

Charte de bonnes pratiques de la régulation médicale libérale pour les soins non programmés

Préambule

Les soins non programmés (SNP) sont définis comme des soins pour lesquels une prise en charge par un professionnel de santé est souhaitable :

- soit dans les heures qui suivent lorsqu'il s'agit de permanence des soins ambulatoires (PDSA)
- soit en moins de 48 heures¹ concernant le service d'accès aux soins (SAS)

Qu'ils soient réalisés durant les horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA)¹ ou en journée de semaine, ils sont un maillon essentiel de l'organisation des soins notamment parce qu'ils rendent un service médical aux patients et qu'ils permettent également de réduire le nombre de passages évitables aux urgences tout en optimisant les ressources médicales de ville.

Aussi, les partenaires conventionnels ont réaffirmé dans la convention médicale du 22 juin 2024 leur volonté d'améliorer la prise en charge des soins non programmés. Ainsi, ils soutiennent les organisations qui permettent de répondre aux besoins de soins non programmés, particulièrement dans un cadre régulé, lorsque ces organisations sont conformes aux dispositions du code de la santé publique ainsi qu'aux attentes et aux besoins des acteurs du territoire.

Dans ce cadre, pour garantir la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients, les partenaires conventionnels ont souhaité définir une charte de bonnes pratiques de la régulation, en accord avec l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la régulation médicale.

Cette charte s'adresse ainsi à tous les acteurs, professionnels de santé ayant une activité de régulation, intervenant dans le cadre de la PDSA ou de la filière de médecine ambulatoire du service d'accès aux soins (SAS). La régulation médicale est au cœur de l'organisation que les partenaires souhaitent promouvoir en ce qu'elle constitue le moyen permettant d'orienter avec efficience le patient relevant d'un soin non programmé dans les 48h.

Pour qu'elle soit efficace, il est nécessaire que la régulation médicale soit conduite conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui fixent les modalités de prise en charge d'un appel de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale².

L'accès aux soins non programmés repose sur deux volets : un volet régulé par la filière de médecine ambulatoire du SAS et la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et un volet non régulé. La doctrine

¹ Tous les jours de 20 heures à 8 heures ; les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ; en fonction des besoins de la population, évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

² Voir à propos, HAS, « modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale » (mars 2011) et « SAMU : améliorer la qualité et la sécurité des soins » (octobre 2020)

partagée par les acteurs réaffirme que les soins non programmés dits « régulés » font l'objet d'une priorisation claire, illustrée par plusieurs majorations de consultations et actes réalisés par les médecins dans ce cadre. En effet, il est constaté qu'une régulation médicale permet de réduire de 50% le besoin de consultation, en prodiguant des conseils médicaux, notamment thérapeutiques, pouvant par exemple aboutir à une prescription médicamenteuse par voie dématérialisée et sécurisée. L'organisation de l'accès aux SNP repose, en principe, sur le schéma suivant :

- appel au médecin traitant qui doit rester le médecin de référence, ou à un autre médecin de ville s'il n'est pas disponible
- appel au régulateur SAMU-SAS ;
- accès aux médecins effecteurs participant au SAS et à la PDSA que cette charte entend accompagner.

Il sera important de coupler cette organisation à une éducation de la population au bon usage du système de soins et à la régulation médicale pour faire accepter que toutes les demandes de soins ne nécessitent pas une réponse immédiate dans le cadre des soins non programmés (à titre illustratif, la régulation médicale n'a pas vocation à répondre aux demandes de soins programmés).

Rappel du cadre juridique

La pratique de régulation médicale réalisée dans le cadre de la PDSA³ et du SAS⁴ est encadrée par le code de la santé publique.

- **LA PDSA**

La mission de service public de PDSA a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés de la population aux horaires suivants :

- tous les jours de 20h à 8h
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h
- en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante: le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Elle est assurée par les médecins généralistes (médecins généralistes libéraux ou salariés des centres de santé ou médecins des armées, ainsi que par tout autre médecin, notamment retraité, ayant conservé une pratique clinique) sur la base du volontariat. A noter que le principe de responsabilité collective des acteurs de l'hôpital comme de la ville, en matière de permanence des soins a été inscrit dans la loi en 2023⁵. L'accès aux consultations de PDSA fait l'objet d'une régulation médicale préalable.

Les ARS sont chargées, depuis 2010, d'organiser la PDSA en concertation avec les représentants des

³ Articles L. 1435-5, L. 6314-1 et suivants, R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique

⁴ Articles L. 6311-3, D. 6311-33 et suivants du code de la santé publique

⁵ Article L. 1110-4-1 du code de la santé publique



professionnels concernés et l'ordre des médecins. Les principes de cette organisation sont formalisés dans un cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'ARS. La région est divisée en territoires de permanence des soins pour lesquels sont établis des tableaux de garde transmis aux ARS via les conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) après complétude. La PDSA repose sur le volontariat des médecins mais leur participation est un devoir⁶ déontologique dont le conseil de l'ordre des médecins est le garant. En cas d'incomplétude des tableaux de garde, le DG ARS propose au Préfet la réquisition des médecins.

Le médecin régulateur de PDSA doit, si l'état du patient le nécessite, l'orienter vers un médecin inscrit sur le tableau de garde. Il peut également donner des conseils médicaux pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse par téléphone.

- **Le SAS**

Le SAMU-SAS est un service universel et gratuit, point d'entrée unique sur tous les territoires, qui organise deux réponses complémentaires : l'AMU (aide médicale urgente) pour l'urgence vitale et les soins non programmés à prendre en charge sous 48 h. La régulation est commune : urgentistes du SAMU-SAS et régulateurs libéraux coordonnent l'accès au bon soin, au bon endroit et au bon délai. Le médecin régulateur de la filière ambulatoire du SAMU-SAS délivre des conseils médicaux et oriente vers un médecin, un IDE, un pharmacien, des examens, une admission directe en établissement ou, si nécessaire, vers les Urgences.

La régulation médicale de la filière ambulatoire du SAS est à différencier du dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA). Ces deux dispositifs sont complémentaires pour apporter une réponse continue aux besoins de soins non programmés 24H/24H. Le SAS est accessible en dehors des horaires de la PDSA.

⁶ Article R.4127-77 du code de la santé publique « *Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* »

1. Les missions de la régulation médicale

En mars 2011, la HAS a élaboré un guide de recommandation de bonnes pratiques visant à définir les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale.

La présente charte de bonnes pratiques de la régulation médicale pour les soins non programmés s'appuie sur les éléments de recommandation de la HAS.

- **Principes généraux**

La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone (parfois avec l'aide d'un autre dispositif de télécommunication notamment en intégrant l'image au travers de la visiorégulation) par un médecin régulateur, et engage la responsabilité professionnelle du médecin.

Son objectif est d'orienter et d'apporter au patient le juste soin sans lui faire perdre de chance, en déterminant dans les meilleurs délais la réponse adaptée à son besoin de soins.

La régulation médicale ambulatoire assure une écoute et une réponse au sein d'un SAMU-SAS, et peut sous certaines conditions s'exercer à distance depuis le cabinet ou le domicile des médecins.

La formation préalable et continue des médecins assurant une activité de régulation médicale ambulatoire est un prérequis indispensable pour assurer une régulation médicale de qualité. Il est par ailleurs admis par les acteurs que la connaissance des spécificités des territoires contribue également fortement à améliorer cette qualité.

- **Rappel des dispositions juridiques, déontologiques et conventionnelles applicables :**

- Les règles déontologiques

Le médecin régulateur, comme tout médecin inscrit au tableau de l'Ordre des médecins, est tenu de respecter les dispositions du code de déontologie médicale.

- Activité exclusive

L'activité de régulation médicale est, pendant la période où elle est assurée, exclusive de toute autre fonction⁷. Il n'est donc pas possible de réaliser des consultations en cabinet ou une téléconsultation concomitamment à l'activité de régulation médicale.

En revanche, pour le SAS, le conseil départemental de l'Ordre des médecins peut évaluer la possibilité du médecin de se faire remplacer à son cabinet pendant cette activité de régulation, en tenant compte des spécificités et difficultés rencontrées sur leur territoire.

- Responsabilité professionnelle

⁷ Guide HAS sur les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale (mars 2011) précise que "La fonction de médecin régulateur est, pendant la période où elle est assurée, exclusive de toute autre fonction".

Les médecins régulateurs libéraux bénéficient, par la loi, de la couverture assurantielle de l'établissement de santé accueillant le centre de réception et de régulation des appels du SAMU, y compris lorsqu'ils ont signé une convention avec ce dernier pour réaliser leur activité de régulation à distance⁸.

- **Prise en charge des patients aux urgences et dans les maisons médicales de garde**
 - Réorientation du patient depuis les urgences vers une prise en charge ambulatoire

Les « passages aux urgences relevant potentiellement de la ville »⁹ (PRPV) représentent en moyenne 41% des passages aux urgences en 2023. Il est constaté des disparités territoriales. Le taux de PRPV est en moyenne plus élevé aux horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA), heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux (43,5 % versus 38,8 % hors heures de PDSA). Il est constaté une surreprésentation pédiatrique (35 % de moins de 18 ans parmi les PRPV contre 25 % dans l'ensemble des passages).

Pour les patients ne relevant pas d'une prise en charge par les urgences, leur réorientation peut s'effectuer selon l'analyse du besoin de soins vers la médecine de ville (aux horaires de PDSA et en journée) dans un cadre sécurisé par un médecin urgentiste ou un IOA (infirmier d'accueil et d'orientation) sur protocole médical. La procédure doit être validée par les représentants des deux filières de régulation. Elle permet de replacer le patient dans la bonne filière de soins et de recentrer les urgences sur leur cœur de métier.

Pour les patients dont le besoin de soins peut être différé, l'établissement de santé prévoit une réorientation du patient vers son médecin traitant ou le SAS.

Le guide DGOS de juillet 2024 sur la réorientation à l'entrée des urgences détaille les bonnes pratiques à suivre pour réaliser une réorientation. Il détaille notamment les modalités d'information du patient.

- Modalités d'accès des patients dans les points fixes de PDSA telles que les maisons médicales de garde (MMG)

Les MMG sont des lieux fixes de consultation de PDSA dont la liste est inscrite dans les cahiers des charges de PDSA. Il convient de réserver leur accès à la prise en charge des soins non programmés pour les patients ayant fait l'objet d'une régulation médicale préalable.

L'accès direct des patients à la MMG doit donc être dérogatoire afin de ne pas emboliser ces structures dédiées aux prises en charge ne pouvant être différées.

Aussi, que ce soit d'un point de vue organisationnel ou financier, les consultations non régulées ne pourront être ni priorisées ni valorisées au même titre que les consultations régulées ou relevant d'une situation d'urgence.

Pour ces cas exceptionnels d'accès direct, si la demande de soin ne justifie pas d'une prise en charge immédiate, une prise en charge différée du patient en ville doit être privilégiée. Une explication doit pouvoir lui être apportée sur le rôle des lieux de consultation PDSA réservés aux situations médicales nécessitant

⁸ Articles L. 6314-2 et L.6311-4 du code de la santé publique

⁹ Nouvel indicateur pour estimer les « passages aux urgences relevant potentiellement de la ville » (PRPV) élaboré par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) PACA dans le cadre de l'outil national TRU-SNP, développé dans une collaboration étroite entre la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), l'agence régionale de santé (ARS) PACA, l'ORS PACA et le GRADeS PACA



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Caisse nationale

une prise en charge rapide. Une prise en charge hors horaires de PDSA peut être proposée au patient en lien avec son médecin traitant ou le SAS.

2. Les acteurs de la régulation médicale

2.1. Les acteurs de la régulation médicale

1. Le médecin régulateur de la filière ambulatoire du SAMU-SAS ou le médecin régulateur de la PDSA ;
2. Le médecin régulateur urgentiste de la filière AMU du SAMU-SAS ;
3. Le médecin urgentiste ou infirmier d'accueil et d'orientation sur protocole médical¹⁰ ;
4. Les médecins des centres d'appel des associations de PDSA¹¹ ou des plateformes d'appel dédiées du SAMU-SAS¹² dans le cadre d'une convention avec l'établissement siège du SAMU et approuvée par l'ARS.

Si la régulation médicale de la filière ambulatoire du SAS ou de la PDSA est assurée principalement par des médecins libéraux, elle peut aussi être assurée par des médecins retraités actifs, sur attestation du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de leur capacité à participer à la régulation médicale, certains médecins salariés¹³, médecins des armées, remplaçants, ou encore, très prochainement, par les docteurs juniors supervisés.

2.2. Le recrutement et la formation des médecins régulateurs

Les différents acteurs de la régulation médicale se sont accordés pour renforcer l'attractivité de la mission de régulation médicale afin de favoriser la participation du plus grand nombre de médecins au SAMU-SAS et à la PDSA afin de limiter la charge individuelle que représente la continuité des soins sur un territoire.

Bien que 97% du territoire soit couvert en PDSA, seul 40% des médecins assurent des gardes¹⁴.

L'extension du vivier de médecins régulateurs généralistes de la filière ambulatoire du SAMU-SAS et de la PDSA, doit permettre de :

- soulager le pool plutôt réduit de ceux exerçant aujourd'hui cette activité de régulation ;
- introduire une certaine transparence dans leur recrutement ;
- pouvoir augmenter de manière significative l'activité de régulation dans les territoires où cela est nécessaire tout en prenant en compte le fait que cette activité de régulation reste une activité complémentaire de l'activité clinique, garante de la continuité des soins en médecine de ville.

¹⁰ La réorientation depuis les urgences, organisée selon les modalités prévues par le guide DGOS sur la réorientation à l'entrée des urgences de juillet 2024, s'apparente pour l'Assurance maladie à un acte de régulation médicale.

Le médecin des urgences et l'IOA sont les deux professionnels de santé autorisés à réorienter un patient se présentant aux urgences. Si la réorientation est effectuée par l'IOA, elle doit résulter de la mise en œuvre d'un protocole de réorientation rédigé par le médecin responsable des urgences et validé par l'établissement de santé. Ce protocole doit préciser les critères médicaux de réorientation du patient ainsi que les modalités de son évaluation. Ce guide comprend un modèle de protocole médical de réorientation.

¹¹ Articles L 6314-1 et R 6315-3 du code de la santé publique

¹² Article D. 6311-33 du code de la santé publique

¹³ Articles D. 6311-6 (SAS) et L. 6314-1 (PDSA) du code de la santé publique

¹⁴ Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2024



- **Promotion et recrutement de médecins régulateurs :**

Il apparaît essentiel de sensibiliser les futurs médecins à cette activité. Pour ce faire, plusieurs pistes peuvent être mises en avant :

- La promotion de l'activité de régulation médicale par les médecins maîtres de stage des universités auprès des étudiants de 3^{ème} cycle en stage.
- La possibilité de réaliser un stage dans les SAMU-SAS ou auprès de régulateurs libéraux au cours du DES de médecine générale.
- Toutes les initiatives permettant de promouvoir l'activité de régulation médicale, telles que la présence d'acteurs de la régulation médicale aux forums des facultés de médecine, l'organisation de portes ouvertes de plateaux SAMU-SAS la diffusion des documents à visée pédagogique à destination des internes ou encore se rapprocher des DMG pour permettre aux étudiants qui le souhaitent de passer une demi-journée sur le plateau d'un SAMU-SAS.

A noter que tous les étudiants en médecine générale seront formés à l'organisation de la PDSA et à ses spécificités territoriales, et pourront, sans obligation et sous conditions, participer à la PDSA.

- **Formation des médecins régulateurs généralistes de la filière ambulatoire du SAS et de la PDSA.**

La nécessité d'une formation - initiale et continue – des médecins participant à la régulation médicale est très largement partagée par les acteurs et fait l'objet d'une recommandation par la HAS¹⁵.

La formation initiale associant formation théorique et en « double écoute » vise à donner les clés au médecin régulateur pour faire face aux différentes situations qu'il pourrait rencontrer (médicales ou non) ainsi qu'à approfondir ses connaissances du maillage territorial.

La formation continue est également indispensable dans une vision de partage, d'amélioration des pratiques collectives et à l'étude en groupe de cas complexes.

Quelques principes majeurs sont retenus pour garantir la qualité de la réponse des médecins régulateurs :

- Une plus grande uniformisation de ces formations est un levier pour garantir la qualité de la régulation.
- Il faut maintenir le principe général d'un recrutement de médecins ayant une pratique clinique ou de médecins retraités ayant cessé toute activité clinique depuis moins de 3 ans.
- S'agissant des médecins jeunes installés et potentiellement en fonction des travaux à venir des docteurs juniors, il apparaît essentiel de les intégrer pleinement à l'activité de régulation médicale mais dans un cadre sécurisé. Concernant les compétences à acquérir, il est proposé de systématiser le compagnonnage et ainsi leur proposer des gardes qui seront réalisées aux côtés de médecins expérimentés.

¹⁵ La HAS dans ses Recommandations de bonne pratique sur les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale (mars 2011) précise qu'une formation spécifique initiale et continue est nécessaire pour les médecins régulateurs.

3. Une organisation de la régulation médicale flexible et qui s'adapte aux spécificités territoriales

L'organisation de la régulation, assurée par les médecins généralistes de PDSA ou de la filière ambulatoire du SAMU-SAS, doit faire l'objet de modalités d'organisations travaillées localement avec l'ensemble des acteurs qui doivent comprendre au minimum les associations de permanence et de continuité des soins ou tout autre association territoriale représentants les médecins régulateurs généralistes. La promotion de nouvelles pratiques d'organisation de la régulation médicale permet de maintenir/amplifier l'implication des médecins libéraux tout en garantissant une prise en charge sécurisée.

3.1. Se doter de règles et d'outils pour définir le nombre de lignes de régulation assurées par les médecins généralistes de PDSA ou de la filière ambulatoire du SAMU-SAS nécessaires pour couvrir les besoins des territoires. L'accès aux données doit être possible par les représentants des deux filières.

Différents critères peuvent être partagés pour aider à objectiver le besoin d'ouvrir de nouvelles lignes de régulation ambulatoire pour couvrir les besoins du territoire :

- Le nombre d'appels décrochés
- La durée des appels
- Le nombre de DRM réglé par un médecin régulateur généraliste aux horaires SAS et PDSA
- Le temps d'attente pour accéder à un médecin régulateur généraliste aux horaires SAS et PDSA à partir du premier décroché
- Le taux de charge¹⁶ des médecins régulateurs généralistes aux horaires SAS et PDSA
- La population du département
- Les spécificités locales (démographie médicale notamment)
- Le nombre de services d'accueil des urgences ayant mis en place une régulation à l'entrée (régulation impliquant pour les patients d'appeler le 15 avant de se rendre aux urgences) ainsi que la volumétrie de leur activité
- Le nombre de structures de PDSA (MMG notamment) à réguler
- Le nombre de PRPV

Ces données sont présentées dans le cadre des organisations locales, telles que les CODAMUPS-TS, ainsi qu'à l'échelon national. Elles pourront justifier la révision du cahier des charges PDSA ou l'augmentation des lignes de régulation dans le cadre du SAS.

3.2. Des modes d'organisation de l'activité de régulation médicale à déployer :

- **La régulation postée ou délocalisée**

L'activité de régulation, postée au sein des CRRA des SAMU-SAS permet notamment aux médecins régulateurs urgentistes (MRU) et médecins régulateurs généralistes (MRG) de pouvoir échanger

¹⁶ Le Taux de charge (TC) illustre l'occupation téléphonique des agents en salle de régulation médicale. Il correspond au rapport entre le temps passé en communication et le temps logué au système de téléphonie (soustraction faite des temps de retrait)



directement sur des bonnes pratiques relatives à l'orientation des profils de patients présentant des situations complexes, la connaissance des procédures opérationnelles, etc.

Il est également possible d'organiser la mise en place d'une régulation médicale délocalisée par les médecins généralistes de la filière ambulatoire du SAS et de la PDSA, depuis leur cabinet ou leur domicile. L'activité de régulation médicale délocalisée vise à favoriser la mobilisation des médecins libéraux du territoire pour participer à la régulation des appels traités par la filière ambulatoire du SAS et de la PDSA. Ainsi, les acteurs des soins non programmés s'attachent à accompagner le développement sécurisé de cette activité.

Afin que la régulation médicale délocalisée réponde aux conditions de qualité et de sécurité requises, il convient :

- Aux horaires de PDSA, d'inscrire cette possibilité dans le cahier des charges régional de PDSA.
- Quelques soient les horaires, il convient que l'ensemble des acteurs (établissement de santé site du SAMU, l'association regroupant les professionnels de la médecine ambulatoire et de la PDSA) travaillent sur les modalités de réorientation secondaire avec le service d'aide médicale urgente, sur les modalités d'organisation de la régulation, ainsi que sur les outils numériques et de téléphonie utilisés. L'objectif de ces acteurs est qu'une version harmonisée puisse être reprise par les conventions individuelles prévues par les textes, à savoir :
 - Pour la PDSA, une convention individuelle entre le médecin et l'établissement de santé siège du SAMU¹⁷ ;
 - Pour le SAS, une convention individuelle entre le médecin, l'établissement de santé siège du SAMU et l'association regroupant les professionnels de la médecine ambulatoire¹⁸ .
- Que l'ARS et l'établissement de santé veillent à la mise en œuvre de prérequis techniques : unité de l'outil de téléphonie et du logiciel de régulation médicale utilisés par les filières urgences et ambulatoire (SAMU-SAS et PDSA), enregistrement des appels de la filière ambulatoire par l'établissement de santé¹⁹.
- De former les médecins à la régulation médicale délocalisée, notamment aux outils afférents.
- Que les outils utilisés à distance soient interfacés avec les outils du CRRA, permettant la bascule rapide d'une filière à une autre, ainsi que des échanges fluides entre les régulateurs de garde.
- Que les outils permettent d'assurer la traçabilité complète de la régulation et des suites données.
- De définir des indicateurs de qualité (tels que le suivi du nombre d'événements indésirables (EI) et d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).
- De favoriser une alternance entre une régulation au CRRA et une régulation délocalisée¹⁹.
- De s'assurer que la sécurité des systèmes informatiques réponde aux conditions légales et réglementaires²⁰.

¹⁷ Article R. 6315-3 du code de la santé publique

¹⁸ Article D. 6311-34 du code de la santé publique

¹⁹ <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/dossiers-de-presse/article/rapport-sur-la-mission-d-accompagnement-a-la-generalisation-des-sas>

²⁰ Conformément à l'article D. 6311-34 du code de la santé publique, les logiciels de régulation médicale et les outils téléphoniques utilisés doivent être compatibles et conformes aux référentiels mentionnés à l'article L. 1470-5 et doivent permettre leur interopérabilité avec les outils du centre de réception et de régulation des appels mentionné à l'article L. 6311-2. Les appels sont enregistrés dans les conditions mentionnées à l'article D. 6311-39.

Pour les solutions dérogatoires déjà mises en œuvre sur les territoires, celles-ci doivent converger, à terme, vers les conditions requises par voie réglementaire. La régulation à distance sur des plages horaires plus courtes peut apporter de la flexibilité pour renforcer les équipes de régulation au cours de périodes de grande affluence. Cette modalité d'exercice de l'activité de régulation de la filière ambulatoire du SAS et de la PDSA apporte aussi aux médecins régulateurs généralistes plus de flexibilité dans leur organisation de travail.

- **La supra-départementalité**

La supradépartementalité consiste à articuler plusieurs territoires/départements en vue d'une régulation facilitée. Pour la PDSA, elle peut être envisagée, ponctuellement et de manière toute à fait exceptionnelle, selon les besoins des territoires, notamment en nuit profonde. Toutefois, il convient en amont que les médecins régulateurs préalablement formés aient une bonne connaissance de l'offre de soins ainsi que de l'offre médico-sociale du territoire régulé de manière élargie.

Ces différentes modalités d'organisation devront être validées par les instances locales, inscrites dans le cahier des charges de PDSA, et pourront être révisées le cas échéant.

3.3. Des pratiques à déployer largement pour faciliter l'activité de régulation médicale.

Dans une dynamique d'amélioration de l'accès aux soins, les territoires ont mis en œuvre un certain nombre d'initiatives pour améliorer l'organisation de la régulation.

- **Message automatique du 15 après orientation de l'ARM vers la filière ambulatoire dans l'attente de la régulation médicale**

Après orientation de l'ARM vers la filière ambulatoire et afin de sensibiliser la population au bon usage du 15, il est possible de diffuser un message enregistré pendant le temps d'attente, précisant que le SAMU-SAS n'a pas vocation à renouveler les arrêts de travail ou de prescription ni à délivrer de certificats médicaux, etc.

- **Le pré-décrochage d'un OSNP en amont du médecin régulateur et après orientation d'un ARM, aux horaires SAS**

Le premier décroché est assuré par un assistant de régulation médicale.

Les appels relevant d'une demande de soins non programmés peuvent ensuite être transférés à un OSNP qui réalise un premier interrogatoire type du patient permettant ainsi de faire gagner du temps au médecin régulateur, en remplissant le dossier administratif de ce dernier.

3.4. Des pratiques complémentaires

- **Visio-régulation :**

La visio-régulation est un outil à la disposition des médecins régulateurs pour faciliter l'évaluation clinique et l'orientation des patients. Elle désigne l'utilisation de la vidéo dans le cadre d'un appel de régulation médicale, permettant au médecin régulateur de visualiser en temps réel le patient ou son environnement.

La visio-régulation constitue une aide à la décision dans certaines situations, notamment lorsque le régulateur souhaite apprécier l'état général du patient, évaluer un symptôme visible (traumatisme, saignement etc.) ou évaluer l'environnement du patient.

La visiorégulation est un outil complémentaire, à utiliser dans des indications pertinentes ; elle permet de mieux qualifier le besoin de soins des patients. En effet, elle ne doit pas retarder la prise en charge et ne constitue pas une téléconsultation. La visiorégulation a vocation à améliorer la qualification du besoin de soins et ne se substitue pas à une consultation physique.

- **Mise en place de partenariats ou de filières spécifiques :**

Un certain nombre de demandes de soins non programmés concerne des situations complexes nécessitant un haut niveau de coordination. A ce titre, la mise en place de partenariats privilégiés avec des acteurs territoriaux permettrait d'améliorer la régulation médicale et l'orientation des patients présentant un besoin de prise en charge vers des réponses adaptées à leur état de santé.

Parmi les principaux domaines concernés, les exemples suivants ont été identifiés :

- **Troubles psychiques et psychiatriques²¹**
- **Personnes âgées** : Dispositif d'appui à la coordination (DAC), équipes mobiles de gériatrie
- **Pédiatrie** : Protection maternelle et infantile, réseaux de périnatalité
- **Soins dentaires** : possibilité d'une régulation, dans les locaux des SAMU-SAS, par des chirurgiens-dentistes de l'accès à la permanence des soins dentaires les dimanches et jours fériés¹⁴.
- **Précarité** : On insistera sur l'importance à pouvoir recourir à de l'interprétariat et un repérage des vulnérabilités et de la précarité.

²¹ Les modalités de déploiement des filières psychiatriques du SAS sont détaillées dans l'instruction du 7 juillet 2025.

4. Les outils et la traçabilité = essentiel pour garantir une prise en charge sécurisée

*Les appels traités dans le cadre de la permanence des soins, ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur, y compris les prescriptions, sont soumis à une **exigence de traçabilité**. Les appels traités dans le cadre de la PDSA ou du SAS sont enregistrés et conservés par le SAMU-SAS²².*

La traçabilité des orientations réalisées par les médecins régulateurs urgentistes et généralistes du SAMU-SAS et les médecins régulateurs de la PDSA est indispensable pour permettre l'évaluation de la qualité du service rendu aux usagers.

De plus, pour que les dispositions prévues dans les textes soient opérantes et vérifiables pour les services d'Assurance maladie, il est impératif que la régulation médicale soit tracée et ce, quel que soit le régulateur.

Les régulateurs ont à disposition plusieurs outils :

- Ordigard permet de visualiser les tableaux de garde PDSA (utilisé dans 96 départements) ;
- La plateforme numérique nationale du SAMU-SAS permet de visualiser l'offre de soins de ville disponibles autour du patient dans les prochaines 48h.
- D'autres outils utilisés dans certains départements répondent à cet objectif de traçage de la régulation sous réserve qu'ils remplissent les conditions de l'article 3 du décret du 14 juin 2024 relatif au SAS²³.

Par ailleurs, comme énoncé supra, afin de développer plus largement la régulation délocalisée, il est nécessaire que les médecins régulateurs de la filière ambulatoire du SAMU-SAS ou de la PDSA soient équipés d'outils interopérables avec les outils du SAMU-SAS, permettant ainsi de basculer le patient d'une filière à une autre. En outre, le ou les logiciels de régulation médicale doivent permettre d'assurer la traçabilité de la prise en charge complète du patient (de la régulation à l'effection).

Des travaux sont en cours en lien avec la DNS et les ARS dans lesquelles la régulation délocalisée existe déjà ou est en déploiement pour permettre le partage de bonnes pratiques.

Enfin, les acteurs de la régulation médicale ont mis en avant de nouveaux besoins en termes d'outils et de relais pour répondre aux nombreuses demandes portant sur le champ médico-social. Aussi un élargissement des outils mis à disposition des régulateurs est nécessaire : élaborer des protocoles d'orientation ou de transmission vers les organismes sociaux locaux, DAC et autres pour aider à la prise en charge des demandes relevant du champ médico-social.

²² R. 6315-3 et D. 6311-39 du code de la santé publique ; Arrêté du 20 octobre 2011 fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la PDSA

²³ Article 3 du décret n° 2024-541 du 14 juin 2024 relatif à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins



5. Proposer une campagne de communication grand public de bon usage des urgences et des soins non programmés

L'Assurance maladie s'engage à mener des actions de communication autour des deux axes suivants, indispensables pour que le système puisse fonctionner de manière plus vertueuse et à rationaliser la réponse apportée aux demandes de soins non programmés :

- 1) Sensibilisation de la population au bon usage du système de santé et de la régulation médicale
- 2) Campagne de communication sur le schéma cible défini par les acteurs des soins non programmés



Sources :

- Convention médicale nationale du 22 juin 2024 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie
- Doctrine nationale
- HAS - Guide SAMU : améliorer la qualité et la sécurité des soins (octobre 2020)
- HAS - Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale – Recommandations HAS Mars 2011
- CNOM : état des lieux annuel de la PDSA