



GUIDE SUR L'ACCÈS RÉGULÉ AUX URGENCES



Juin 2026

Sommaire

01 –

Le cadre général de l'accès régulé aux urgences

| | |
|---|---|
| Introduction | 4 |
| Liste des acronymes | 6 |
| Le cadre juridique de l'accès régulé aux urgences | 7 |

02 –

Le déclenchement d'une mesure d'accès régulé aux urgences

| | |
|--|----|
| Les prérequis au déclenchement d'une mesure d'accès régulé | 11 |
| L'organisation territoriale de la régulation | 14 |
| La communication autour de la mesure d'accès régulé..... | 15 |

03 –

La mise en œuvre d'une mesure d'accès régulé aux urgences

| | |
|---|----|
| La mise en œuvre du côté du service d'urgence régulé..... | 18 |
| La mise en œuvre du côté du SAMU-SAS | 21 |
| Le cas particulier de la régulation pédiatrique | 23 |

04 –

Le suivi d'une mesure d'accès régulé aux urgences

| | |
|---|----|
| Les indicateurs de suivi de la mesure | 26 |
| Les instances de suivi de la mesure..... | 27 |

01 –

**Le cadre général
de l'accès régulé
aux urgences**

Introduction

L'accès régulé aux urgences est une **nouvelle modalité d'organisation des urgences** qui conduit les patients souhaitant se rendre aux urgences à bénéficier préalablement d'une indication médicale à consulter aux urgences. Le patient peut ainsi être adressé aux urgences par un médecin de ville ou après appel au 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 l'oriente vers un professionnel de santé en ville.

Ce dispositif permet d'orienter le patient vers la bonne filière de soins en lui offrant une réponse adaptée à ses besoins tout en recentrant les urgences sur leur cœur de métier. La régulation médicale de l'accès aux urgences est l'un des deux dispositifs de **refiliation des patients** avec la réorientation à l'entrée des urgences¹ (qui prévoit l'accueil préalable des patients au sein des urgences par l'infirmière ou le médecin d'accueil des urgences).

Si la régulation de l'accès aux urgences est une mesure de bonne utilisation du système de soins, elle permet également d'**éviter des fermetures des urgences** lorsque leurs capacités d'accueil sont dépassées dans les périodes de tensions ou de crise en diminuant la sollicitation des services d'urgence par des patients relevant d'autres types de prise en charge.

D'abord expérimenté par les mesures flash de la mission Braun de l'été 2022², l'accès régulé aux urgences a été **pérennisé** dans le cadre de la réforme des autorisations de médecine d'urgence de 2023³. Désormais, tout service d'urgence peut voir son accès régulé sur autorisation du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) jusqu'à 3 mois (régulation temporaire) ou 3 ans (régulation pérenne)⁴. Quelle que soit la durée du dispositif, la capacité du SAMU-SAS à répondre aux demandes constitue un élément socle conditionnant la bonne mise en œuvre de la régulation de l'accès aux urgences.

Le présent guide vise à accompagner les ARS, les établissements de santé (ES) et l'ensemble des professionnels et usagers impliqués dans la mise en place d'un accès régulé à un service d'urgence. Il formule des **recommandations et des prérequis indispensables** pour son déclenchement et sa mise œuvre. Il est illustré par des **exemples de pratiques** observées sur le terrain. Ces exemples n'ont qu'une valeur illustrative et non prescriptive.

Le guide précise en particulier :

- Le cadre juridique de l'accès régulé aux urgences ;
- Les modalités de déclenchement d'une mesure d'accès régulé ;
- Les bonnes pratiques de mise en œuvre d'une mesure d'accès régulé ;
- Les indicateurs de suivi d'une mesure d'accès régulé.

L'objectif est un **recours plus systématique à ce dispositif** d'accès régulé aux urgences, en anticipation des périodes de tensions mais surtout de façon plus pérenne et structurée.

¹ [Guide DGOS sur la réorientation à l'entrée des urgences, juillet 2024](#)

² [Mission flash sur les urgences et soins non programmés, juin 2022](#)

³ [Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence](#)

⁴ Renouvelable une fois (régulation temporaire) ou par la prise d'un nouvel arrêté (régulation pérenne).

Méthode de rédaction du guide

En se fondant sur le guide⁵ « régulation préalable à l'accès aux urgences » produit par la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et SAMU-Urgence de France (SUdF) et sur les observations et retours d'expérience collectés par l'Agence nationale d'appui à la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a co-rédigé ce guide avec l'ANAP.

Des concertations ont ensuite été conduites avec les représentants des ARS, des sociétés savantes (SFMU et groupement francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques [GFRUP]), des organisations professionnelles des urgences (SUdF), des fédérations hospitalières (Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne [FEHAP], Fédération hospitalière de France [FHF], Fédération de l'hospitalisation privée [FHP]), des usagers (France Assos Santé), des médecins libéraux du SAMU-SAS (Association nationale pour l'organisation de la permanence des soins ambulatoires et des services d'accès aux soins [ANOPS]), des assistants de régulation médicale (Association française des assistants de régulation médicale AFARM)) qui ont abouti à la rédaction du présent guide.

Les retours d'expérience présentés dans ce guide sont ceux des établissements suivants (*visites réalisées par l'ANAP en avril 2026*) :

| Département | Site | Nature de la régulation du SU |
|-----------------------|--------------------------------------|--|
| Loire-Atlantique (44) | CHU de Nantes | Régulation de 20h à 8h par le SAMU – SAS 44 |
| | CH de St Nazaire | |
| | Hôpital Privé du Confluent | |
| Tarn-et-Garonne (82) | CH de Montauban | Régulation 24h/24h par le SAMU – SAS 82 |
| | CH de Moissac | Régulation entre 8h et 20h par le SAMU – SAS 82 Antenne de Médecine d'urgence - Fermeture entre 20h et 8h |
| Lot-et-Garonne (47) | CH Agen Nérac | Régulation de 18h à 8h par le SAMU – SAS 47 |
| | CHIC Marmande-Tonneins | |
| | CH Villeneuve sur Lot | |
| | Clinique Esquirol Saint-Hilaire Agen | |

⁵ [Préconisations SFMU, SUdF, GFRUP, CMG régulation préalable à l'accès aux urgences](#)

Liste des acronymes

| | |
|-----------|---|
| AFGSU | Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence |
| ANAP | Agence nationale d'appui à la performance |
| ARM | Assistant de régulation médicale |
| ARS | Agence régionale de santé |
| CCAR-U | Comité consultatif d'allocation des ressources – urgences |
| CODAMUPS- | Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la |
| TS | permanence des soins et des transports sanitaires |
| CPTS | Communautés professionnelles territoriales de santé |
| CSP | Code de la santé publique |
| DRM | Dossier de régulation médicale |
| ES | Établissement de santé |
| IOA | Infirmier organisateur de l'accueil |
| MAO | Médecin d'accueil et d'orientation |
| MRL | Médecin régulateur libéral |
| MRU | Médecin régulateur urgentiste |
| MU | Médecine d'urgence |
| OSNP | Opérateur de soins non programmés |
| PDSA | Permanence des soins ambulatoires |
| PS | Professionnel de santé |
| SAMU | Service d'aide médicale urgente |
| SAS | Service d'accès aux soins |
| SMUR | Structure médicale d'urgence et de réanimation |
| SNP | Soins non programmés |
| SU | Structure des urgences |
| TSU | Transport sanitaire urgent |
| VSAV | Véhicule de secours et d'assistance aux victimes |

Le cadre juridique de l'accès régulé aux urgences

La possibilité de réguler l'accès aux urgences a été pérennisée par la **réforme des autorisations de médecine d'urgence** de fin 2023⁶. Ces dispositions ont ensuite été complétées par **deux arrêtés d'application** dont le premier précise les modalités de la régulation temporaire⁷ et le second celles de la régulation pérenne⁸ des urgences.

1. Le cadre juridique général

Le Code de la santé publique (CSP)⁹ prévoit que :

- Tout établissement disposant d'un **service d'urgence**, que ce soit une **structure des urgences**¹⁰ (ouverte H24) ou d'une **antenne de médecine d'urgence**¹¹ (ouverte au minimum H12), peut être autorisé à réguler l'accès aux urgences ;
- Cette autorisation est donnée par le **directeur général de l'ARS** dont l'arrêté précise l'amplitude horaire et l'organisation de la régulation, ainsi que la période pendant laquelle elle s'applique ;
- La régulation est, de principe, effectuée par le **SAMU-SAS** mais un patient **adressé par un professionnel médical**¹² peut être exonéré de cette régulation ;
- L'organisation mise en œuvre à l'entrée des urgences comporte un **accueil physique** par un professionnel qualifié notamment pour détecter les situations d'urgence vitale ;
- La décision de régulation fait l'objet d'une information de la population incluant une diffusion *a minima* sur le site internet de l'agence régionale de santé.

Ces modalités s'appliquent quel que soit le type de régulation (pérenne ou temporaire).

2. Les différences entre régulation temporaire et régulation pérenne

Il existe deux types de régulation :

- Une **régulation pérenne** qui s'inscrit dans le cadre d'une organisation plus durable ;
- Une **régulation temporaire** qui permet d'anticiper et de faire face à une situation de tensions ou de crise et doit pouvoir être déclenchée rapidement.

La régulation, qu'elle soit pérenne ou temporaire, n'est pas forcément en continu (7j/7, 24h/24).

2.1. La régulation temporaire de l'accès aux urgences

⁶ [Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence - Légifrance](#)

⁷ [Arrêté du 2 juillet 2024 relatif à la régulation temporaire de l'accès aux urgences - Légifrance](#)

⁸ [Arrêté du 18 mars 2025 relatif à la régulation pérenne de l'accès aux urgences - Légifrance](#)

⁹ Articles R.6123-18-2 CSP pour la régulation temporaire et R.6123-18-3 CSP pour la régulation pérenne

¹⁰ Service d'urgence ouvert en continu (24h/24 et 7j/7)

¹¹ Service d'urgence ouvert tous les jours sur une plage horaire d'au moins 12 heures, cf. [Guide sur les antennes de médecine d'urgence, juin 2025](#)

¹² Médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes conformément au CSP

La régulation temporaire est un dispositif plus agile qui a vocation à être utilisé en période de tension ou en préfiguration d'une régulation pérenne et qui ne peut être autorisé que pour **3 mois**. **Cette régulation peut être renouvelée une fois**, après avis de la section urgences du comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR-U).

L'accueil à l'entrée des urgences est réalisé **par un professionnel de santé ou par une personne titulaire de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU)** de niveau 2.

S'il n'existe pas de concertation préalable obligatoire, la régulation doit faire l'objet d'une **information a minima des acteurs suivants** :

- CCAR-U ;
- SAMU-SAS du territoire (*après s'être assuré en amont de sa capacité à absorber la hausse d'activité de régulation*) ;
- Représentants des professionnels de santé de la structure des urgences (SU) ou de l'antenne de médecine d'urgence (MU) concernée ;
- Établissements de santé du territoire ;
- Unions régionales des professionnels de santé (médecins libéraux, voire pharmaciens, sages-femmes, infirmiers...);
- Conseil départemental de l'ordre des médecins.

Cette liste peut être complétée localement, notamment avec le Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS), la commission des usagers ou encore les Conseils de l'Ordre des principaux professionnels de santé concernés (infirmiers, sages-femmes, pharmaciens...).

2.2. La régulation pérenne de l'accès aux urgences

La régulation pérenne est un dispositif qui peut être autorisé jusqu'à **3 ans**. Pour qu'elle continue à l'issue des 3 ans, un nouvel arrêté devra être pris par le directeur général de l'ARS, à l'issue des concertations obligatoires. La mesure de régulation pérenne fait l'objet d'une **évaluation annuelle devant le CCAR-U** transmise à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie¹³.

L'accueil des patients régulés à l'entrée des urgences est réalisé **par un professionnel de santé**.

La régulation pérenne doit faire l'objet d'une **concertation a minima des acteurs suivants** :

- SAMU-SAS du territoire ;
- Représentants des professionnels de santé de la SU ou de l'antenne de MU concernée ;
- Établissements de santé du territoire ;
- Unions régionales des professionnels de santé (médecins libéraux, voire pharmaciens, sages-femmes, infirmiers...);
- Conseil départemental de l'ordre des médecins.

Cette liste peut être complétée localement, notamment avec le CODAMUPS-TS, la commission des usagers ou encore les Conseils de l'Ordre des principaux professionnels de santé concernés (infirmiers, sages-femmes, pharmaciens...).

En résumé, la régulation temporaire est un dispositif plus réactif et plus agile car c'est un dispositif d'anticipation et de gestion des tensions :

¹³ Article D. 1432-28 du CSP

| | Régulation pérenne | Régulation temporaire |
|------------------------------------|---|--|
| Durée | Jusqu'à 3 ans, renouvelable par un nouvel arrêté DG ARS | Jusqu'à 3 mois, renouvelable 1 fois |
| Concertation préalable | Concertation préalable obligatoire | Pas de concertation préalable mais une information large |
| Avis du CCAR-U | Avis du CCAR-U préalable obligatoire | Avis du CCAR-U en cas de renouvellement |
| Évaluation devant le CCAR-U | Évaluation annuelle devant le CCAR-U | Pas d'évaluation obligatoire devant le CCAR-U |
| Accueil physique | Par un professionnel de santé uniquement | Par un professionnel de santé ou un titulaire de l'AFGSU de niveau 2 |

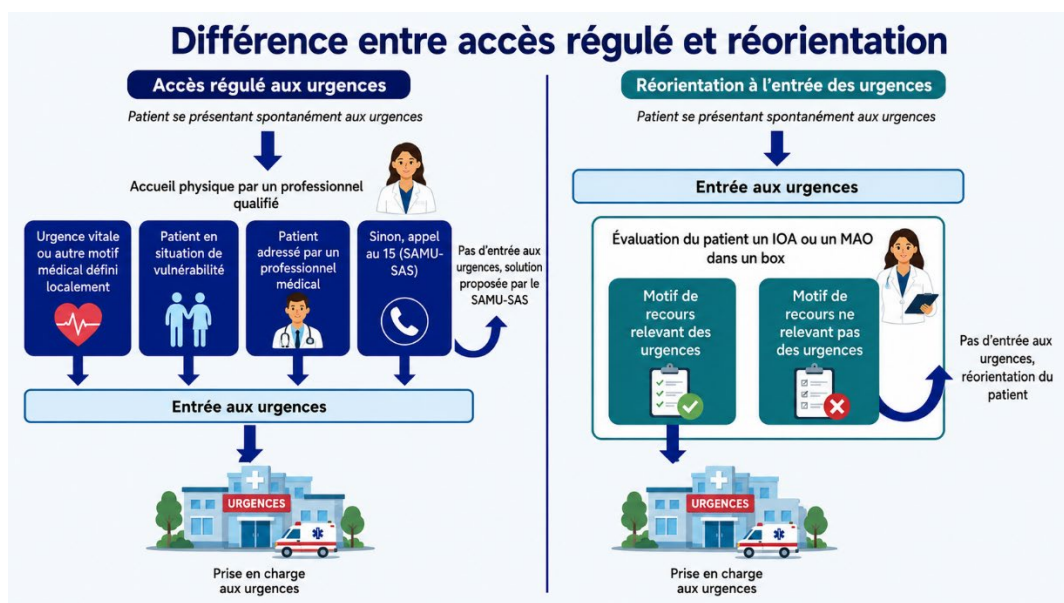
3. Différences d'organisation avec la réorientation depuis l'entrée des urgences

La réorientation depuis l'entrée des urgences poursuit le même objectif que la régulation de l'accès aux urgences, à savoir la **refiliation du patient** ne relevant pas des urgences afin de trouver une réponse plus adaptée à son besoin de soins. Pour rappel, un besoin de soins ressenti comme urgent par le patient peut relever des urgences ou des soins non programmés. Dans ce dernier cas, il ne nécessite pas une prise en charge dans un service d'urgence.

Ce sont toutefois deux dispositifs aux organisations différentes :

- La **réorientation à l'entrée des urgences** (cf. [Guide DGOS, juillet 2024](#)) : le patient, qui se présente physiquement aux urgences, est admis (entrée administrative réalisée), puis son besoin de soins est évalué par l'IOA ou par le MAO. En fonction du motif de recours, du patient et des constantes prises, l'IOA, sur protocole de service, ou le MAO peut décider d'une réorientation. Le patient n'est pas admis aux urgences au-delà de l'accueil mais réorienté vers la ville. La réorientation est tracée dans les résumés de passage aux urgences (RPU) ;
- **L'accès régulé aux urgences** conduit à réguler la demande de soins du patient en amont des urgences par le biais d'un appel au 15 qui déterminera si le patient relève ou non des urgences.

Le schéma ci-dessous résume les modalités de chacun de ces dispositifs :



02 –

**Le déclenchement
d'une mesure
d'accès régulé aux
urgences**

Les prérequis au déclenchement d'une mesure d'accès régulé

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 **prérequis minimaux** sont respectés avant que la mesure puisse être mise en œuvre dans les meilleures conditions. Ces prérequis sont vérifiés par l'ARS, la régulation faisant l'objet d'une décision du directeur général de l'ARS.

1. Le prérequis incontournable : vérifier les capacités du SAMU-SAS sur la période et la plage horaire prévues

1.1. La capacité à absorber la hausse du volume d'appels

La mise en place d'un accès régulé aux urgences entraîne une augmentation significative du nombre d'appels adressés au SAMU-SAS. Il est donc nécessaire de s'assurer, en amont, avec le SAMU-SAS que ce dernier sera capable d'assumer le surcroît d'activité généré, *a fortiori* lorsqu'une régulation territoriale est décidée.

Le SAMU-SAS doit s'assurer de sa capacité d'absorption d'un surcroît d'activité à tous les niveaux : assistants de régulation médicale (ARM), médecin régulateur urgentiste (MRU), médecin régulateur libéral (MRL) et opérateurs de soins non programmés (OSNP)¹⁴. Au besoin, des renforts doivent être prévus pour ne pas dégrader la prise en charge des appels urgents sur le territoire.

1.2. La capacité à proposer des solutions de prise en charge en ville (organisation robuste des soins non programmés¹⁵)

La régulation de l'accès aux urgences sera d'autant plus pertinente et efficace qu'il existe des solutions de prise en charge des soins non programmés en ville pour les appelants. En effet, la mission de la régulation médicale est d'apporter une réponse adaptée au besoin de soins du patient. Elle prend en compte l'offre de soins disponible et ajuste selon les cas l'orientation du patient.

Dans le cadre de la régulation pérenne, la phase de concertation territoriale doit permettre de s'assurer de la robustesse de l'offre de soins non programmés du SAS pour orienter les patients ne relevant pas des urgences. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les structures d'exercice coordonné (maisons et centres de santé) sont des interlocuteurs centraux pour ces discussions.

¹⁴ L'ARM est la personne qui décroche l'appel au 15 et le qualifie pour l'orienter vers la filière urgente ou la filière ambulatoire du SAS, le médecin régulateur urgentiste (filiale urgente) ou libéral (filiale ambulatoire) prend en charge l'appel et l'OSNP prend un rendez-vous en ville lorsque cela est nécessaire.

¹⁵ Sans que cela soit formellement un prérequis, les établissements de santé doivent également travailler sur la formalisation de filières d'admission directe (gériatrie, oncologie, etc.) pour les patients nécessitant une hospitalisation sans urgence vitale immédiate.

Exemple observé sur le terrain

- **L'exemple du territoire de Montauban (accès régulé H24) – Moissac (accès régulé en journée et fermeture la nuit) dans le Tarn-et-Garonne (82)**

Pour assurer la réponse au besoin de soins des patients régulés de ce territoire, les CH de Montauban et Moissac ont réalisé un recensement de l'offre de soins non programmés (cabinet de médecins de ville, maison médicale de garde, centre de soins non programmés, etc.) et ont contractualisé avec ces acteurs. Grâce à cela, les médecins généralistes proposent quotidiennement des créneaux étendus jusqu'à 22h.

2. Objectiver un besoin organisationnel de refiliation pour l'ES

2.1. La réorientation à l'entrée des urgences, un dispositif préalable et complémentaire à la régulation pérenne de l'accès aux urgences

La réorientation à l'entrée des urgences¹⁶ fait partie du fonctionnement normal des urgences et a ainsi vocation à s'appliquer dans l'ensemble des services d'urgence. Une mesure d'accès régulé aux urgences n'est ainsi souvent déclenchée que lorsque la réorientation n'est plus suffisante pour refilieriser les patients ne relevant pas des urgences. Mettre en œuvre une réorientation effective suppose de disposer des outils, des procédures et des professionnels de santé formés pour la mettre en œuvre¹⁷.

Exemple observé sur le terrain

- **L'exemple du territoire de Loire-Atlantique (44) dont tous les services d'urgence sont régulés de nuit (de 20h à 8h)**

L'ensemble des acteurs rencontrés considère les dispositifs de réorientation et de régulation comme complémentaires. Ils considèrent que la mise en place préalable d'une procédure de réorientation par l'IOA, éprouvée par les équipes soignantes, leur a permis de renforcer l'efficacité de l'accès régulé aux urgences.

2.2. Pour la régulation temporaire, une situation de tension particulière doit être constatée ou prévisible, situation qui exige la mise en place de cette refiliation

Ce type de régulation est particulièrement mis en œuvre en amont des périodes de tensions estivales et hivernales aux urgences. La situation de crise et la plage horaire de régulation nécessaire doivent être objectivées pour l'établissement de santé par le biais de données, constatées ou anticipées, comme :

- Le taux de saturation des urgences (nombre de patients présents / capacité d'accueil théorique) ;
- Le ratio patients en attente / capacité d'accueil au sein des urgences puis en unité d'hospitalisation ;

¹⁶ [Guide DGOS sur la réorientation à l'entrée des urgences, juillet 2024](#)

¹⁷ [Livret pratique ANAP réorienter depuis les urgences vers la bonne filière de soin](#)

- Le nombre de lits brancards estimés (LBE) : patients présents à 8h du matin, arrivés dans le service depuis au moins 22h la veille (plus de 10h de présence) et hospitalisés après passage aux urgences (mutation ou transfert) ;
- Le taux de charge des médecins et infirmiers aux urgences ;
- Le taux d'occupation des lits d'aval des urgences.

Ce diagnostic peut être étayé par des éléments de contexte internes ou externes à l'établissement de santé. Éventuellement, l'ARS peut exiger que d'autres mesures aient été mises en œuvre en amont d'une régulation (déclenchement de la cellule de crise, activation du plan de mobilisation interne, sollicitation de renforts de personnels, etc.).

3. La mise en place de l'information ou des concertations territoriales

3.1. Pour la régulation pérenne, la concertation préalable obligatoire des acteurs territoriaux

La régulation pérenne ne peut être déclenchée en l'absence de concertation préalable des acteurs territoriaux¹⁸. Il est également essentiel d'associer les représentants des usagers à ces concertations préalables ainsi que les élus locaux afin de construire avec eux le dispositif et de répondre à leurs interrogations.

3.2. Pour la régulation pérenne, l'avis préalable du CCAR-U obligatoire

Pour rendre leur avis, les CCAR-U doivent disposer d'un dossier reprenant la justification de la demande de régulation, les résultats de la concertation, les attentes de cette régulation sur le fonctionnement des urgences (intégration dans un plan d'action), les conséquences envisagées sur le fonctionnement des SAMU-SAS (avec les mesures prises) et les indicateurs retenus (intégrant la satisfaction usagers). Le porteur de la demande de régulation pérenne doit pouvoir être auditionné par le CCAR-U (chef d'établissement, chef de service...).

3.3. Pour la régulation temporaire, l'information des acteurs territoriaux

La régulation temporaire doit faire l'objet d'une information large des acteurs du territoire¹⁹, le plus en amont possible, y compris les représentants des usagers des établissements concernés.

¹⁸ Selon la liste fixée dans l'[arrêté du 18 mars 2025 relatif à la régulation pérenne de l'accès aux urgences](#) : SAMU-SAS, représentants des professionnels de santé de la SU ou de l'antenne de MU concernée, établissements de santé du territoire, unions régionales des professionnels de santé (médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens...), conseil départemental de l'ordre des médecins.

¹⁹ Selon la liste fixée dans l'[arrêté du 2 juillet 2024 relatif à la régulation temporaire de l'accès aux urgences](#) : 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.

L'organisation territoriale de la régulation

Le déclenchement d'un accès régulé à un service d'urgence a localement des conséquences sur les autres offreurs de soins, y compris sur les autres services d'urgence du territoire. Dès lors, l'organisation territoriale de la régulation doit être **pensée en amont de sa mise en œuvre**. Aucun service d'urgence ne peut s'autodéclarer en accès régulé.

Il existe deux possibilités d'organisation territoriale :

- **La régulation de tous les services d'urgence d'un territoire** : elle améliore la lisibilité du dispositif pour les patients et la cohérence organisationnelle, elle évite les effets de déport des services d'urgence régulés vers ceux non régulés. Toutefois, elle induit une activité élevée pour le SAMU-SAS et les effecteurs de ville et n'est donc pas toujours la solution la plus pertinente à court terme. Sa mise en place dépend des situations de chaque service d'urgence du territoire, du SAMU-SAS et des effecteurs de ville ;
- **La régulation d'un service d'urgence isolé ou d'une partie des services d'urgence d'un territoire** : elle permet de conserver des points d'accès non régulés à la médecine d'urgence sur le territoire et facilite la mise en œuvre du dispositif par le SAMU-SAS. Toutefois, elle peut induire des transferts de patients vers les services non régulés, créer de la tension entre établissements de santé si cela n'a pas été concerté et elle risque de ne pas être lisible pour la population.

Il n'existe pas une seule solution territoriale : le choix d'une régulation territoriale ou ciblée dépend du contexte local. **L'ARS, appuyée par le CCAR-U** dans le cadre d'une demande de régulation pérenne, doit évaluer les options en fonction notamment de la situation de chaque service d'urgence, de la capacité d'absorption d'activité supplémentaire par le SAMU-SAS et par ses effecteurs de ville, des effets de report inter-établissements et de la lisibilité du dispositif pour les patients.

Par ailleurs, il est également nécessaire que **la temporalité de l'accès régulé** (H24, nuit, week-end, en continu, etc.) soit déterminée concomitamment avec le périmètre de la régulation (un seul service d'urgence, plusieurs services d'urgence, tous les services d'urgence d'un territoire) et abordée dans le cadre des concertations territoriales.

Exemples observés sur le terrain

- **L'exemple du territoire de Loire-Atlantique (44) dont tous les services d'urgence sont régulés de nuit (de 20h à 8h)**

En Loire-Atlantique, le choix de déployer la régulation de manière **territoriale et homogène** a été motivé par plusieurs facteurs :

- **Lisibilité pour la population** : l'objectif était de simplifier la compréhension du dispositif pour les patients ;
- **Cohérence organisationnelle entre les acteurs** : en impliquant tous les services d'urgence du territoire, publics comme privés, le dispositif permet d'avoir une stratégie collective cohérente, partagée entre les établissements et le SAMU-SAS ;
- **Optimisation des ressources** : la régulation homogène sur le territoire évite les déséquilibres entre établissements et la surcharge de services non régulés.

La communication autour de la mesure d'accès régulé

1. La communication grand public

La communication grand public autour de la mesure d'accès régulé est fondamentale. Elle doit être **organisée avant le démarrage de la régulation**. Elle doit être répétée ensuite pour s'assurer de la bonne appropriation de la mesure par les patients. Adaptée à la population, elle doit être organisée par l'ARS et les établissements de santé, en lien avec les professionnels de santé et la représentation des usagers.

Les expressions trop techniques comme « régulation temporaire » ou « régulation pérenne » doivent être évitées au profit de **messages compréhensibles** comme « appelez le 15 obligatoirement avant de vous rendre aux urgences ». La communication doit clairement rappeler que le service d'urgence n'est pas fermé aux urgences médicales et mettre en avant que des solutions sont proposées (conseil médical, orientation vers une MMG, prise d'un rendez-vous en médecine générale dans les 48h, etc.) et permettent la bonne orientation du patient selon son besoin de santé. La communication peut également préciser que la régulation de l'accès aux urgences est un dispositif prévu par les textes à l'échelle nationale et qu'elle est organisée en concertation avec les acteurs de santé sur le territoire.

La communication sur le dispositif doit être **travaillée avec les représentants des usagers** pour obtenir des messages clairs et compréhensibles pour tous et identifier les contenus, formats et canaux de diffusion les plus adaptés.

A minima, l'ARS et l'établissement de santé doivent prévoir :

- Une communication sur son **site internet** et si possible dans la **presse locale** ;
- Une **affiche** à l'entrée de l'hôpital et devant la porte des urgences pour expliquer que le service d'urgence est régulé ;
- Un **document explicatif** court à destination des patients après leur régulation par le 15 à la porte des urgences leur expliquant que :
 - Leur état de santé a été évalué par un médecin du 15 et il ne nécessite pas une consultation immédiate au sein du service d'urgence ;
 - Si leurs symptômes s'aggravent, ils doivent rappeler le 15 pour une réévaluation par un médecin de leur état de santé.

Ce document peut inclure des pictogrammes et des traductions dans d'autres langues.

2. La communication vers les acteurs du territoire

En complément des informations et concertations prévues, une **communication vers les professionnels de santé de ville, les services d'incendie et de secours, les entreprises de transport sanitaire et les élus locaux** du territoire permet de leur faire connaître la mesure et, le cas échéant, de l'expliquer au patient. Il s'agit de :

- Exposer le **fonctionnement de l'accès régulé aux urgences** prévu par les textes et son objectif de refamiliarisation des patients ne relevant pas de la médecine d'urgence. Il est utile de rappeler que le service d'urgence reste ouvert et accueille les patients relevant de la médecine d'urgence (patients couchés notamment) ;

- Si la mesure de régulation prévoit que l'orientation du patient par les médecins du territoire leur permet un accès aux urgences sans régulation, cette information doit être précisée, ainsi que les **modalités d'adressage** (lettre ou appel préalable au numéro dédié au sein du service d'urgence le cas échéant).

Exemples observés sur le terrain

➤ **L'exemple du territoire de Loire-Atlantique (44) dont tous les services d'urgence sont régulés de nuit (de 20h à 8h)**

La mise en place de l'accès régulé aux urgences a été accompagnée d'une communication initiale, mais les retours d'expérience soulignent l'importance de la **maintenir dans la durée**.

Il est recommandé d'inscrire la communication dans le temps :

- en amont de la mise en place ;
- lors du déploiement du dispositif ;
- puis de manière régulière, avec un renforcement lors des périodes de tension (épidémies hivernales, période estivale).

L'implication des acteurs territoriaux est un levier clé :

- participation des communes pour relayer les messages auprès de la population ;
- mobilisation des professionnels de santé libéraux pour informer et orienter les patients.

➤ **L'exemple du territoire du Lot-et-Garonne (47) dont tous les services d'urgence sont régulés de nuit (de 18h à 8h)**

La communication a reposé sur une **approche multicanaux**, combinant :

- des réunions d'information et de co-construction auprès des professionnels médicaux et paramédicaux ;
- une communication grand public via la presse locale, les médias, les réseaux sociaux, des affiches et des flyers diffusés dans l'enceinte hospitalière, chez les commerçants et auprès des professionnels de santé de ville.

Il est recommandé d'**anticiper la communication** (plus d'un mois avant la mise en œuvre) afin de permettre une appropriation progressive par la population.

La communication doit reposer sur des **messages simples, clairs et univoques** :

- parler « d'accès aux urgences modifié » plutôt que de « régulation » qui est un terme peu clair pour le grand public ;
- bien préciser les horaires et, dans le cadre d'une régulation temporaire, la période pendant laquelle l'accès régulé sera mis en œuvre ;
- éviter les dispositifs trop complexes ou les messages variables selon les situations qui ne sont pas compréhensibles ;
- se placer du point de vue du patient pour la communication (expliquer le bon circuit pour trouver une réponse à son besoin de soins) ;
- proposer un affichage lisible et un vocabulaire accessible, incluant des pictogrammes (notamment pour les publics non francophones ou en difficulté de lecture).

Une **période d'adaptation d'environ trois mois** est généralement observée avant une appropriation du dispositif par la population (réflexe d'appel au 15).

03 –

**La mise en œuvre
d'une mesure
d'accès régulé
aux urgences**

La mise en œuvre du côté du service d'urgence régulé

1. L'accueil physique du patient aux urgences

Lorsque le patient arrive par ses propres moyens aux urgences, un professionnel de santé ou une personne titulaire de l'AFGSU de niveau 2 (uniquement dans le cadre d'une régulation temporaire) **l'accueille devant les urgences**.

Le professionnel à l'entrée des urgences doit être en mesure de vérifier **trois critères d'entrée directe aux urgences** :

- **Critère 1 : une situation d'urgence vitale manifeste ou tout autre situation définie localement** : le professionnel de santé à l'entrée des urgences doit donc être capable de détecter une situation d'urgence adulte et pédiatrique ;
- **Critère 2 : une situation de vulnérabilité du patient** :
 - Cela concerne *a minima* les patients ci-dessous :
 - Les patients avec altération du discernement, confusion, agitation majeure ou risque psychiatrique aigu ;
 - Les patients dont la situation de handicap rend impossible l'appel autonome au 15 ;
 - Les patients mineurs non accompagnés ;
 - Les nourrissons de moins de 3 mois.
 - Cela peut également concerner les patients suivants :
 - Les patients allophones (qui ne parlent pas français) ;
 - Les femmes victimes de violence ;
 - Les patients en situation de grande précarité sociale.
- **Critère 3 : l'adressage par un professionnel médical**, soit le médecin régulateur du SAMU-SAS (*cf. infra* échange d'informations SAMU-SAS/urgences), soit un professionnel médical en ville (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme) avec une lettre d'adressage.

Si le patient remplit l'un de ces critères, il **entre directement aux urgences** et est pris en charge en conséquence. Ces critères sont des critères minimaux d'entrée directe aux urgences. La liste des patients vulnérables et des motifs médicaux d'entrée directe aux urgences peuvent être **élargis en fonction du contexte local**.

En l'absence de l'un de ces critères, le patient doit appeler le 15 qui déterminera s'il relève des urgences ou non et lui proposera, le cas échéant, une autre solution. L'existence d'une **structure prenant en charge les soins non programmés** à proximité du service d'urgence (maison médicale de garde, structure de soins non programmés, etc.) facilite la mise en œuvre de cette organisation car elle donne au SAMU-SAS une alternative simple aux urgences lorsque le patient a besoin de voir un médecin sans relever des urgences.

Exemples observés sur le terrain

- **L'exemple du territoire du Lot-et-Garonne (47) dont tous les services d'urgence sont régulés de nuit (de 18h à 8h)**

Sont **admis directement aux urgences**, sans régulation préalable, les patients relevant des situations suivantes :

- Patient en urgence vitale ;
- Patient adressé par un médecin (hors téléconsultation) ou professionnel de santé ;
- Patient allophone ;
- Enfant < 1an (orientation directe en pédiatrie possible selon âge ou motif) ;
- Les personnes âgées ou en situation de handicap font l'objet d'une vigilance particulière.

En dehors de ces situations, le patient non adressé par le 15 qui se présente spontanément aux urgences entre 18h et 8h doit **décrocher un téléphone ou un interphone** qui le met directement en relation avec le SAMU.

Au sein de cet établissement, les motifs de recours sont classés en 3 catégories : P0 (urgence vitale), P1 et P2. Si un patient **attend plus de 5 minutes** avant d'être mis en relation avec un médecin régulateur pour un motif classé P1, alors l'ARM prévient l'IOA qui accueille le patient directement aux urgences.

➤ **L'exemple du territoire de Loire-Atlantique (44) dont tous les services d'urgence sont régulés de nuit (de 20h à 8h)**

Sont **admis directement aux urgences**, sans régulation préalable, les patients relevant des situations suivantes :

- Patients adressés par un professionnel médical ;
- Patients accompagnés par les forces de l'ordre ;
- Patients présentant une situation évocatrice d'urgence vitale ;
- Patients considérés comme vulnérables (difficultés de compréhension, mineurs sans accompagnant majeur, sans domicile fixe, sans droit à l'assurance maladie) ;
- Patients relevant d'une prise en charge psychiatrique aigue.

Dans l'ensemble de ces situations, l'IAO est autorisé, une fois le patient évalué, à mettre en œuvre un protocole de réorientation.

2. Le dispositif technique pour permettre aux patients de joindre le 15 à l'entrée des urgences

Les patients ne relevant pas de l'un des critères d'entrée directe listés ci-dessus doivent appeler le SAMU-SAS devant les urgences pour qu'il détermine s'ils relèvent ou non des urgences. Pour cela, un **dispositif technique** est mis en place par le service d'urgence régulé.

Cela peut être **un ou plusieurs téléphone(s)/interphone(s)**, en fonction du flux de patients. Dans la mesure du possible, le téléphone doit être privilégié à l'interphone pour garantir autant que possible la bonne audibilité et la confidentialité de l'appel. Le dispositif d'appel doit être visible et localisé à l'entrée des urgences, dans un lieu abrité et accessible aux personnes à mobilité réduite. Il peut être prévu un dispositif de visiophonie avec le SAMU-SAS.

💡 Exemples observés sur le terrain

➤ **L'exemple du territoire du Lot-et-Garonne (47) dont tous les services d'urgence sont régulés de nuit (de 18h à 8h)**

Sur le site d'Agen, un téléphone mural est à disposition des usagers :

- Un bouton "**CENTRE 15**" permet de contacter directement le SAMU pour régulation médicale de l'accès. La récupération du numéro de téléphone portable de l'utilisateur permet la visio-régulation avec un outil dédié intégré au logiciel métier de régulation du SAMU ;
- Un bouton "**URGENCES**" permet de contacter les urgences pour y entrer après régulation du SAMU-SAS (en donnant le numéro du dossier de régulation médicale).



Un axe d'amélioration identifié est de pouvoir **générer des flux vidéo** à l'aide d'une caméra directement intégrée à l'interphone « Centre 15 » pour améliorer la régulation, notamment la régulation pédiatrique : visualisation des plaies, des lésions traumatologiques, etc.

- **L'exemple du territoire de Loire-Atlantique (44) dont tous les services d'urgence sont régulés de nuit (de 20h à 8h)**

Sur le site du CHU de Nantes, le dispositif d'accès repose sur :

- Un visiophone et un interphone installé à l'entrée des urgences, dans un espace couvert et éclairé, avec une attention portée à l'accessibilité (PMR) et à la lisibilité des consignes, qui **permettent l'ouverture des portes** et un premier contact avec les équipes des urgences, sans lien avec la régulation du SAMU ;
- Un **téléphone fixe mis à disposition**, permettant de **contacter directement le SAMU** pour déclencher une régulation médicale en amont de l'entrée dans le service.



- **L'exemple du territoire de Montauban (accès régulé H24) – Moissac (accès régulé en journée et fermeture la nuit) dans le Tarn-et-Garonne (82)**

Le dispositif d'accès aux urgences s'appuie sur la présence de **deux interphones** à l'entrée :

- Un **interphone vert**, destiné aux patients **déjà régulés en amont**, pour une entrée directe aux urgences ;
- Un **interphone rouge**, destiné aux patients **se présentant spontanément sans régulation préalable**.



La mise en œuvre du côté du SAMU-SAS

1. L'organisation de la prise en charge des appels depuis l'entrée des urgences

Lorsque la régulation est mise en place, l'organisation de la prise en charge des appels passés par le biais du dispositif technique prévu à l'entrée des urgences (*cf. supra*) **nécessite une organisation également définie au sein du SAMU-SAS en lien avec la médecine de ville**. Cette organisation tient compte de la mise en œuvre généralisée ou ciblée de la régulation dans les parcours patient (*cf. supra*) ainsi que de l'afflux d'appel.

Si plusieurs organisations sont possibles au sein du SAMU-SAS, **le maintien du circuit classique** avec un assistant de régulation médicale (ARM) qui répartit les appels suivant le motif d'appel et le degré de gravité entre le médecin régulateur des urgences (MRU) et le médecin régulateur libéral (MRL) semble le plus efficace.

Le SAMU-SAS peut prévoir un **moyen d'identifier l'appel comme provenant de l'entrée des urgences** (par une icône spécifique par exemple) afin de prioriser, si besoin, ces appels et de mieux apprécier l'impact de la régulation sur son niveau d'activité.

Exemples observés sur le terrain

- **L'exemple du territoire du Lot-et-Garonne (47) dont tous les services d'urgence sont régulés de nuit (de 18h à 8h)**

Le SAMU-SAS maintient un **circuit classique de régulation**, avec un **ARM en premier niveau** qui qualifie l'appel et oriente vers :

- Un médecin régulateur urgentiste (MRU) pour les situations relevant de l'urgence ;
- Un médecin régulateur libéral (MRL) pour les autres situations.

L'identification spécifique des appels provenant de l'entrée des urgences permet de **prioriser leur traitement** et d'en assurer un suivi.

2. L'échange d'informations entre SAMU-SAS et service d'urgence

Préalablement à la mise en œuvre d'un accès régulé des urgences, la liste des **informations que le SAMU/SAS doit transmettre au service d'urgence** est définie. Cette liste comporte *a minima* les items suivants :

- **Données administratives :**
 - Données d'identification du patient (nom, prénom) ;
 - Âge du patient ;
 - Motif de recours aux urgences ;
- **Données médicales :**
 - Le niveau de gravité du patient ;
 - Les informations sur la nécessité d'une prise en charge dans un service d'urgence.

Ces informations sont contenues dans le document résumant la prise en charge du SAMU/SAS dans le logiciel de régulation médicale.

Outre le contenu des informations transférées, les **modalités concrètes de transfert de ces données** doivent être expressément prévues :

- Selon le logiciel de régulation médicale utilisé et le logiciel des urgences, il peut être prévu un **envoi de ces informations directement entre ces deux logiciels** ;
- À défaut, le **document généré** par le logiciel de régulation médicale peut être **envoyé par messagerie sécurisée de santé** à l'adresse générique des urgences, voire par fax.

Les modalités d'envoi de ces informations écrites peuvent être complétées, lorsque c'est pertinent, par un **appel** du SAMU/SAS au service d'urgence sur un numéro identifié.

Exemple observé sur le terrain

- **L'exemple du territoire du Lot-et-Garonne (47) dont tous les services d'urgence sont régulés de nuit (de 18h à 8h)**

Chaque service d'urgence dispose d'un espace informatique appelé « hall de gare » sur lequel il peut visualiser le dossier de régulation médicale (DRM) du patient annoncé. Par ailleurs, le DRM est intégré au SI de l'établissement, ce qui facilite les pré-admissions.

Le cas particulier de la régulation pédiatrique

La régulation pédiatrique présente des **spécificités organisationnelles et médicales** qui nécessitent une attention particulière dans le cadre de l'accès régulé aux urgences. Dans les territoires où la régulation est mise en place, il est fortement recommandé de prévoir :

- Un **accompagnement initial par les pédiatres** pour assurer une meilleure connaissance des spécificités pédiatriques à destination des médecins régulateurs (détection des urgences vitales, évaluation des signes de gravité, etc.) ;
- Des **protocoles** précisant les critères d'entrée directe aux urgences pour les enfants (*a minima* les nourrissons de moins de 3 mois mais le critère peut être plus large) ;
- Des **professionnels** à l'entrée des urgences pour accueillir les patients en capacité de détecter des urgences manifestes mais aussi potentielles chez les enfants, en cohérence avec les critères d'entrée directe (en particulier l'âge d'entrée directe des enfants) ;
- Un **outil de visiophonie** à l'entrée des urgences, lorsque cela est possible, pour permettre une évaluation visuelle des lésions ou symptômes, particulièrement utile en pédiatrie où l'examen clinique à distance peut être complexe ;
- Des **solutions d'orientation** des enfants vers les structures adaptées à leur état de santé (services de pédiatrie, urgences pédiatriques, pédiatres en ville, etc.).

Exemple observé sur le terrain

- **L'exemple du territoire de Loire-Atlantique (44) dont tous les services d'urgence sont régulés de nuit (de 20h à 8h)**

En journée, les appels bénéficient de l'expertise d'un **pédiatre régulateur dédié** et la nuit la régulation repose sur des médecins régulateurs non pédiatres (généralistes ou urgentistes).

La check-list²⁰ opérationnelle pour la mise en œuvre d'un accès régulé aux urgences

| |
|---|
| Gouvernance et cadrage territorial |
| <input type="checkbox"/> Définir le périmètre de la régulation (site isolé vs territorial, horaires, modalités) et anticiper les éventuels effets de report inter-établissements <input type="checkbox"/> Régulation pérenne : réaliser les concertations territoriales obligatoires <input type="checkbox"/> Régulation temporaire : informer les acteurs territoriaux le plus en amont possible <input type="checkbox"/> Formaliser un pilotage dédié (COPIL, référents identifiés SU / SAMU-SAS / ARS / représentants de la médecine de ville, a minima CPTS) <input type="checkbox"/> Définir les modalités de suivi et d'évaluation (indicateurs + instances) <input type="checkbox"/> Ajuster le dispositif en continu (organisation, ressources, communication) |
| Capacité du SAMU – SAS et offre de soins non programmés |
| <input type="checkbox"/> Évaluer la capacité d'absorption du SAMU-SAS , si besoin en adapter les effectifs (ARM, MRU, MRL, OSNP) <input type="checkbox"/> Cartographier et vérifier la robustesse de l'offre de SNP pour prendre en charge les patients régulés (MMG, MSP, CDS, CPTS, etc.) <input type="checkbox"/> Prévoir des modalités de régulation dégradée ou ponctuelle (ex : tension, carence) |
| Organisation au sein du service d'urgence |
| <input type="checkbox"/> Avoir mis en place une procédure de réorientation <input type="checkbox"/> Définir le modèle de filtrage (généralisé vs ciblé) et formaliser les critères d'entrée directe (urgence vitale, vulnérabilité, adressage) ou les critères de régulation <input type="checkbox"/> Définir le rôle du personnel en première ligne (détecter la vulnérabilité ou l'urgence vitale, vérifier l'adressage du patient, etc.) <input type="checkbox"/> Anticiper la gestion des situations spécifiques : pédiatrie, psychiatrie, publics vulnérables / non francophones |
| Dispositifs techniques |
| <input type="checkbox"/> Prévoir des solutions techniques adaptées (téléphone, interphone, visio) <input type="checkbox"/> Garantir des conditions d'usage satisfaisantes : abri / éclairage, confidentialité, qualité audio, accessibilité aux PMR <input type="checkbox"/> Assurer une bonne lisibilité des consignes (signalétique, pictogrammes) <input type="checkbox"/> Permettre l' identification des appels devant les urgences côté SAMU <input type="checkbox"/> Vérifier l' interopérabilité des SI (transmission DRM, pré-admission) |
| Organisation des flux et des parcours patients |
| <input type="checkbox"/> Définir le circuit patient complet (avant / pendant / après régulation) <input type="checkbox"/> Formaliser les modalités d'adressage du SAMU vers les urgences <input type="checkbox"/> Organiser la gestion des délais d'attente à l'entrée des urgences <input type="checkbox"/> Prévoir les modalités de bascule en cas de saturation <input type="checkbox"/> Anticiper les transferts et répartitions inter-établissements |
| Communication et accompagnement au changement |
| <input type="checkbox"/> Construire un plan de communication structuré dans le temps (amont, pendant et suivi) avec des messages simples et lisibles à destination de la population <input type="checkbox"/> Mobiliser les acteurs territoriaux (élus locaux/communes, professionnels libéraux) et déployer une communication multicanale (affichage, presse, réseaux, site web) <input type="checkbox"/> Prévoir une communication spécifique à destination des professionnels <input type="checkbox"/> Anticiper une phase transitoire d'appropriation de la nouvelle organisation (~3 mois) |

²⁰ Liste de vérification

04 –

**Le suivi d'une
mesure d'accès
régulé aux
urgences**

Les indicateurs de suivi de la mesure

La régulation doit faire l'objet d'un suivi quantitatif afin de mesurer ses effets concrets. Le guide propose une liste d'indicateurs, **à affiner et à prioriser** en fonction des spécificités locales et des données à disposition sur le territoire. Si certains indicateurs ne sont pas disponibles, il est utile de se concentrer sur un socle d'indicateurs robustes et enrichir progressivement le suivi.

- **Régulation médicale :**
 - Nombre d'appels au SAMU-SAS (évolution avant-après) ;
 - Nombre de dossiers de régulation médicale issus d'appels à la porte des urgences (DRM porte), taux d'orientation vers la ville et taux d'entrée aux urgences ;
 - Taux de réponse par les assistants de régulation médicale (ARM) à un appel au 15 en moins de 30 secondes (QS30) et de 60 secondes (QS60) (évolution avant-après) ;
 - Nombre de DRM dans les filières urgente et ambulatoire (évolution avant-après) ;
 - Taux de charge des ARM et des médecins régulateurs urgentistes et libéraux (évolution avant-après) ;
 - Nombre de patients initialement non admis rappelant le SAMU-SAS sous 24/48h ;
 - Nombre de patients initialement non admis faisant l'objet d'un transport SMUR, VSAV ou TSU sous 24/48h ;
 - Nombre de patients initialement non admis mais revenant aux urgences sous 24/48h ;
 - Caractéristiques des patients non admis aux urgences par le SAMU-SAS (âge, motifs de recours, etc.) ;
 - Taux d'orientation vers les urgences, taux d'orientation vers la ville et taux de conseil médical (évolution avant-après) ;
 - Devenir des patients régulés à J+7 (échantillonnage via appels ou campagne SMS).

- **Orientation vers la ville :**
 - Nombre de créneaux de soins non programmés (SNP) mis à disposition (évolution avant-après) ;
 - Nombre de créneaux SNP utilisés (évolution avant-après) ;
 - Taux de non-présentation des patients (évolution avant-après).

- **Service d'urgence :**
 - Nombre d'entrées aux urgences et dans les autres services d'urgence du territoire pour mesurer les effets de déport + par créneaux horaires (évolution avant-après) ;
 - Nombre d'entrée aux urgences par structure d'âge, pour mesurer les évolutions d'accès des enfants et des nourrissons ;
 - Nombre de réorientations aux urgences (évolution avant-après) – mesure par le code réo ;
 - Durée médiane de passage (évolution avant-après) ;
 - Passages relevant potentiellement de la ville (évolution avant-après) ;
 - Pourcentage d'hospitalisation après passage aux urgences ;
 - Nombre d'événements indésirables graves relatifs à l'accès régulé aux urgences.

Ce suivi quantitatif est complété par un suivi qualitatif sur le respect du protocole « prise en charge des **patients arrivant aux urgences spontanément** ».

Les instances de suivi de la mesure

La mesure de régulation de l'accès aux urgences doit faire l'objet d'un suivi à différents niveaux :

- **Au niveau de l'établissement de santé** : présentation du suivi de la mesure dans le cadre des instances de l'ES et en particulier à la commission des usagers.
- **Au niveau territorial** : le suivi de la mesure de régulation doit associer *a minima* le SAMU-SAS (filiales urgente et ambulatoire), les établissements de santé du territoire (y compris ceux dont le service d'urgence n'est pas régulé), les CPTS et les élus locaux.
- **Au niveau régional** : l'objectif est de vérifier que la régulation améliore l'organisation de l'accès aux soins urgents sans créer de perte de chance, d'inégalités d'accès ou d'effets de déport sur les autres structures du territoire :
 - **Régulation pérenne** : toute mesure de régulation pérenne doit faire l'objet d'une évaluation annuelle en CCAR-U. Cette évaluation doit reposer sur un tableau de bord partagé combinant des indicateurs relatifs à l'activité des urgences et du SAMU-SAS, à l'impact territorial de la mesure, à l'effectivité des alternatives aux urgences et à la qualité des prises en charge ;
 - **Régulation temporaire** : le CCAR-U peut également suivre les mesures de régulation temporaire afin d'avoir un panorama complet de la régulation dans la région.
- **Au niveau national** : les ARS déclarent chaque semaine à la Direction générale de l'offre de soins, la liste des établissements de santé sièges d'un service d'urgence ayant fait l'objet d'une mesure d'accès régulé. Ces données agrégées au niveau national permettent de suivre le déploiement national de la mesure. Par ailleurs, le groupe de travail souligne l'intérêt de futures études et programmes de recherche sur l'organisation de l'accès régulé aux urgences afin d'éclairer la décision publique.



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

*Liberté
Égalité
Fraternité*

contact : DGOS-AS3@sante.gouv.fr