

ANTICIPATION, PREPARATION ET REPONSES AUX SITUATIONS DE TENSION DANS LES STRUCTURES DE MEDECINE D'URGENCE

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

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

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

1. 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.

Identification des structures de médecine d'urgence fragiles

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

¹ Rappelé en PJ



1. Constat sur les années précédentes, difficultés rencontrées les années précédentes, parmi lesquelles :

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

2. Constat sur l'année en cours, difficultés rencontrées au cours de l'année telle que :

- Fragilisation de l'équipe médicale ponctuelle (arrêts...) ou pérenne (départs...) liée ou non à la fatigue liée à la gestion de la crise sanitaire COVID-19;
- Fragilisation de l'offre de soins libérale ;
- Des tableaux de présence incomplets pour la période considérée ;
- Un recours croissant à l'intérim avec la présence de nouveaux intérimaires et/ou des difficultés à trouver des intérimaires ;
- Un recours fréquent aux dispositifs de gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

3. Organisation d'un recueil d'informations

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

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

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

- **La tension liée à l'affluence de patients** : elle peut être due à un épisode épidémique, ou un phénomène climatique, et peut être amplifiée par des difficultés constatées en médecine de ville (offre territoriale restreinte, périodes de congés, etc.) et par la gestion de la crise sanitaire COVID-19. Elle est consécutive à une augmentation du nombre d'admissions et/ou à une modification des caractéristiques des patients pris en charge (arrivées de patients impliquant une forte charge de travail : patients plus graves, patients âgés...).
- **La tension liée à une fragilisation de l'organisation au sein des urgences**, qui peut être conjoncturelle ou structurelle (inadéquation de l'offre avec l'activité régulière, congés, difficultés d'accès aux plateaux techniques, difficulté d'accès aux lits d'aval, infrastructure défaillante par exemple du fait d'une panne informatique...). Ces situations peuvent provoquer une augmentation de la charge de travail au sein des urgences à flux de patients inchangé.
- **La tension du fait d'une carence réelle ou fonctionnelle de lits d'aval**, liée à un déficit de lits disponibles dans les structures d'aval des urgences, que ce soit en hospitalisation "conventionnelle" (hospitalisations programmées toutes le même jour, saturant les lits de l'établissement), en soins critiques (réanimation, surveillance continue et soins intensifs), en psychiatrie (chambre d'isolement), en SSR, etc. Cette analyse de l'aval est à conduire au sein de l'établissement mais aussi du territoire (particulièrement GHT), notamment pour les lits de médecine ou de SSR.



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

2. Mobilisation des différents acteurs

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

Analyse

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

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. : reconvoction pour des suivis post-urgence : enlever des points de sutures) ;
- **De s'interroger sur les caractéristiques et la pertinence des activités** connexes lorsqu'elles sont placées sous la responsabilité d'urgentistes (USC, unités d'hospitalisation post-urgences, etc.) ;
- **D'évaluer les conséquences sur le fonctionnement des services partenaires**, des institutions et des collectivités territoriales : ARS, SAMU, SDIS, etc., ainsi que la communication vis-à-vis des élus et de la population.

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

Mobilisation des différents acteurs

Il est important de rappeler que l'établissement titulaire de l'autorisation est responsable de la continuité des soins au sein de la structure des urgences. A ce titre, il est indispensable que tous les acteurs de l'établissement soient investis dans la démarche d'anticipation de ces difficultés, de diagnostic et de déploiement des solutions adaptées. Les établissements sont fortement encouragés



à faire une remontée régulière de ces difficultés, pour permettre à l'ARS de réaliser un suivi et les actions nécessaires.

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

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

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

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

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

L'instruction N°DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence permet d'identifier, « dans le respect du maximum de 48 h hebdomadaires en moyenne par quadrimestre, un temps dédié au travail clinique posté de 39 h 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 h 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 h 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 h hebdomadaires en moyenne de travail clinique posté par quadrimestre pour un praticien à temps plein, le IV du référentiel précise les modalités de valorisation du temps de travail additionnel qui serait réalisé par un praticien volontaire.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



droit constant, pouvant être des protocoles de services ou mentionnés aux articles R.4311-7, R.4311-8 ou R.4311-14 du CSP.

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

Le mécanisme de recours à l'astreinte doit être perçu comme un dispositif exceptionnel, mobilisé en raison de la faible activité des structures de médecine d'urgence SU-SMUR et de difficultés de démographie médicale urgentiste, le principe restant celui du recours à un médecin de garde de l'établissement lorsque l'urgentiste est sorti en intervention. Ce mécanisme peut aussi permettre, dans les conditions précisées ci-dessus, de repositionner la ressource médicale urgentiste sur une période de la journée à plus forte activité par exemple. Ainsi, il sera possible de maintenir sur la période de faible activité, en particulier en nuit profonde, l'activité du SU et du SMUR.

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

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

a. Information sur l'organisation retenue

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

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

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

Le plan d'action Hôpital en tension définit la politique en situation de tension et est formalisé dans un document spécifique qui complète le règlement intérieur des admissions et des consultations non programmées. Il bénéficie d'une validation institutionnelle (notamment de la CME). Lorsque la situation nécessite la mise en œuvre de dispositions exceptionnelles, il peut être intéressant de rappeler l'intérêt de ce suivi, à la fois pour détecter en amont les difficultés et pour définir un plan d'actions en cas de situation de « tension » avérée. De même, il pourra être rappelé l'importance de



la mise en œuvre précoce de tels outils de gestion de crise par les directeurs d'établissement (HET, voire plan blanc).

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

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

Outre la mise en place d'une veille quotidienne de l'activité des établissements, est également encouragée la mise en œuvre de démarches d'audit systématique de l'organisation HET des établissements.

B. L'adaptation par l'établissement de son organisation interne :

1. Création d'un pool régional d'urgentistes

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

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

2. Appui de la réserve sanitaire

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

3. Ouverture de lits

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



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

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

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

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

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

Pour mémoire, un plan de continuité d'activité⁴(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. »*

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

Outils de diagnostic « urgences » :

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

Kits pédagogiques⁵: fiches pratiques, retours d'expérience, outils pour mieux organiser l'accueil et l'orientation des patients, l'aval des urgences, les interfaces avec les plateaux médico-techniques, les filières de prise en charge, l'adéquation des ressources à l'activité, le pilotage et le management de l'activité, la gouvernance et les stratégies territoriales. Ces kits seront actualisés, si nécessaire, pour mieux répondre aux besoins exprimés.

⁴ <http://www.sgdsn.gouv.fr/uploads/2016/10/guide-pca-sgdsn-110613-normal.pdf>

⁵ <https://www.anap.fr/ressources/prise-en-charge/organisation-du-sejour-hospitalier/urgences/>



Deux modules de e-learning⁶ pour accompagner pas à pas les équipes hospitalières dans la réalisation de leur autodiagnostic

- Deux séquences e-learning « les fondamentaux des urgences »
- Trois séquences e-learning « parcours guidé pour améliorer l'organisation d'un service d'urgences »

Les appuis terrain⁷, d'une durée d'un an, aux côtés des équipes hospitalières pour les aider à définir et à mettre en œuvre leurs actions d'amélioration de l'organisation interne et territoriale des urgences. Ces appuis seront adaptés, chaque fois que c'est nécessaire, pour prendre en compte les situations locales. L'intervention des experts du réseau de l'ANAP est aussi envisageable lorsque le contexte exige une intervention directe.

BILAN : LE RÔLE D'IMPULSION, DE COORDINATION ET DE CONTRÔLE DE L'ARS

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

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

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

Cette suspension d'autorisation devrait être réfléchie, notamment en lien avec le SAMU, pour une période définie de date à date et s'accompagner d'une information préalable de la population, des

⁶ <https://campus.anap.fr/local/novacatalogue/?id=17>

⁷ <https://www.anap.fr/?id=547>



professionnels de santé (SAMU, médecins libéraux...), des transporteurs sanitaires et des services de secours.

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

En cas de suspension, l'activité peut être relayée par la mise en place de consultations de soins non programmés, dans des locaux distincts, sans requérir une nouvelle autorisation. Cette offre de soins non programmés permet ainsi de maintenir une offre de prise en charge des patients et d'accueillir ceux non informés de l'éventuelle fermeture du service. Afin de sécuriser la prise en charge des patients, en particulier ceux faisant l'objet d'un transport sanitaire urgent, les modalités de prise en charge par un autre établissement autorisé à exercer l'activité de SU doivent être organisées dans le cadre du réseau prévu à l'article R. 6123-26, en lien avec le SAMU-Centre 15.

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

La régulation des renforts en ressources humaines pour les compétences les plus en tension sera effectuée au niveau régional. L'objectif principal de ces dispositions est de permettre l'armement d'un nombre plus important **de lits de soins critiques, qui doivent bénéficier en priorité des renforcements en ressources humaines.** Les plans de montée en charge des capacités de SSR dédiées à la prise en charge de transferts précoces de patients du MCO devront être appréciés au regard de cet objectif.