



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

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Circulaire n° DGOS/AS3/DGS/2026/66 du 29 mai 2026 relative à la préparation du système de santé afin de garantir l'accès aux soins non programmés et de médecine d'urgence durant l'été 2026

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie
et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : SFHH2611877C (numéro interne : 2026/66)
Date de signature	29/05/2026
Émetteurs	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Direction générale de la santé (DGS)
Objet	Préparation du système de santé afin de garantir l'accès aux soins non programmés et de médecine d'urgence durant l'été 2026.
Action à réaliser	Mettre en place des actions visant à permettre au système de santé de gérer les situations de tension durant l'été 2026.
Résultat attendu	Mettre en place des plans d'action ville-hôpital sur la base de diagnostics territorialisés.
Échéance	Été 2026
Contacts utiles	Sous-direction de l'accès aux soins et du premier recours Bureau de la médecine d'urgence et des soins non programmés (AS3) Mél. : dgos-as3@sante.gouv.fr Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau des personnels médicaux des établissements de santé (RH5) Mél. : dgos-rh5@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	4 pages + 4 annexes (12 pages) Annexe 1 : Mesures organisationnelles Annexe 2 : Leviers en ressources humaines Annexe 3 : Gestion des tensions hospitalières Annexe 4 : Régulation de l'accès aux urgences

Résumé	La circulaire détaille les attendus du ministère pour la mise en place de plans d'action territoriaux visant à garantir l'accès aux soins non programmés et de médecine d'urgence durant la période estivale 2026, dans un contexte de tensions en ressources humaines, de congés, d'éventuels épisodes de canicule et d'afflux touristiques dans certains territoires.
Mention Outre-mer	Ce texte s'applique en l'état aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française et de la Nouvelle-Calédonie.
Mots-clés	Soin non programmé ; permanence ; soin ambulatoire ; service d'accès aux soins (SAS) ; médecine d'urgence ; urgences ; aide médicale urgente.
Classement thématique	Établissements de santé / Organisation
Texte de référence	Néant
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Établissements sanitaires et professionnels de santé.
Validée par le CNP le 15 mai 2026 - Visa CNP 2026-28	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Chaque été, notre système de santé est mis à l'épreuve : afflux touristiques sur certains territoires, épisodes climatiques et tensions sur les ressources humaines du fait de congés légitimes. Cette réalité de tension nous oblige : l'accès aux soins ne peut pas dépendre du calendrier. Aussi, cela nous oblige collectivement à une mobilisation coordonnée et visible de l'ensemble des acteurs du système de santé - ville, hôpital, médico-social - sous votre pilotage territorial.

Ma priorité est simple : protéger l'accès aux soins et l'urgence vitale, en évitant la saturation des services d'urgences et en orientant chaque patient vers la bonne réponse, au bon moment, au bon endroit.

Aussi, je vous demande d'engager, sans délai, un plan d'action territorial articulé autour de trois exigences.

1 - Faire progresser le « bon recours » au système de soins, et renforcer le déploiement opérationnel du Service d'accès aux soins (SAS)

Les urgences ne doivent pas être la portée d'entrée systématique du système de soins. Nous devons mieux informer et mieux orienter, en donnant à chacun un repère clair : avant de se déplacer, appeler le médecin traitant ou le Service d'accès aux soins au numéro 15, afin d'être dirigé vers la solution la plus adaptée. La montée en charge du SAS est ainsi la clé de voûte de cette orientation.

En conséquence, vous veillerez à :

- Mettre en œuvre, sur la base de la communication nationale et avec vos partenaires, une campagne territorialisée d'information sur le bon recours aux soins ;
- Sécuriser la continuité de la régulation et de l'effectif (créneaux disponibles) sur toute la période estivale, notamment en zones touristiques, et d'anticiper les pics d'activité ;
- Identifier, dès à présent, les fragilités en termes de ressources (médecins, infirmiers, assistants de régulation médicale...) et de mobiliser tous les leviers disponibles pour garantir une réponse de qualité.

2 - Mettre en place, dès que nécessaire, la régulation de l'accès aux urgences

Utilisée depuis plusieurs années au quotidien dans de nombreux territoires, la régulation de l'accès aux urgences est un outil de protection : protection des patients, des équipes soignantes, et de la capacité du territoire à maintenir des soins de qualité.

Elle doit être anticipée, organisée, expliquée, et activée chaque fois que cela sera rendu nécessaire du fait des évolutions saisonnières.

Je vous demande donc :

- D'identifier les établissements les plus susceptibles d'être en tension et de préparer à l'avance les dispositifs de régulation (organisation, horaires, articulation avec les services d'aide médicale urgente (SAMU)-SAS, les transporteurs sanitaires et les services d'incendie et de secours) ;
- De vérifier la capacité de la régulation médicale à absorber le surcroît d'appels ;
- De mettre en place, lorsque c'est pertinent, cette régulation en lien étroit avec les représentants hospitaliers, les élus et les représentants des usagers, pour garantir compréhension, acceptabilité et cohérence territoriale.

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

Il s'agit là d'une première étape de montée en charge de la régulation à l'entrée des urgences qui devra plus largement se déployer en anticipation de l'hiver 2026-2027, avec l'identification dès à présent d'une centaine d'établissements pour lesquels une régulation plus pérenne pourra être envisagée à compter du 1^{er} novembre 2026 (avec une concertation la plus large possible en amont), en priorité dans les territoires où des tensions mettant en péril le bon fonctionnement des urgences sont constatées.

3 - Mobiliser pleinement la médecine de ville

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

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

Aussi, vous veillerez à :

- Réunir sans délai les conseils départementaux du Conseil national de l'Ordre national des médecins, les unions régionales des professionnels de santé (URPS), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les associations de permanence des soins ambulatoires (PDSA) pour établir une cartographie des risques et un plan de couverture estivale ;
- Vous assurer de la complétude des tableaux de garde (régulation et effectif), et d'activer, si nécessaire et de façon proportionnée, les procédures permettant d'éviter toute rupture (y compris les réquisitions, en dernier ressort) ;
- Encourager l'organisation territoriale via les CPTS ainsi que les maisons et centres de santé, pour proposer des solutions visibles aux patients (créneaux rapides, consultations dédiées et relais pendant les congés) ;
- Renforcer l'articulation ville-SAS-hôpital.

L'anticipation valant mieux que la gestion de crise, je vous demande :

- D'identifier les territoires à risque et de formaliser un plan d'action opérationnel (ville, hôpital, aval) ;
- D'organiser des échanges réguliers avec les directeurs d'établissements, les professionnels de santé et les élus ;
- D'assurer une remontée hebdomadaire de situation et d'indicateurs de tension afin de permettre l'anticipation et un appui national le cas échéant.

Enfin, s'agissant des territoires ultramarins dont la géographie ne soumet pas aux tensions estivales à cette période de l'année, il conviendra d'adapter ces orientations aux risques qui leur sont spécifiques (risques cycloniques, pathologies infectieuses...) et pouvant conduire à des tensions sur notre système de soins.

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



Stéphanie RIST

Annexe 1

Mesures organisationnelles

I. Anticipation des tensions

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Identifier les territoires fragiles	Agences régionales de santé	<p>L'ARS peut organiser la remontée et l'analyse de données organisationnelles et quantitatives (effectifs) sur les structures de son territoire pour identifier celles dites « fragiles » et présentant un risque de « rupture ». Les indicateurs suivants pourront être utilisés :</p> <p>1. Difficultés rencontrées les années précédentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des tableaux de garde incomplets ; - Un recours important à l'intérim ; - Des fermetures partielles ou totales ; - Des fermetures simultanées de cabinets médicaux rendant difficile la continuité des soins sur un même territoire ; - Activité saisonnière plus intense, etc. <p>2. Difficultés rencontrées au cours de l'année telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragilisation de l'équipe médicale ponctuelle (arrêts...) ou pérenne (départs...); - Fragilisation de l'offre de soins libérale ; - Des tableaux de présence incomplets pour la période considérée ; - Un recours croissant à l'intérim avec la présence de nouveaux intérimaires et/ou des difficultés à trouver des intérimaires ; - Un recours fréquent aux dispositifs de gestion des situations sanitaires exceptionnelles. <p>Une analyse des causes de ces difficultés permettra d'identifier les mesures à mettre en œuvre en fonction du type de tension :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La tension liée à l'afflux de patients : elle peut être due à un afflux touristique et être amplifiée par des difficultés en médecine de ville (offre territoriale restreinte, congés, etc.). Elle est consécutive à une augmentation du nombre d'admissions et/ou à une modification des caractéristiques des patients pris en charge. - La tension liée à une fragilisation de l'organisation au sein de la structure des urgences, qui peut être conjoncturelle ou structurelle (inadéquation de l'offre avec l'activité régulière, congés, difficultés d'accès aux plateaux techniques, panne informatique...). Cela peut provoquer une hausse de la charge de travail au sein des urgences à flux de patients inchangé. - La tension du fait d'une carence de lits d'hospitalisation, que ce soit en hospitalisation « conventionnelle », en soins critiques (réanimation, surveillance continue et soins intensifs), en psychiatrie (chambre d'isolement), en soins médicaux et de réadaptation (SMR), etc. Cette analyse des lits disponibles est à conduire au sein de l'établissement, mais aussi du territoire, particulièrement du groupement hospitalier de territoire (GHT), notamment pour les lits de médecine ou de SMR.
Capitaliser sur les hospitalisations à domicile (HAD)	Établissements de santé, HAD, ARS	<p>L'HAD constitue un des leviers pour éviter les passages aux urgences ou permettre, notamment aux personnes âgées, d'en sortir rapidement. Elle constitue une solution alternative et d'aval, mobilisable par les services de court séjour, en particulier en période de tension hospitalière. Pour les régions ayant mis en place des infirmiers diplômés d'État (IDE) en structure des urgences ou au sein de l'antenne de médecine d'urgence ou tout autre dispositif associé à la mesure BRUN (guichet unique, renfort de l'équipe HAD avec les IDE de liaison, service médical des urgences (SMU)/HAD...), une communication et des échanges dédiés peuvent faciliter l'adressage. Il est important que les prescripteurs potentiels tels que les structures hospitalières, les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ou encore la médecine de ville identifient les HAD de leur territoire et les intègrent dans leur stratégie relative aux tensions saisonnières.</p>

		<p>L'hospitalisation à domicile assure aujourd'hui une offre complémentaire des secteurs hospitaliers et ambulatoire, capable de mettre en œuvre des soins complexes, continus et coordonnés et d'agrèger des compétences autour d'un projet thérapeutique complet dans une logique de proximité.</p> <p>Dans un cadre de tension, il pourra donc être intéressant de s'appuyer sur la réactivité et la capacité à prendre en charge les patients plus ou moins complexes des établissements d'HAD. Ces leviers sont activables autant en amont qu'en aval.</p>
Déployer des professionnels correspondants du SAMU		<p>Le dispositif des médecins correspondants du SAMU (MCS) permet à des médecins, exerçant habituellement en cabinet et formés à la médecine d'urgence, d'intervenir à la demande du SAMU et en parallèle du déclenchement d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), dans des territoires où le délai d'accès à des soins médicaux urgents est supérieur à 30 minutes. Dans les territoires éloignés ou difficiles d'accès, cette intervention en avant-coureur des SMUR représente un gain de temps précieux pour une prise en charge précoce et optimale.</p> <p>Ce dispositif a été élargi aux infirmiers pour accroître le vivier de professionnels pouvant apporter une première réponse de proximité. Les modalités de déclenchement restent les mêmes : il s'agit d'un infirmier de premier recours, volontaire, formé et équipé qui répond aux besoins d'aide médicale urgente à la demande du SAMU. Son intervention se déroule sous la supervision du médecin régulateur du SAMU et en parallèle du déclenchement d'une SMUR.</p> <p>S'agissant des modalités de rémunération, le Fonds d'intervention régional (FIR) peut d'ores et déjà être mobilisé pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accroître le vivier de médecins correspondants du SAMU (MCS) en prévision le cas échéant de tensions sur les lignes de garde SMUR ; - Commencer le déploiement des infirmiers correspondants du SAMU (ICS) dans les territoires identifiés comme prioritaires.
Créer une réserve territoriale d'urgentistes		<p>Certaines régions ont mis en place une réserve territoriale (ou régionale) d'urgentistes pendant les périodes de congés. Cette organisation repose sur le volontariat de médecins urgentistes se déclarant auprès de l'ARS comme disponibles en cas de défaillance d'une structure des urgences sur un territoire. La prime de solidarité territoriale accompagne ces appuis.</p>

II. Amont des urgences et coordination ville-hôpital

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Identifier les territoires fragiles	ARS / Conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM)	<p>Demander l'identification par les CDOM, des territoires dans lesquels des difficultés d'organisation de la PDSA ou de respect de la continuité des soins sont anticipées (difficultés rencontrées les années précédentes ou au cours de l'année) telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Territoires PDSA avec diminution importante du nombre de médecins volontaires ; - Territoires PDSA avec tableaux de garde incomplets ; - Territoires PDSA avec réquisitions de médecins ; - Territoires dans lesquels les congés des médecins ne sont pas coordonnés et ne permettent plus d'assurer la continuité des soins.
Déployer et renforcer le service d'accès aux soins (SAS)	ARS / Porteurs de projet	<p>Les organisations doivent se voir renforcées selon les besoins, à travers par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ouverture de nouvelles lignes de régulation ambulatoire ; - L'utilisation de la plateforme numérique nationale pour assurer une visibilité maximale sur les effecteurs et un lien direct avec les agendas en ligne prenant en compte les congés.

Capitaliser sur les parcours admissions directes non programmées (ADNP)	ARS, établissements de santé (ES)	Les parcours d'ADNP ¹ constituent un des leviers pour diminuer le nombre de passages par les urgences évitables des personnes âgées en permettant une admission directe des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de spécialité.
S'assurer de la continuité des soins sur chaque territoire	ARS / CDOM / CPTS/ Acteurs de ville	Les jours fériés tombant cette année un jeudi, la mise en place de « ponts » jeudi-dimanche fait craindre un risque en termes de continuité des soins. Aussi, conformément aux dispositions législatives en vigueur, les CDOM sont tenus de déterminer les territoires au sein desquels la continuité des soins ne pourrait être assurée et de prévenir l'ARS. Il est ainsi demandé aux ARS de vérifier si la continuité des soins est bien anticipée et prévue par les acteurs du samedi 4 juillet au dimanche 30 août, et de mettre en œuvre les mesures adaptées en conséquence.
Renforcer l'organisation de la PDSA	ARS / CDOM/ ES / Acteurs de la ville	Cet été 2026, le 14 juillet étant un mardi, l'organisation de la PDSA doit s'appliquer le lundi précédent. L'organisation de la PDSA pourra se voir renforcée en début de soirée par le positionnement d'opérateurs de soins non programmés (OSNP) en appui à la régulation de médecine générale après 20h. L'usage de la plateforme numérique SAS par la régulation de PDSA est possible pour une prise de rendez-vous en ville sous 48h aux horaires SAS (en journée de 8h à 20h et le samedi de 8h à midi, hors week-ends et jours fériés), si le recours à un effecteur de PDSA n'est pas possible ou pertinent.
Assurer la fiabilité du remplissage de la cartographie Sante.fr	ARS	La cartographie de l'offre de soins non programmés (SNP) est un outil permettant de géolocaliser des lieux de soins prenant en charge des soins non programmés et de recenser les informations pratiques sur ces lieux (modalités d'accès, horaires, numéros de téléphone, sites internet le cas échéant, etc.). Cette cartographie nationale doit faire l'objet d'une mise à jour régulière par les ARS afin de garantir la fiabilité et l'exhaustivité des informations. Sante.fr dispose d'une « boucle qualité » à destination des usagers. Les retours sont traités par l'Agence du numérique en santé (support de Sante.fr). Les signalements d'erreurs concernant les structures figurant sur la carte sont envoyés aux contacts identifiés dans les ARS. Il peut également être proposé aux cabinets de médecine de ville de se répertorier sur la cartographie à l'aide du module dédié.
Relayer la campagne de communication sur les bons réflexes en cas de besoins de soins non programmés	ARS	En matière de communication , la priorité doit être de rappeler au grand public la notion de « bon recours » aux urgences (« <i>les urgences c'est pas une évidence</i> »). Par ailleurs, le parcours du patient autour du triptyque suivant doit être valorisé : <i>En cas de besoin de soins non programmés :</i> <ul style="list-style-type: none"> - 1/ Appelez prioritairement votre médecin traitant ; - 2/ Si vous n'en avez pas ou qu'il n'est pas disponible, consultez la cartographie nationale pour trouver un lieu de soins ; - 3/ Si vous ne trouvez pas d'offre de soins non programmés disponible, appelez le 15 (SAMU/SAS) avant de vous déplacer aux urgences. Il est rappelé que « les structures des urgences sont réservées aux urgences vitales et cas les plus graves ». Cette communication peut être localement adaptée pour orienter plus systématiquement les patients vers l'appel au SAS, si les conditions sont réunies pour assumer la hausse du nombre d'appels qui en résulterait.
Solliciter les appuis gériatriques départementaux si besoin		L'appui territorial gériatrique est à destination des professionnels de santé d'un territoire prenant en charge des personnes âgées en EHPAD et autres ESMS (médecin traitant, médecin coordonnateur, infirmier coordonnateur) ou à domicile (médecin généraliste, spécialiste, service de soins infirmiers à domicile [SSIAD], équipe de soins primaires). Il offre une expertise non-programmée en journée et en semaine, sous la forme de conseils, de participation à une décision collégiale, une capacité d'orientation, voire d'hospitalisation au sein la filière. Il ne se déplace pas, mais peut mobiliser l'ensemble des ressources opérationnelles internes de la filière (services hospitaliers, équipes mobiles de gériatrie (EMG), filière d'admissions directes

¹ Instruction n° DGOS/R4/2023/43 du 19 avril 2023 relative à la poursuite de la mise en œuvre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables et à la réalisation d'un état des lieux au titre de l'année 2022.

		non programmées en gériatrie, hospitalisation à domicile [HAD], etc.). Cette démarche a pour objectif de tendre vers une réponse « globale » et de soutien à la culture gériatrique sur les territoires. Il a également vocation à mobiliser d'autres appuis sanitaires pour répondre aux besoins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (HAD, soins palliatifs, psychiatrie de la personne âgée, infectiologie, hygiène et éthique, etc.). S'agissant des personnes âgées à domicile, il agit en subsidiarité des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) et constitue un appui expert pour ces derniers qui peuvent le solliciter. Les appuis sont également des interlocuteurs des SAMU-Centre 15 qui peuvent les saisir et qu'ils peuvent outiller avec leur expertise et des protocoles de décisions partagés
--	--	---

III. Adaptation du fonctionnement des structures de médecine d'urgence et solidarité territoriale

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Développer la réorientation à l'entrée des urgences	ES	La réorientation des patients à partir des urgences est la procédure par laquelle un patient se présentant aux urgences est orienté par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) ou par le médecin d'accueil et d'orientation (MAO) vers une offre de soins mieux adaptée à son besoin. Tout patient ne relevant pas de la médecine d'urgence pourra être concerné par ce dispositif, après une évaluation réalisée par l'IOA ou le MAO. Cela permet de replacer le patient dans la bonne filière tout en recentrant les urgences sur leur cœur de métier . La réorientation ne se réalise pas entre services d'urgence, sauf dans le cas où un avis spécialiste non présent dans la structure est nécessaire. Un guide détaille le cadre juridique dans lequel la réorientation s'exerce et précise ses modalités de mise en œuvre pour accompagner tous les établissements qui le souhaitent à la développer.
Organisation de lignes de garde communes SU-SMUR	ARS / ES	Des lignes de garde communes structures des urgences (SU)-SMUR ² peuvent être organisées afin d'assurer le maintien d'une réponse territoriale pour les urgences vitales. Lorsqu'une SU-SMUR fonctionne avec une seule ligne de garde urgentiste et que l'urgentiste est en intervention SMUR, la permanence de la SU est assurée par un autre médecin de l'établissement et un infirmier de la structure des urgences présents sur place. Lorsque l'activité de la SU-SMUR est suffisamment faible, la permanence de la SU peut être assurée par le déclenchement d'une astreinte médicale plutôt que de recourir à un médecin de garde dans l'établissement. Dans ce cas, le délai d'intervention du médecin d'astreinte doit être compatible avec l'impératif de sécurité. L'infirmier de la SU, lors de la sortie de la SMUR et jusqu'à l'arrivée du médecin d'astreinte, exerce sous prescription médicale. Le mécanisme de recours à l'astreinte est un dispositif exceptionnel , mobilisé en raison de la faible activité des structures de médecine d'urgence SU-SMUR et de difficultés de démographie médicale urgentiste, le principe restant celui du recours à un médecin de garde de l'établissement lorsque l'urgentiste est sorti en intervention. Cette possibilité doit être concertée en lien avec les acteurs concernés, comme le comité technique régional des urgences (CTRU) ou le comité d'allocation des ressources pour les urgences (CCAR-U), en s'appuyant sur le nombre de passages aux urgences ainsi que sur le nombre et la durée médiane des sorties SMUR médicalisées. Une organisation avec le SAMU pourra permettre d'appuyer, le cas échéant, le médecin de l'établissement (en garde dans le secteur d'hospitalisation ou rappelé d'astreinte).
Entraide entre établissements de santé	ES	L'équipe médicale de territoire permet de répartir la charge entre des sites dont l'activité est d'intensité différente. D'autres solutions pourront être étudiées afin de renforcer l'équipe médicale d'une SU fragile dans la durée (ex : temps partagés de praticiens hospitaliers (PH) et/ou d'internes, notamment

² L'article D. 6124-11 du code de la santé publique prévoit les modalités de prise en charge des patients aux urgences en cas de « permanence médicale ou non médicale commune » entre la SU et la SMUR.

		<p>entre centres hospitaliers universitaires [CHU] et centres hospitaliers [CH], fédérations médicales inter-hospitalières).</p> <p>Afin de sécuriser la prise en charge des patients, en particulier ceux faisant l'objet d'un transport sanitaire urgent, les modalités de prise en charge par un autre établissement autorisé à exercer l'activité de SU doivent être organisées dans le cadre du réseau des urgences prévu à l'article R. 6123-26, en lien avec le SAMU-Centre 15.</p>
Autoriser des structures des urgences à ouvrir en H12 (mode « antennes de médecine d'urgence »)	ARS	<p>Lorsque les circonstances locales l'exigent et afin d'assurer une permanence de l'accueil et de la prise en charge pour des soins de médecine d'urgence, le directeur général de l'ARS peut autoriser par arrêté un établissement de santé détenteur d'une autorisation de structure des urgences à suspendre cette activité pour une durée maximale de 12h consécutives par jour, sous conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ES est titulaire d'une autorisation SMUR sur le même site géographique ; le directeur général de l'ARS peut déroger à cette condition lorsqu'il constate que le besoin d'accès aux soins de médecine d'urgence de la population est couvert par ailleurs ; - L'ES organise, durant les horaires de suspension de son activité, les modalités d'accueil et de prise en charge pour des soins de médecine d'urgence avec au moins un autre établissement de santé titulaire d'une autorisation de structure des urgences. <p>Il est rappelé que dans le cadre de la révision des schémas régionaux de santé, la SU d'un établissement peut se voir autorisée par l'ARS comme antenne de médecine d'urgence (structures de médecine d'urgence ouvertes <i>a minima</i> H12 de manière pérenne dans le cadre d'un nouveau maillage des structures de médecine d'urgence).</p>
Réguler l'accès aux urgences	ARS	<p>Deux situations de mise en œuvre de cette régulation de l'accès à la SU sont identifiées (toujours soumises au contrôle de l'ARS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La régulation pérenne : dans le cadre d'une organisation concertée, sur un territoire donné, il peut être envisagé de réguler l'accès à une ou plusieurs SU ou antennes de médecine d'urgence. Ce dispositif ne pourra se mettre en place que sur arrêté du directeur général de l'ARS, après avis du Comité d'allocation des ressources Urgences (CAR-U) et en assurant la présence continue d'un professionnel de santé à l'entrée de la structure. L'arrêté du 18 mars 2025 relatif à la régulation pérenne de l'accès aux urgences en précise les modalités de mise en œuvre ; - La régulation temporaire : dans le cadre d'une organisation de crise, locale et temporaire, lorsque les circonstances le justifient, l'accès à une ou plusieurs structure(s) des urgences ou antenne(s) de médecine d'urgence peut être régulé. Ce dispositif ne peut se mettre en place que sur arrêté du directeur général de l'ARS et en assurant la présence continue d'une personne physique (pas nécessairement un professionnel de santé) à l'entrée de la structure (mais sans avis préalable du CAR-U, pour une meilleure réactivité). L'arrêté du 2 juillet 2024 relatif à la régulation temporaire de l'accès aux urgences en précise les modalités de mise en œuvre.
Déployer les unités mobiles hospitalières para médicalisées (UMH-P)	ES	<p>La réforme des autorisations de médecine d'urgence a prévu la possibilité d'intervention SMUR dans une configuration paramédicalisée. Le SMUR se compose alors d'un infirmier et d'un conducteur, agissant en vertu de protocoles de soins et au moyen d'outils numériques connectés, qui interviennent sous la supervision du médecin régulateur. Cette adaptation de la composition de l'équipage SMUR par le médecin régulateur du SAMU est mise en œuvre en fonction de l'état de santé du patient et selon des critères prédéfinis. Selon le bilan qui lui est remonté, le médecin régulateur peut décider de compléter l'équipage par la présence d'un médecin.</p> <p>La mise en œuvre de ce dispositif doit s'accompagner d'une réflexion globale sur le maillage territorial des structures de médecine d'urgence. Un guide accompagne la mise en œuvre et le fonctionnement de ce dispositif.</p>

IV. Organisation interne de l'établissement de santé : gestion des lits d'hospitalisation et aval des urgences

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Procéder à des fermetures de lits saisonnières		La période estivale est souvent l'occasion de réduire le volume de certaines activités programmées en raison des congés des professionnels. Cela conduit à la fermeture complète ou partielle des unités de prise en charge. Afin de maintenir un capacitaire adapté à la demande du territoire, l'ARS organise, en lien avec les établissements publics et privés, une fermeture des lits saisonnière adaptée pendant toute la période estivale, au niveau de chaque territoire. Les ARS sont invitées à encourager les dispositifs de pilotage territorial des capacités (cellules de gestion des lits par exemple).
Mettre en œuvre les actions de fluidification de l'aval des urgences	ARS	<p>L'instruction n° DGOS/R2/2023/103 du 26 juin 2023 relative à la mise en place de plans d'actions territoriaux pour fluidifier les parcours d'aval des urgences en prévision de l'été prévoit les modalités d'une organisation coordonnée de la gestion des lits, incluant les établissements publics comme privés. Sa mise en œuvre, en complément des mesures précédemment décrites, permet de fluidifier le flux de patients aux urgences.</p> <p>Par ailleurs, il est rappelé l'obligation pour les ES ayant une SU ou une antenne de médecine d'urgence d'avoir mis en place un dispositif de gestion des lits dans l'ES ou au niveau du groupement hospitalier de territoire (GHT) / territoire, obligation effective depuis le 31 décembre 2024. Ce dispositif porte sur l'activité d'hospitalisation programmée et non-programmée. Il partage en son sein et avec les autres établissements membres de son GHT, ainsi que, le cas échéant, avec la structure coordinatrice et les autres établissements du territoire membres du réseau des urgences mentionné à l'article R. 6123-26 du Code de la santé publique, les informations relatives à la disponibilité des lits.</p>
Hébergement temporaire en sortie hospitalisation (HTSH)		<p>Le dispositif d'hébergement temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation (HTSH) ou en cas d'indisponibilité brutale de l'aidant permet d'avoir le délai nécessaire pour organiser et adapter les aides et les prises en charge à mettre en place pour la personne âgée.</p> <p>Afin de réduire la durée du séjour à l'hôpital, de préparer le retour à domicile après hospitalisation de manière optimale, d'éviter une ré-hospitalisation, la personne âgée peut bénéficier d'un séjour d'hébergement temporaire en EHPAD. Ce relais permet d'avoir un certain délai pour organiser et adapter les aides (financières, humaines, matérielles...) et les prises en charge (adapter le logement...). Il est également possible de bénéficier de ce dispositif en cas de rupture brutale de l'aidant.</p>

Annexe 2

Leviers en ressources humaines

La présente annexe vise à rappeler les dispositifs de soutien au système de santé qui pourront être utilisés par l'ensemble des agences régionales de santé et des établissements de santé.

I. Leviers relatifs à la rémunération des professionnels

Dispositif	Textes de référence	Description
Déplafonnement des heures supplémentaires	- Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 modifié relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article L. 5 du code général de la fonction publique - Décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 modifié relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires	Le personnel médical n'étant pas soumis au plafonnement du temps de travail additionnel (TTA), il n'existe pas de difficulté particulière. En ce qui concerne le personnel non médical , l'article 6 du décret du 25 avril 2002 prévoit que les heures supplémentaires accomplies ne peuvent dépasser, en principe, un contingent mensuel de 20 heures. Toutefois, ce même article prévoit qu'un déplafonnement est possible sous certaines conditions : « Les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée peuvent être autorisés, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article 2 de cette loi, ou du préfet du département pour les établissements mentionnés aux 4° et 6° du même article, à titre exceptionnel, notamment au regard des impératifs de continuité du service public ou de la situation sanitaire, à dépasser les bornes horaires fixées par le cycle de travail, pour une durée limitée et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des usagers ». Ce déplafonnement doit se faire dans la limite d'un temps de travail n'excédant pas 48 heures sur 7 jours glissants.
Prime de solidarité territoriale (PST) pour les personnels médicaux		Versée dans le cadre d'un dispositif de solidarité territoriale, pour les praticiens exerçant une activité partagée au-delà de leurs obligations de service dans plusieurs établissements publics de santé , la PST est conçue pour une intervention ponctuelle du praticien en dehors de son établissement, en renfort d'un autre établissement, sur la base du volontariat. Son montant est calculé en fonction du nombre de demi-journées (non plafonné) réalisées dans le mois (293,23 € brut par demi-journée du lundi au samedi matin et 427,25 € brut la nuit, le samedi après-midi ou le dimanche) et peut être majoré jusqu'à 30 % par arrêté du directeur général de l'ARS, par établissement et par spécialité. Les étudiants de 3 ^{ème} cycle (hors étudiants exerçant sous licence de remplacement) et les praticiens associés ne sont pas éligibles à la PST.
Prime d'exercice territorial (PET) pour les personnels médicaux		Prime versée pour une activité partagée entre plusieurs établissements ou dans plusieurs sites d'un même établissement dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire ou pour favoriser le développement de la mise en réseau des établissements et les actions de coopération, dans le cadre des obligations de service du praticien . Les étudiants de 3 ^{ème} cycle (hors étudiants exerçant sous licence de remplacement) ne sont pas éligibles à la PET.
Prime d'engagement collectif pour les personnels médicaux et les agents de la fonction publique hospitalière (FPH)		L'article L. 714-14 du code général de la fonction publique (CGFP) dispose que : « Après avis du comité social d'établissement, une prime d'intéressement collectif liée à la qualité du service rendu peut être attribuée aux agents des établissements mentionnés à l'article L. 5 dans des conditions prévues par décret ». Cette prime « d'engagement collectif » a pour objet (art. 1 ^{er} du décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 et du décret n° 2020-255 du 13 mars 2020) « de favoriser la cohésion interprofessionnelle, la mobilisation des personnels autour de projets collectifs décidés au niveau des équipes et de valoriser l'engagement collectif dans ces démarches [...] Ces projets doivent contribuer

		à renforcer la qualité du service rendu et la pertinence des activités au sein des établissements, en faveur des usagers du service public mais également des personnels de ces mêmes établissements ainsi, le cas échéant, que des partenaires professionnels dans le cadre de l'organisation des filières de prise en charge et des parcours de soins à l'échelle des territoires ». Par ailleurs, elle est « attribuée, sur décision du chef d'établissement, à l'ensemble des agents de l'équipe porteuse d'un projet mis en œuvre en application des orientations-cadre prévues à l'article 2 » (art. 3 du même décret). Ce dispositif est applicable aux agents de la FPH et aux personnels médicaux et enseignants et hospitaliers (l'art. L. 6152-4 du code de la santé publique ouvre l'application de l'art. L. 714-14 du CGFP relatif à la prime d'intéressement collectif aux praticiens hospitaliers [PH], praticiens contractuels [PC], praticiens associés et hospitalo-universitaires [HU]). Le recours à ce vecteur nécessite une décision préalable des chefs d'établissement concernés et un avis des instances.
--	--	---

II. Leviers relatifs à la mobilisation de professionnels et d'étudiants en renfort

Dispositif	Textes de référence	Description
Possibilité d'employer en renfort des étudiants en santé pour la réalisation des activités d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ou des actes et activités d'infirmier	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du 3 février 2022 modifié relatif aux vacances des étudiants en santé pour la réalisation des activités d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ou des actes et activités d'infirmier, et à l'obtention du diplôme d'État d'aide-soignant et du diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture par certains étudiants ou anciens étudiants en santé - Arrêté du 5 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 3 février 2022 relatif aux vacances des étudiants en santé pour la réalisation des activités d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ou des actes et activités d'infirmier, et à l'obtention du diplôme d'État d'aide-soignant par les étudiants en santé non médicaux et du diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture par les étudiants sages-femmes 	Sous réserve de remplir certaines conditions, les étudiants en santé peuvent être employés à titre temporaire et en dehors de leur parcours de formation par les établissements de santé et médico-sociaux pour réaliser des activités d'aide pour la réalisation des activités d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ou des actes et activités d'infirmier . Les conditions dans lesquelles les étudiants sont employés sont précisées par un contrat de vacation ou à durée déterminée signé au plus tard le deuxième jour de travail par l'étudiant et le directeur de l'établissement employeur, dans le respect des conditions fixées par le code du travail, le décret n° 88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale ou le décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière.
Possibilité d'employer en renfort des étudiants de médecine ayant validé leur 3 ^{ème} année en tant qu'assistant de régulation médicale (ARM)	- Arrêté du 27 juillet 2022 relatif aux vacances des étudiants de médecine pour la réalisation des activités d'assistant de régulation médicale dans les centres de réception et de régulation des appels des SAMU centre 15 et du service d'accès aux soins	Les étudiants de médecine ayant validé leur troisième année du premier cycle ont la possibilité d'être mobilisés en dehors de leur parcours de formation. Ils peuvent être employés à titre temporaire par les établissements de santé pour réaliser des activités d'assistant de régulation médicale dans un centre de réception et de régulation des appels (CRR) d'un service d'aide médicale urgente (SAMU) et du service d'accès aux soins (SAS). Ils suivent une formation d'une durée minimum de cinq jours par un assistant de régulation médicale diplômé et agissent sous la responsabilité du médecin régulateur et en présence d'au moins un assistant de régulation médicale diplômé. Les missions qui peuvent être confiées aux étudiants au sein de l'équipe de régulation médicale sont identifiées par le médecin régulateur. Les conditions dans lesquelles

		les étudiants sont employés sont précisées par un contrat de vacation ou un contrat à durée déterminée signé au plus tard le deuxième jour de travail par l'étudiant et le directeur de l'établissement employeur, dans le respect des conditions fixées par le code du travail ou le décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière.
Recours aux étudiants de 3 ^{ème} cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie disposant d'une autorisation de remplacement d'exercer dans les ES	- Décret n° 2022-1466 du 24 novembre 2022 autorisant les étudiants de 3 ^{ème} cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie à effectuer des remplacements dans les établissements de santé	Le décret précité organise les modalités de recrutement des étudiants de 3^{ème} cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie autorisés à exercer à titre de remplaçant la médecine, la pharmacie et l'odontologie au sein des établissements de santé.
Recours aux professionnels de santé en prolongation d'activité	- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 modifiée relative à la politique de santé publique (art.138) - Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels	Dans les établissements publics de santé et dans les centres de santé qui leur sont rattachés, pour les médecins et infirmiers visés au 7° de l'article L.161-22 du code de la sécurité sociale ou visés à l'article L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite, la limite d'âge fixée à l'article L. 556-11 du code général de la fonction publique est portée, à titre transitoire, à, respectivement, soixante-quinze et soixante-douze ans jusqu'au 31 décembre 2035. Ces reports de limite d'âge sont également applicables dans les centres de santé gérés par les collectivités territoriales ou leurs groupements mentionnés à l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique, pour les professionnels mentionnés au 8° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ou auxquels s'applique l'article L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite.
Vacations des professionnels de santé libéraux dans les ES		La législation permet de faire appel à des professionnels de santé libéraux médicaux, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes au sein des établissements de santé.

Annexe 3

Gestion des tensions hospitalières

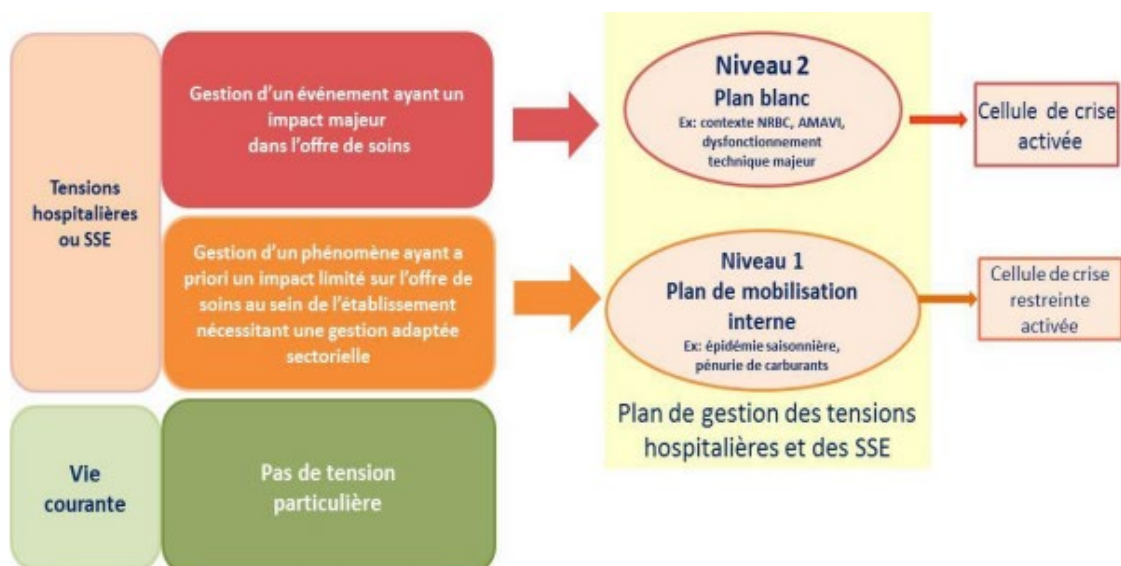
Chaque établissement de santé, quel que soit son statut (public ou privé), est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale.

Comme le rappelle le guide méthodologique d'élaboration du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé (PGTHSSE)¹, l'organisation de la montée en puissance repose sur la mise en place d'une gradation selon deux niveaux :

- **Niveau 1 – « Plan de mobilisation interne »** : pour la gestion des tensions ou des situations avérées potentiellement critiques sans toutefois mettre, à court terme, l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant. Ce type de situation est toutefois suffisamment critique pour exiger une organisation particulière, une vigilance active et la mise en œuvre, le cas échéant, de mesures d'anticipation ou de gestion. Ce niveau, qui correspond à l'activation du plan de mobilisation interne, nécessite la mise en place d'une cellule de crise hospitalière (CCH) restreinte. Plusieurs circonstances peuvent être prises pour exemple : la gestion interne d'une épidémie saisonnière (ex : grippe), une crise de l'approvisionnement en carburants, les crues et inondations (réponse de niveau 1 engagée lorsque les informations météorologiques le justifient). Le niveau 1 peut également correspondre à l'anticipation d'un risque pouvant menacer l'établissement (ex : menace d'attentats) et nécessitant une mise en pré-alerte avec l'activation de la CCH et la mobilisation des services concernés. Ce niveau peut également être activé préventivement à la demande de l'ARS lors d'un événement potentiellement générateur d'une SSE (ex. grand événement sportif) ou en cas de risque ou de menace imminente sur le territoire.
- **Niveau 2 – « Plan blanc »** : pour la gestion des situations exceptionnelles avec un impact potentiellement majeur sur l'établissement de santé. Ce niveau, qui correspond à l'activation du plan blanc, permet la mobilisation de toutes les capacités de l'établissement (moyens humains et logistiques) dans le cadre d'une organisation spécifique pilotée par une CCH structurée. Il permet d'assurer la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels tout en maintenant la continuité et la qualité des soins des patients non directement impliqués dans l'événement et ce, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Il permet aussi de préserver la sécurité des patients et des personnels (ex. afflux de victimes potentiellement contaminées). La mise en œuvre de ces dispositions intervient sans délai, par le directeur de l'établissement, ou le cas échéant, à la demande du directeur général de l'ARS.

Une vigilance particulièrement accrue est demandée aux ARS ainsi qu'aux établissements de santé quant au respect des définitions des « plan de mobilisation interne » et « plan blanc » dans leur remontée d'information hebdomadaire sur le niveau de tension du secteur hospitalier.

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



¹ [guide_pgthsse_2024.pdf](#)

Lors d'un événement ayant un impact sur l'offre de soins, le directeur d'établissement ou le directeur général d'ARS décide de l'activation de l'un des deux niveaux de réponse du PGTHSSE et en assure le pilotage et la gestion. Il s'appuie pour cela sur une CCH rassemblant les principaux responsables de l'établissement chargés de coordonner l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs. La CCH doit pouvoir être mise en place en moins de 45 minutes et être dimensionnée en fonction du niveau de réponse à apporter afin que celle-ci soit efficace et proportionnée à la nature et à l'ampleur de l'évènement (équipes soignantes, techniques, numérique, DRH, etc.).

En tant que de besoin, les dispositions prévues dans le plan ORSAN EPI-CLIM du dispositif ORSAN régional² ont vocation à être activées en anticipation d'une canicule et déclinées par les opérateurs de soins sous pilotage ARS. Dans ce cadre, l'ARS assure la coordination de l'offre de soins en mobilisant les professionnels de santé de ville notamment les structures d'exercice coordonné (plans de réponse aux crises sanitaires graves) et les établissements et services médico-sociaux (plans bleus).

² https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_orsan_2024.pdf

Annexe 4

Régulation de l'accès aux urgences

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

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

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

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

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

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

- Le pré-requis incontournable : vérifier les capacités du **SAMU-SAS** sur la période et la plage horaire prévues :
 - **Capacité à absorber la hausse du volume d'appels** : il est nécessaire de s'assurer, en amont, avec le chef de service du SAMU-SAS que ce dernier sera capable d'assumer le surcroît d'activité généré, *a fortiori* lorsqu'une régulation territoriale est décidée. Au besoin, des renforts doivent être prévus pour ne pas dégrader la prise en charge des appels urgents sur le territoire ;
 - **Capacité à trouver des solutions de prise en charge en ville** (organisation robuste des soins non programmés) : la régulation ne pourra être effective que s'il existe des solutions de prise en charge des soins non programmés en ville pour les appelants. En effet, en l'absence de telles solutions, le SAMU-SAS sera contraint d'orienter vers les urgences des patients qui pourraient être pris en charge en ville.
- Objectiver un **besoin organisationnel de refiliation** pour l'établissement de santé :
 - Pour la **régulation pérenne**, la **mise en place préalable de la réorientation à l'entrée des urgences** est requise et doit se révéler insuffisante pour prévoir son remplacement par le dispositif de régulation ;
 - Pour la **régulation temporaire**, il est nécessaire d'avoir une **situation de tension particulière** qui exige la mise en place de cette refiliation : la situation doit être objectivée pour l'établissement de santé concerné par la mesure de régulation par le biais de données, constatées ou anticipées ;
- La mise en place de l'**information** ou des **concertations territoriales** :
 - Pour la **régulation pérenne**, concertation préalable des acteurs territoriaux : SAMU-SAS, représentants des professionnels de santé de la structure des urgences (SU) ou de l'antenne de médecine d'urgence (MU) concernée, établissements de santé du territoire, union régionale des médecins libéraux, conseil départemental de l'Ordre des médecins. Il est essentiel d'associer les représentants des usagers à ces concertations préalables. L'avis préalable du comité consultatif d'allocation des ressources pour les urgences (CCAR-U) est obligatoire ;
 - Pour la **régulation temporaire**, information des acteurs territoriaux : CCAR-U, SAMU-SAS, représentants des professionnels de santé de la SU ou de l'antenne de MU concernée, établissements de santé du territoire, union régionale des médecins libéraux, conseil départemental de l'Ordre des médecins, service départemental d'incendie et de secours (SDIS), en incluant également les représentants des usagers, le plus en amont possible.

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