecine de ville en cette période de congés).

##### 2. Constat sur l'année en cours

Difficultés rencontrées au cours de l'année telle que :

- fragilisation de l'équipe médicale ponctuelle (arrêts...) ou pérenne (départs...);
- fragilisation de l'offre de soins libérale;
- des tableaux de présence incomplets pour la période considérée (ex : été 2018);
- un recours croissant à l'intérim avec la présence de nouveaux intérimaires et/ou des difficultés à trouver des intérimaires ;
- un recours fréquent aux dispositifs de gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

### 3. Organisation d'un recueil d'informations

Par le biais de ce recueil, préférentiellement en routine, l'ARS peut organiser la remontée et l'analyse de données organisationnelles et quantitatives (effectifs) sur les structures de son territoire. Ces remontées d'informations peuvent permettre l'identification de services dits « fragiles ». cf. exemple PACA 2017

([https://www.orupaca.fr/wp-content/uploads/2017/06/Panorama\\_2017\\_CTRU\\_WEB.pdf](https://www.orupaca.fr/wp-content/uploads/2017/06/Panorama_2017_CTRU_WEB.pdf)).

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

Cette analyse par les établissements autorisés à la médecine d'urgence contribuera à définir les mesures à mettre en œuvre en fonction du type de tension :

- la tension liée à l'affluence de patients : elle peut être due à un épisode épidémique, ou un phénomène climatique, et peut être amplifiée par des difficultés constatées en médecine de ville (offre territoriale restreinte, périodes de congés, etc.). Elle est consécutive à une augmentation du nombre d'admissions et/ou à une modification des caractéristiques des patients pris en charge (arrivées de patients impliquant une forte charge de travail : patients plus graves, patients âgés...);
- la tension liée à une fragilisation de l'organisation au sein des urgences, qui peut être conjoncturelle ou structurelle (inadéquation de l'offre avec l'activité régulière, congés, difficultés d'accès aux plateaux techniques, difficulté d'accès aux lits d'aval, infrastructure défaillante par exemple du fait d'une panne informatique...). Ces situations peuvent provoquer une augmentation de la charge de travail au sein des urgences à flux de patients inchangé;
- la tension du fait d'une carence de lits d'aval, liée à un déficit de lits dans les structures d'aval des urgences, que ce soit en hospitalisation « conventionnelle » (hospitalisations programmées toutes le même jour, saturant les lits de l'établissement), en soins critiques (réanimation, surveillance continue et soins intensifs), en psychiatrie (chambre d'isolement), en soins de suite et de réadaptation (SSR) etc. Cette analyse de l'aval est à conduire au sein de l'établissement mais aussi du territoire, notamment pour les lits de médecine ou de SSR.

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

## B. – ANALYSE ET CONSOLIDATION DU MAILLAGE TERRITORIAL DE L'ACCÈS AUX SOINS URGENTS

### 1. Analyse

Le maillage territorial doit répondre aux besoins de la population en termes d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes. Dans un contexte de ressources médicales disponibles contraintes, il est nécessaire d'évaluer le rôle que chaque structure de médecine d'urgence assure dans le territoire, pour identifier les éventuels doublons, les implantations à redéfinir ou à maintenir, en particulier le SMUR, et les renforcer le cas échéant. L'analyse de l'ARS pourra s'appuyer à cet effet sur le diagnostic DREES 2016 sur l'accès aux soins urgents en moins de 30 min mis à disposition auprès des ARS par la DREES.

### 2. Consolidation du maillage

Ce travail d'analyse préparatoire permettra notamment :

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

Ce travail d'anticipation des difficultés pourra être conduit par territoire, au regard de l'offre des groupements hospitaliers du territoire (GHT) et de l'hospitalisation privée, en lien avec le comité technique régional des urgences (CTRU).

## II. – MOBILISATION DES DIFFÉRENTS ACTEURS

Il est important de rappeler que l'établissement titulaire de l'autorisation est responsable de la continuité des soins au sein de la structure des urgences. À ce titre, il est indispensable que tous les acteurs de l'établissement soient investis dans la démarche d'anticipation de ces difficultés, de diagnostic et de déploiement des solutions adaptées. Les établissements sont fortement encouragés à faire une remontée régulière de ces difficultés, pour permettre à l'ARS de réaliser un suivi et les actions nécessaires.

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

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

Il est recommandé de mener un point de situation ES-ARS en amont de chaque période de tension (période estivale, fêtes de fin d'année, etc.), afin d'anticiper les outils à mobiliser.

### A. – L'ADAPTATION PAR L'ÉTABLISSEMENT DE SON ORGANISATION INTERNE

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

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

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

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

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

#### 2. Appui dans le cadre des GHT

L'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé consacre les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Le décret d'application n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire impose un projet médical partagé définissant la stratégie médicale du GHT et pose dans l'article R. 6132-3 les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes. L'équipe médicale de territoire permet de répartir la charge entre des sites dont l'activité est d'intensité différente. Des solutions d'entraide peuvent ainsi exister au sein des GHT dont les conventions constitutives ont été arrêtées au 1<sup>er</sup> juillet 2016 par les directeurs généraux d'ARS.

Dans son rapport sur la territorialisation des activités d'urgences remis en juillet 2015, le Dr Jean-Yves Grall a proposé des pistes relatives à la mise en place des équipes médicales communes d'urgentistes<sup>1</sup>. D'autres solutions pourront être étudiées afin de renforcer l'équipe médicale d'un SU fragile dans la durée (ex: temps partagés de PH et/ou d'internes, notamment entre CHU et CH).

---

<sup>1</sup> « Dans chaque territoire, au sein de chaque GHT, sur la base des structures d'urgence des établissements membres des GHT, il convient de créer une équipe de territoire unique de médecins urgentistes [...]. Une évaluation du temps nécessaire, décompté en heures, pour assurer les missions requises sur l'ensemble du périmètre intéressé est réalisée. Ce temps requis est réparti sur tous les médecins de l'équipe pour l'ensemble des missions : régulation médicale, services d'urgence, sorties SMUR, UHTCD, voire surveillance continue. La mise en œuvre repose sur le référentiel de décompte horaire du temps de travail sur la base de 39 heures de temps clinique posté. Ainsi la répartition des effectifs sur les missions se fera-t-elle sur le temps effectif nécessaire et non la notion de "lignes de garde" ».

### 3. Organisation de lignes de garde communes SU-SMUR

L'article D.6124-11 du code de la santé publique<sup>2</sup>, tel que créé par le décret n° 2006-577 du 22 mai 2006, prévoit les modalités de prise en charge des patients aux urgences en cas de « permanence médicale ou non médicale commune » entre le SU et le SMUR. Si les mutualisations des lignes de garde SU-SMUR sont aujourd'hui possibles de manière générale pour permettre la présence simultanée de plusieurs lignes de garde urgentistes, l'article précise en particulier les modalités d'organisation lorsqu'un SU-SMUR fonctionne avec une seule ligne de garde urgentiste : lorsque l'urgentiste est en intervention SMUR, « la permanence de la structure des urgences est assurée par un médecin et un infirmier de l'établissement ».

En concertation avec les représentants urgentistes, des établissements, des conférences et des ARS, un travail a été conduit pour clarifier la mise en œuvre de cet article et le sécuriser. Le projet de modification de cet article<sup>3</sup> affirme la nécessité, lorsque l'urgentiste est sorti, qu'il y ait toujours au moins un infirmier du service des urgences dans celui-ci. À compter de sa publication, il ouvrira en outre la possibilité, en fonction de l'activité du SU-SMUR, lorsque celle-ci est suffisamment faible, de déclencher une astreinte médicale plutôt que de recourir à un médecin de garde dans l'établissement lorsque l'urgentiste est en intervention.

L'appréciation de la possibilité de mise en place de cette solution dans les établissements à faible activité devra être conduite en lien avec les acteurs concernés, notamment le CTRU, en s'appuyant sur le nombre de passages aux urgences mais également sur le nombre et la durée médiane des sorties SMUR. Cette analyse pourra se faire par tranches horaires afin de cibler la période de plus faible activité (*cf.* nuit profonde) pendant laquelle l'activité de la structure des urgences en l'absence du médecin urgentiste sorti en SMUR est assurée par rappel d'astreinte d'un médecin de l'établissement. Le délai d'intervention du médecin d'astreinte est compatible avec l'impératif de sécurité. L'infirmier de la structure des urgences, lors de la sortie du SMUR et jusqu'à l'arrivée du médecin d'astreinte, exerce sous prescription médicale ou en application des protocoles existants à droit constant, pouvant être des protocoles de services ou mentionnés aux articles R.4311-7, R.4311-8 ou R.4311-14 du CSP.

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

Le mécanisme de recours à l'astreinte doit être perçu comme un dispositif exceptionnel, mobilisé en raison de la faible activité des structures de médecine d'urgence SU-SMUR et de difficultés de démographie médicale urgentiste, le principe restant celui du recours à un médecin de garde de l'établissement lorsque l'urgentiste est sorti en intervention.

Ce mécanisme peut aussi permettre, dans les conditions précisées ci-dessus, de repositionner la ressource médicale urgentiste sur une période de la journée à plus forte activité par exemple. Ainsi, il sera possible de maintenir sur la période de faible activité, en particulier en nuit profonde, l'activité du SU et du SMUR.

La mise en œuvre de ces nouvelles dispositions fera l'objet d'un bilan dans le cadre du chantier global de revue du droit de l'autorisation de l'activité de médecine d'urgence (voir ci-dessous, III).

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

### 4. Information sur l'organisation retenue

De manière générale, pour prévenir les tensions d'activité dans les structures de médecine d'urgence durant les périodes traditionnellement difficiles comme l'été ou l'hiver, il pourra être recommandé de sensibiliser la population sur l'importance d'appeler son médecin traitant et le SAMU-centre 15 avant de se déplacer (*ex* : affichage dans les services d'urgence, etc.).

<sup>2</sup> Art. D.6124-11 du CSP : « Lorsque la structure des urgences et la structure mobile d'urgence et de réanimation organisent une permanence médicale ou non médicale commune, notamment en application de l'article R.6123-9, les modalités de prise en charge des patients se présentant à la structure des urgences sont prévues par l'établissement autorisé et permettent une intervention sans délai de la structure mobile d'urgence et de réanimation. »

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

<sup>3</sup> Projet de décret présenté au CNOSS le 20 avril 2018 et en cours de finalisation.

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

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

Le plan d'action Hôpital en tension définit la politique en situation de tension et est formalisé dans un document spécifique qui complète le règlement intérieur des admissions et des consultations non programmées. Il bénéficie d'une validation institutionnelle (CME, etc.).

À l'approche de la saison estivale, il peut être intéressant de rappeler l'intérêt de ce suivi, à la fois pour détecter en amont les difficultés et pour définir un plan d'actions en cas de situation de « tension » avérée. De même, il pourra être rappelée l'importance de la mise en œuvre précoce de tels outils de gestion de crise par les directeurs d'établissement (HET, voire plan blanc).

Ce dispositif repose notamment sur une cellule de veille de l'activité, provoquant, si besoin, la réunion d'une cellule de crise restreinte dans l'établissement chargée de suivre la situation et de décider le cas échéant des mesures à prendre comme :

- l'ajout de lits supplémentaires ;
- le pilotage de la déprogrammation selon des critères qualitatifs et quantitatifs établis ;
- la gestion des moyens matériels et humains supplémentaires rappelés progressivement et adaptés à la situation ;
- l'information sur la situation auprès des partenaires (SAMU Centre 15, médecins libéraux, pompiers, ARS, etc.).

Outre la mise en place d'une veille quotidienne de l'activité des établissements, est également encouragée la mise en œuvre de démarches d'audit systématique de l'organisation HET des établissements (exemple : région Grand Est ou PACA, <https://www.orupaca.fr/hopital-tension-audits>).

## **B. – DES POSSIBILITÉS D'APPUI EN MOYENS COMPLÉMENTAIRES OU EXCEPTIONNELS**

### **1. Création d'un pool régional d'urgentistes**

Certaines régions ont pu mettre en place un pool régional d'urgentistes lors d'étés précédents. Lorsqu'elle existe, cette organisation repose sur le volontariat de médecins urgentistes se déclarant auprès de l'ARS comme disponibles en cas de défaillance d'une structure des urgences sur un territoire. Ce volontariat, bien que ne pouvant être une réponse pour toutes les situations, permet de déployer une équipe territoriale sur un établissement en difficulté (cf. exemple Grand-Est).

### **2. Appui de la réserve sanitaire**

La réserve sanitaire ne peut être mobilisée que dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle avérée. Ce recours ne peut donc être envisagé que de manière très ponctuelle si la demande d'offre de soins du territoire concerné est supérieure à la normale et que toutes les dispositions de mobilisation de l'offre de soins du territoire en question (hôpital en tension, plan blanc) sont insuffisantes. Dans ce cadre, chaque demande de renfort par la réserve sanitaire fera l'objet d'une première analyse au cas par cas par l'agence régionale de santé pour démontrer le caractère exceptionnel de la situation qui fera état d'une éventuelle demande à la DGS *via* la boîte alerte@sante.gouv.fr. Dans tous les cas, il est à noter que seuls des professionnels de santé retraités appartenant à la réserve pourraient être mobilisés dans ce cadre et par ailleurs, que les ressources et les compétences disponibles au sein de la réserve sanitaire, en particulier durant les périodes de congés, peuvent ne pas être en adéquation avec les besoins exprimés.

## **C. – FORMALISATION SOUS FORME DE PLAN DE CONTINUITÉ D'ACTIVITÉ**

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

Pour mémoire, un plan de continuité d'activité (PCA) a pour objet de garantir à une organisation la reprise et la continuité de ses activités à la suite d'une tension ou d'un événement perturbant son fonctionnement normal. « Il doit permettre à l'organisation de répondre à ses obligations externes

(législatives ou réglementaires, contractuelles) ou internes (risque de perte de marché, survie de l'entreprise, image...) et de tenir ses objectifs.» (<http://www.sgdsn.gouv.fr/uploads/2016/10/guide-pca-sgdsn-110613-normal.pdf>).

### **Bilan: le rôle d'impulsion, de coordination et de contrôle de l'ARS**

L'ARS a ainsi un rôle d'impulsion de la démarche d'anticipation, d'accompagnement des établissements et de coordination. Son accompagnement contribue à prévenir les situations de tensions, en les anticipant et en étant destinataire des mesures de renfort prévues par les établissements.

L'ARS inscrit dans le cadre d'une réflexion régionale la problématique particulière de chaque établissement en difficulté, en tenant compte de l'offre de soins de ville à travers le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports-sanitaires (CODAMUPS – TS).

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

Il est rappelé que, dans son II, l'article L.6122-13 du CSP prévoit qu'« en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou du personnel ou lorsqu'il n'a pas été satisfait, dans le délai fixé, à l'injonction prévue au I [suite à un manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins assurée par le personnel médical imputable à la personne titulaire de l'autorisation], le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'autorisation de l'activité de soins concernée ou l'interruption immédiate du fonctionnement des moyens techniques de toute nature nécessaires à la dispensation des soins. ». Cette suspension d'autorisation devrait être réfléchie, notamment en lien avec le SAMU, pour une période définie de date à date et s'accompagner d'une information préalable de la population, des professionnels de santé (SAMU, médecins libéraux...) et des services de secours.

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

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

Afin de sécuriser la prise en charge des patients, en particulier ceux faisant l'objet d'un transport sanitaire urgent, les modalités de prise en charge par un autre établissement autorisé à exercer l'activité de SU doivent être organisées dans le cadre du réseau prévu à l'article R.6123-26, en lien avec le Samu-Centre 15.

Un bilan régional des organisations retenues et de leur utilisation sera conduit en lien avec le CTRU afin d'évaluer leur efficacité. Une information nationale sur ces dispositifs sera également adressée.

### **III. – PERSPECTIVES À PLUS LONG TERME**

Organisé dans le cadre du chantier de la réforme du régime des autorisations d'activités de soins, le groupe de travail sur la médecine d'urgence débutera ses travaux prochainement. L'objectif de ce chantier est d'apporter les évolutions nécessaires au cadre réglementaire qui régit aujourd'hui l'organisation de l'aide médicale urgente. Il s'agit de moderniser les régimes d'autorisation en prenant mieux en compte l'articulation avec la médecine de ville et l'accès aux soins non programmés, la gradation des plateaux techniques, la qualité et la sécurité de la prise en charge, l'innovation, tout en garantissant l'adéquation de l'offre aux besoins de santé de la population et la pérennisation de la ressource médicale urgentiste.

La bonne répartition des moyens et la lisibilité de l'organisation territoriale pour la population sont absolument essentielles pour éviter les pertes de chance dans le domaine de la médecine d'urgence. Les organisations mises en place devront préparer l'avenir en préservant l'attractivité des établissements tout comme celle de l'activité auprès des professionnels de l'urgence. Ce chantier doit pouvoir permettre une révision des PRS à l'horizon 2020.



Dans le même temps une réflexion pourra être menée sur les freins et leviers de mise en place d'équipes territoriales d'urgentistes, une modalité d'exercice plébiscitée par tous mais qui peine encore à s'ancrer dans les territoires.