FEDORU
Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences

Recommandations

Structuration des ORU



À propos

La Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences, association loi 1901, créée le 8 octobre 2013, est organisée autour de ses membres : les ORU, et des professionnels qui y travaillent (médecins urgentistes, paramédicaux, profils administratifs, DATA – data scientist, data manager -, statisticiens, géomaticiens, etc.).

À ce jour, la FEDORU regroupe les 12 ORU de France hexagonale. Elle s'articule autour d'un Conseil d'administration, de 6 comités permanents dont 1 comité scientifique, et de groupes de travail.

Son principal objectif est l'amélioration de la prise en charge des patients aux urgences. Pour cela, elle décline ses activités autour de 4 grands axes :

- Représentation des ORU à l'échelle nationale auprès des instances nationales (pouvoirs publiques, partenaires, etc.), partage d'expérience et d'initiatives locales, travaux communs et promotion ;
- Expertise métier dans le domaine des soins urgents au service des institutions et des partenaires ;
- Analyse des données d'urgence pour développer la connaissance de l'activités des structures de médecine d'urgence et de leurs organisations, production d'indicateurs innovants ;
- Proposition d'outils et de recommandations : amélioration de la qualité des données, des organisations et aide au pilotage.

Sommaire

Introduction 04

Constat 05

Objectifs 06

Recommandations 06

Conclusion 14

Annexes 15

Glossaire 29

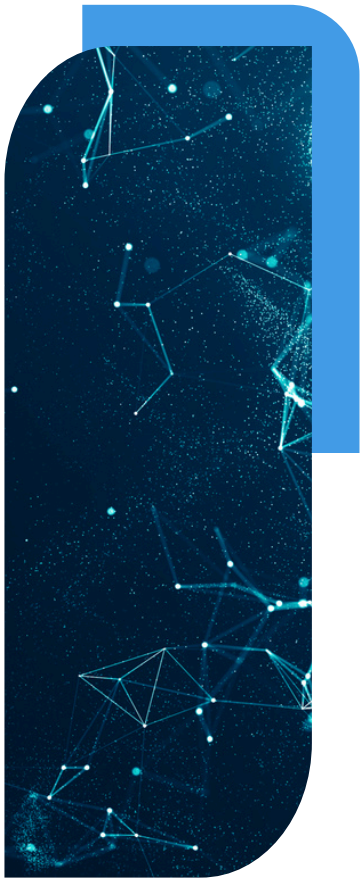


Introduction

Les premiers Observatoires Régionaux des Urgences (ORU) ont vu le jour au début des années 2000. Leur création répondait à un besoin croissant de mieux connaître l'activité des structures de médecine d'urgence au sein des territoires. Progressivement, chaque région s'est dotée d'une organisation propre, dont les missions ont évolué en fonction des besoins locaux et des priorités régionales.

Aujourd'hui, la nécessité de disposer d'informations fiables et de qualité, issues du terrain ne fait plus débat. Les enjeux portent désormais sur la capacité à exploiter ces données, à les croiser avec d'autres sources d'information et à les transformer en connaissances utiles pour les professionnels de santé, les établissements, les autorités sanitaires et les décideurs publics. L'objectif est double : améliorer la qualité de la prise en charge des patients et éclairer la décision publique par des données objectivées.

Constat



À ce jour, aucun cadre réglementaire national ne définit les missions, l'organisation ou les moyens des ORU. Afin de disposer d'une vision globale des organisations existantes, la FEDORU a réalisé en 2026 un état des lieux des différents modèles d'ORU. Les 11 ORU alors en activité ont participé à cette enquête, dont les résultats sont présentés dans un rapport d'analyse (à paraitre en novembre 2026).

Ce travail met en évidence une forte hétérogénéité des organisations régionales. Les missions exercées, les modalités de gouvernance, les ressources humaines et les financements varient d'un territoire à l'autre, en fonction des priorités régionales. Les budgets peuvent ainsi présenter un rapport de 1 à 5, voire davantage lorsque certaines structures assurent des missions complémentaires, telles que la coordination territoriale de la gestion des lits.

Les ORU présentent également des profils différents selon leur mode de gouvernance. Certains sont davantage orientés vers l'animation des réseaux de professionnels de terrain, notamment lorsqu'ils sont portés par le réseau de médecine d'urgence, tandis que d'autres disposent d'une plus grande autonomie dans l'accès aux données et le développement d'outils d'analyse.

La collecte des données est, dans la majorité des régions, assurée par les Groupements Régionaux d'Appui au Développement de l'e-Santé (GRADeS), avec lesquels les ORU partagent souvent la gouvernance du concentrateur. Les modalités de collecte et de traitement des données diffèrent également d'un territoire à l'autre. Ces activités sont portées dans la majorité des cas par les ORU. Les flux issus des services d'urgence et des SAMU peuvent ainsi varier d'un strict respect des exigences réglementaires à des dispositifs élargis permettant des analyses plus approfondies.

Parallèlement, les besoins des territoires ont fortement évolué. Les attentes portent désormais sur l'analyse des parcours de soins, l'évaluation des organisations, la coordination territoriale, l'identification des tensions et le soutien à l'amélioration continue de la qualité des prises en charge. Dans ce contexte, **la définition d'un socle commun de missions apparaît aujourd'hui nécessaire afin de garantir une réponse homogène aux besoins des territoires tout en préservant les capacités d'adaptation aux spécificités régionales.**

Objectifs



Ce document a vocation à constituer un guide national de référence pour la structuration et l'évolution des Observatoires Régionaux des Urgences (ORU).

Il vise à :

- Définir un référentiel national des missions des ORU ;
- Définir un socle minimal de gouvernance ;
- Définir un socle minimal de ressources humaines et financières ;
- Formaliser les relations entre les ORU, les ARS et les GRADeS.

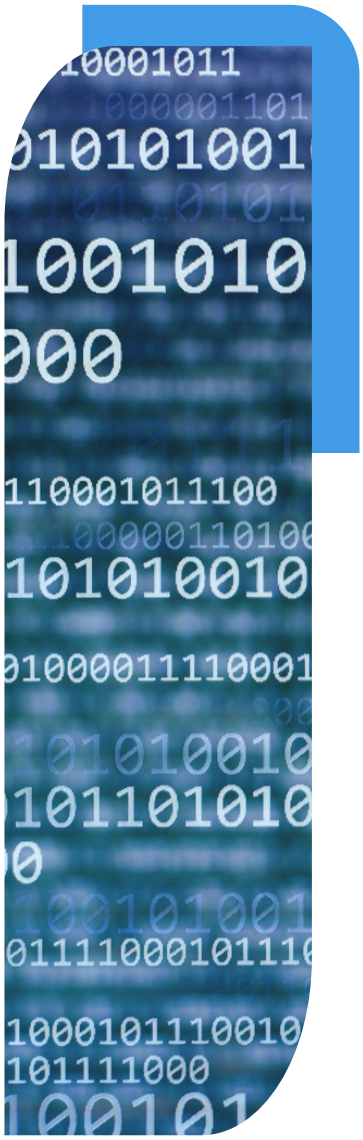
Recommandations

1. Missions des ORU

La définition des missions apparait comme une première étape essentielle dans une démarche de structuration d'un ORU. À partir des observations disponibles au travers de l'état des lieux, la FEDORU propose de distinguer 3 types de missions :

- Les missions socles dites « initiales » ;
- Les missions stratégiques communes (ou socle élargi) ;
- Les missions complémentaires.

Missions socles initiales



Les ORU ne font l'objet d'aucun encadrement règlementaire. Néanmoins, ils sont évoqués dans l'instruction du 31 juillet 2013 accompagnant l'arrêté du 24 juillet 2013 sur la transmission obligatoire des RPU. Depuis avril 2026, un 2nd arrêté encadrant la remontée des données d'intervention SMUR (RPIS) est entré en vigueur. Bien que les ORU n'y soit pas explicitement mentionnés, dans l'ensemble des régions qui en disposent (soit, à date, toutes les régions hexagonales à l'exception de la Corse et des régions outre-mer), la mission de suivi qualité et d'exploitation des données leur est confiée par les ARS.

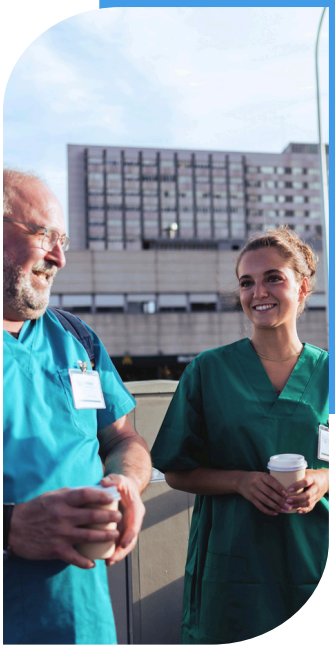
Ainsi, les missions socles initiales proposées par la FEDORU reprennent l'exploitation des données issues des structures de médecine d'urgence et les missions connexes comme le suivi de la qualité et la rétro-information aux partenaires :

- Analyse des Résumés de Passage aux Urgences (RPU) ;
- Analyse des Résumés d'intervention SMUR (RPIS) ;
- Analyse des Résumés de régulation des SAMU-SAS (RDR) ;
- Contrôle, suivi et amélioration de la qualité des données ;
- Production et diffusion d'indicateurs à destination des ARS, des établissements de santé, des professionnels de terrain et des partenaires institutionnels ;
- Élaboration de tableaux de bord et d'outils d'aide à la décision.

Les missions stratégiques communes ou « socle élargi »

L'évolution des besoins des territoires et des politiques publiques a progressivement conduit les ORU à exercer des missions dépassant le seul champ de l'observation de l'activité des structures de médecine d'urgence. Déployées dans plusieurs régions à la demande des Agences Régionales de Santé, ces missions ont démontré leur intérêt pour améliorer la coordination territoriale, renforcer le pilotage des organisations et accompagner les transformations du système de santé.

L'expérience acquise montre que leur portage par les ORU constitue un atout majeur. Grâce à leur positionnement transversal, à leur expertise des données et à leur proximité avec les acteurs de terrain, les ORU sont en mesure de produire une vision régionale objective des parcours de soins dans le cadre de la médecine d'urgence, d'identifier les tensions, d'évaluer les organisations et d'accompagner les décisions des autorités sanitaires.



Si ces missions ne relèvent pas aujourd'hui d'obligations réglementaires, leur intérêt est désormais largement reconnu. Elles constituent un socle stratégique commun, que la FEDORU recommande de déployer progressivement en tant que mission socle dans l'ensemble des régions afin de réduire les disparités territoriales et de garantir une capacité homogène d'appui aux politiques régionales de soins urgents.

Ces missions sont les suivantes :

- Coordination des filières territoriales, supra-territoriales et régionales relevant de la médecine d'urgence ;
- Analyse de données élargies issues des structures de médecine d'urgence (données RPU temps réel, données RPIS élargies, etc.) ;
- Suivi des filières d'urgences et analyse de leurs dysfonctionnements ;
- Suivi et analyse des ressources humaines médicales et paramédicales des structures d'urgence ;
- Suivi des déclarations et analyse des tensions hospitalières ;
- Suivi des capacitaires hospitaliers et des ressources disponibles ;
- Participation aux travaux de la FEDORU.

Les missions complémentaires



Enfin, certaines missions complémentaires peuvent être développées / confiées aux ORU en fonction des besoins spécifiques des régions et en regard des acteurs et organisations existantes :

- Analyse des soins non programmés et des organisations territoriales associées, notamment les CPTS ;
- Réalisation d'audits des structures de médecine d'urgence ;
- Accompagnement des établissements dans l'évolution de leurs organisations ;
- Analyse des capacités hospitalières ;
- Accompagnement au développement d'outils numériques d'aide à la prise en charge ;
- Contribution à la coordination territoriale de la gestion des lits ;
- Participation à la gestion des risques dans le cadre des missions des schémas régionaux d'appui selon les organisations régionales.

À moyen terme, les ORU pourraient également renforcer leur implication dans :

- L'exploitation des données de registres ;
- La recherche clinique et organisationnelle ;
- L'innovation en santé.

2. Gouvernance



Les recommandations de la FEDORU distinguent d'une part la gouvernance à mettre en place pour la phase de structuration de l'ORU et d'autre part la gouvernance de fonctionnement.

Structuration de l'ORU

Cette phase vise à définir le cadre de fonctionnement de l'ORU et plus particulièrement :

- Son statut juridique (Association, GCS, GIP) ;
- Son périmètre d'intervention (missions, contribution à la coordination régionale et ou territoriale des soins urgents, etc.) ;
- Les ressources humaines nécessaires à son fonctionnement et leur organisation ;
- Les moyens financiers alloués.

Cette réflexion doit associer en tant que parties prenantes indispensables :

- Les Agences Régionales de Santé (ARS) ;
- Les fédérations hospitalières publiques et privées (FHF, FHP, FEHAP) ;
- Les représentants de la communauté médicale du monde de l'urgence.

D'autres partenaires peuvent être associés à ces travaux préparatoires, notamment les GRADeS.

Gouvernance de fonctionnement

La gouvernance doit permettre une représentation équilibrée de l'ensemble des acteurs impliqués — financeurs, décideurs institutionnels et acteurs de terrain — afin de garantir une vision partagée des enjeux. Elle doit favoriser un dialogue structuré entre ces différentes parties prenantes, permettant de confronter les orientations stratégiques aux réalités opérationnelles.

La gouvernance de fonctionnement embarque une gouvernance exécutive et une gouvernance opérationnelle.

La **gouvernance exécutive** est matérialisée selon les statuts de la structure par l'assemblée générale et le conseil d'administration ou assimilé. Par nature, elle intègre donc l'ensemble des membres de la structure. Elle doit être majoritairement portée par les établissements disposant de structures de médecine d'urgence, avec une représentation de médecins urgentistes.

En complément, parmi les membres invités (non-votant), il apparaît intéressant d'associer :

- Le GRADeS ;
- Les fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP)
- Les associations régionales de professionnels impliquées dans l'organisation des soins urgents et de la permanence des soins (CPTS, ADOPS, URPS, SDIS, représentant des ambulanciers, etc.).

Enfin, l'ARS doit également être systématiquement invitée aux instances de la gouvernance exécutive.



La **gouvernance opérationnelle** assure le pilotage quotidien, la stratégie de la structure et la mise en œuvre de ses missions. Elle est portée par l'équipe de direction de l'ORU.

Afin de garantir une complémentarité entre l'expertise métier, la connaissance des réalités de terrain et les compétences de pilotage administratif, la FEDORU propose que cette gouvernance repose sur un binôme de direction. Celui-ci devrait, de préférence, associer un médecin urgentiste, idéalement en activité, garant de l'expertise médicale et de la légitimité auprès des professionnels, et un administratif, chargé du pilotage administratif et financier de la structure.

3. Modèle juridique

Aujourd'hui, les modèles d'ORU existants comportent des ORU indépendants et des ORU « portés » (sur les 12 ORU existants, 2 sont portés par l'observatoire régional de la santé, 2 par le GRADeS et 3 par le réseau des urgences). Pour la FEDORU, l'ORU doit se positionner en tant que structure indépendante (non « portée ») jouant un rôle d'interface entre l'ensemble des acteurs des urgences et des soins non programmés.

Le modèle juridique retenu doit tenir compte de l'histoire et des spécificités de chaque région. Plusieurs formes peuvent être envisagées :

- Association ;
- Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) public ou privé ;
- Groupement d'Intérêt Public (GIP).

L'essentiel réside dans la capacité de la structure à garantir son indépendance, sa neutralité et sa légitimité auprès de l'ensemble des partenaires. Un comparatif de ces différentes formes juridiques est proposé en annexe I.

4. Ressources humaines



Afin d'assurer l'ensemble des missions socles proposées (socle initial + élargi), chaque ORU doit disposer a minima des ressources suivantes :

- Un directeur ou coordonnateur médical issu de la médecine d'urgence, idéalement en activité ;
- Un directeur ou coordonnateur administratif ;
- Un secrétariat administratif ;
- Deux statisticiens ou data analyst/scientist ;
- Un ou plusieurs animateurs de réseau issus des professions de santé. Ces professionnels assurent notamment :
  - L'animation des filières ;
  - Le partage des bonnes pratiques ;
  - L'organisation de webinaires ;
  - Les retours d'expérience ;
  - L'accompagnement des acteurs territoriaux.

5. Modèle économique

Pour la FEDORU, le financement des ORU doit pouvoir reposer sur trois niveaux complémentaires : un financement socle, des financements régionaux complémentaires, ainsi que des financements potentiels dédiés à l'innovation et à la recherche.

Un financement national socle

Il permet de couvrir les missions socles définies dans le référentiel national ainsi que les ressources humaines minimales nécessaires à leur réalisation. En complément des ressources humaines, le financement socle doit couvrir l'ensemble de l'environnement de travail nécessaire :

- Locaux ;
- Infrastructures des systèmes d'information ;
- Equipements et outils bureautiques ;
- Logiciels spécialisés ;
- Abonnements et services numériques.

Des financements régionaux complémentaires

Ces financements seraient mobilisés pour financer les missions complémentaires qui visent à répondre aux besoins spécifiques des territoires.



Des financements dédiés à l'innovation et à la recherche

Ces financements pourraient être obtenus par les ORU dans le cadre d'appels à projets nationaux ou européens, de programmes de recherche ou d'initiatives d'innovation en santé.

6. Coordination entre les ARS, les GRADeS et les ORU

Afin de garantir une efficacité de fonctionnement entre le tryptique ARS, GRADeS, ORU, la formalisation des rôles et responsabilités de chacun de ces acteurs au travers d'une convention régionale apparait essentielle.

Cette convention devra préciser :

- Les rôles et responsabilités de chaque structure ;
- Les modalités de partage et d'exploitation des données ;
- Les engagements réciproques ;
- Les modalités de gouvernance commune ;
- Les objectifs opérationnels poursuivis.

Un point d'attention particulier doit être apporté à l'articulation du fonctionnement de l'ORU avec son GRADeS, notamment sur le volet de l'accès aux données. En effet, afin de pouvoir assurer ses missions, l'ORU doit obligatoirement disposer d'un accès à l'ensemble des données issues des structures de médecine d'urgence (SMU) — notamment RPU, RDR, RPIS — ainsi qu'aux données des établissements (filières, capacitaire, déclarations de tension).

Pour y parvenir, les données doivent être centralisées au sein d'un concentrateur régional, pour lequel l'ORU doit disposer d'un accès autonome, permanent (24h/24, 365 jours par an) et sans limitation concernant l'accès aux données (données brutes) dans le respect du RGPD.



Conclusion

L'Observatoire Régional des Urgences de demain ne peut plus être uniquement un outil de suivi de l'activité des services d'urgence.

Il doit devenir un véritable tiers de confiance régional indépendant, capable de collecter, analyser, interpréter et transformer les données relatives aux soins urgents et non programmés en informations stratégiques utiles aux professionnels, aux établissements de santé, aux agences régionales de santé et aux patients.

Son évolution doit reposer sur cinq piliers fondamentaux : observation, analyse, évaluation, coordination et anticipation.

La mise en place d'un cadre national harmonisé permettra de renforcer l'efficacité des ORU, de réduire les disparités territoriales et de contribuer à une meilleure organisation des parcours de soins urgents et non programmés sur l'ensemble du territoire.

Annexes

1) Comparatif des différents statuts juridiques adaptés pour les ORU

TABLEAU COMPARATIF GROUPEMENTS D'INTERÊT PUBLIC (G.I.P.) - GROUPEMENTS DE COOPERATION SANITAIRE (G.C.S.)[1]- ASSOCIATIONS[2]

[1]Compte tenu de la nature des activités concernées seul le cas des G.C.S de moyens (sans autorisation de soins ou d'équipement) est traité
[2]Associations déclarées - hors particularités des associations non déclarées et associations reconnues d'utilité publique

	GIP	GCS de moyens	Association
Principaux textes juridiques	‣ Articles 98 et suivants de la Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011, ‣ Décret n° 2012-91 du 26 janvier 2012 relatif aux groupements d'intérêt public ‣ Décret n° 2013-292 du 5 avril 2013 relatif au régime de droit public applicable aux personnels des groupements d'intérêt public	‣ Articles L6133-1 et suivants du code de la santé publique (CSP) ‣ Articles R6133-1 et suivants du CSP	‣ Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ; ‣ Décret du 16 août 1901 pris pour l'exécution de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ‣ Articles L612-1 à L612-5 du code de commerce
Régime juridique	De droit public lorsqu'il poursuit une activité de nature administrative. De droit privé en cas d'activité à caractère industriel ou commercial Pas d'option libre	De droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public/ et des personnes physiques ou morales exerçant une profession de santé à titre libéral. De droit privé lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé. Dans les autres cas, fixation libre dans la convention constitutive.	De droit privé exclusivement

	GIP	GCS de moyens	Association
Constitution	Convention constitutive soumise à approbation du DG ARS ou du Ministre suivant le périmètre géographique de l'activité ou des membres. Dossier à constituer comportant notamment « la justification du choix du régime comptable applicable au groupement » Attention le silence conservé pendant 4 mois vaut refus (publication dans un délai de 15 jours après accord)	Convention constitutive soumise à approbation du DG ARS. Dossier à constituer (délibérations des instances compétentes des membres, budget prévisionnel notamment) Son silence conservé pendant 2 mois vaut accord (publication dans un délai de 15 jours après accord)	Libre - Dépôt auprès des services préfectoraux, publication et immatriculation
Modifications	Formalités identiques à celles exigées pour la constitution et ensemble de documents à fournir	Formalités identiques à celles exigées pour la constitution - Exigence d'unanimité des membres présents ou représentés - Donne lieu à un avenant signé par l'ensemble des membres	Suivant dispositions statutaires - déclaration en préfecture, publication obligatoire en cas de changement de nom, sigle, objet ou siège.

	GIP	GCS de moyens	Association
Membres	Suivant les dispositions statutaires - Au moins une personne morale de droit public - Interdiction faite aux collectivités territoriales et leurs groupements de constituer entre elles des GIP pour certaines activités	- Etablissements de santé publics ou privés, établissements médico-sociaux, centres de santé, maisons de santé, des personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral ; - Le GCS doit comprendre au moins un établissement de santé, sauf dans le cas où il est lui-même érigé en ES ; - Pour les exploitations d'autorisation, en outre, sont autorisés les médecins et personnes dont l'objet porte sur l'exploitation de telles autorisations - Pour les autres membres : possible sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé ; - Attention : Participation interdite des personnes poursuivant principalement une activité soit de fournisseur, de distributeur ou de fabricant de produit de santé, soit de prestataire de services à but lucratif	Suivant les dispositions statutaires - Au moins deux membres
Objet	Activités d'intérêt général à but non lucratif.	Faciliter, développer ou améliorer l'activité de ses membres, activités en commun, équipements d'intérêt commun, interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux, exploiter ou détenir des autorisations de soins ou d'équipements.	Les associations sont formées dans un but autre que de partager des bénéfices.
But lucratif	Non	Non	Non, sous peine de requalification et soumission au régime fiscal des entreprises commerciales
Durée	Déterminée ou indéterminée	Déterminée ou indéterminée	Déterminée ou indéterminée

	GIP	GCS de moyens	Association
Capital	Avec ou sans capital	Avec ou sans capital	Sans capital
Droits des membres	Les personnes morales de droit public et les personnes morales de droit privé chargées d'une mission de service public doivent détenir ensemble plus de la moitié du capital ou des voix dans les organes délibérants. Les droits des membres ne peuvent être représentés par des titres négociables. Les apports entre les membres ne doivent pas être « manifestement déséquilibrés » (Conseil d'État, avis n° 397803 du 6 juin 2019)	Droits proportionnels : - à leurs apports au capital, ou - à leur participation aux charges de fonctionnement. Dans ce cas, pourcentage fixé pour la durée du groupement sauf entrées/sorties ou modifications substantielles Interdiction des apports représentés par des titres négociables et des apports en industrie - apports sous forme de biens possibles dans le respect des règles du GCS	Conditions fixées par les statuts - Respect des principes fondamentaux de non-discrimination et de libre association. Respect du principe de fonctionnement démocratique.
Adhésion	Conditions fixées par la convention constitutive	Unanimité et avenant soumis à l'approbation du DGARS + publication exigée Attention : nouvelle adhésion obligatoire en cas de fusion ou absorption impliquant un membre	Conditions fixées par les statuts
Retrait - exclusion	Suivant les conditions prévues par la Convention Respect des droits de la défense.	Préavis de six mois avant la clôture de l'exercice - Effet au 31 décembre - Avenant exigé - détermination des conditions de sortie et de poursuite du GCS par délibération Exclusion possible en cas de liquidation, redressement ou sauvegarde. Audition préalable du membre obligatoire	Conditions fixées par les statuts Respect des droits de la défense (Cass., civile, 17 mars 2011, n°10-14.124)

	GIP	GCS de moyens	Association
Dettes	Conditions déterminées par la convention constitutive. Les membres ne sont pas solidaires entre eux. Responsabilité des dettes à hauteur des droits	Conditions déterminées par la convention constitutive. Les membres ne sont pas solidaires entre eux. Responsabilités des dettes à hauteur des droits	Conditions déterminées par les statuts. Les membres ne sont pas solidaires entre eux. Pas de responsabilité sauf cas particuliers (faute personnelle, association non déclarée, cautions ou dirigeant de faits)
Organes	Assemblée générale, Directeur. Conseil d'administration (avec président à désigner) facultatif. Médecin coordonnateur possible.	Assemblée générale, administrateur et administrateur suppléant. Comité restreint facultatif (Administrateur membre de droit) Médecin coordonnateur possible.	Assemblée générale, président (au moins un représentant légal) Conseil d'administration et Bureau (secrétaire, trésorier, vice-président) facultatifs. Médecin coordonnateur possible.
Représentant légal /dirigeant	Directeur Désigné dans les conditions prévues par la convention. Assure le fonctionnement du groupement dans des conditions prévues par la convention. Dans ses rapports avec les tiers, engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de celui-ci. La même personne peut assurer les fonctions de directeur et de président du conseil d'administration si la convention constitutive le prévoit.	Administrateur (+ suppléant obligatoire) Personne physique désignée parmi les représentants des membres suivant les modalités statutaires Prépare et exécute les délibérations de l'assemblée générale et le cas échéant du comité restreint (budget inclus) Représente le groupement dans tous les actes de la vie civile, auprès des tiers et peut ester en justice. Il a la qualité d'ordonnateur des recettes et des dépenses pour les GCS de droit public.	Président Représentation auprès des tiers. Compétences librement déterminées par les statuts Nécessité de prévoir des pouvoirs de représentation suffisants (actes de la vie civile, action en justice).

	GIP	GCS de moyens	Association
Assemblée générale	Compétence pour toute question relative à l'administration, sauf dispositions de la convention constitutive Compétence exclusive pour les modifications de la convention, la transformation, la dissolution du groupement. Réunion de droit à la demande d'un quart au moins des membres ou d'un ou plusieurs membres détenant au moins un quart des voix.	Compétence pour toutes questions relatives à l'administration, à la modification. Possibilités de délégation de certaines compétences à l'Administrateur ou au Comité restreint pour une durée déterminée. Réunion au moins une fois par an. Quorum fixé à la moitié des droits. Réunion de droit à la demande du tiers des membres.	Réunion au moins une fois par an (comptes annuels et rapport de gestion).
Fonctionnement	Conditions fixées par la convention constitutive	Conditions fixées par la convention constitutive	Conditions fixées par les statuts
Contributions/Ressources	Contributions financières des membres, mise à disposition de personnels, de locaux ou d'équipement sans contrepartie, subventions, produits des biens, emprunts, dons et legs.	Proportionnelle - attention à la fiscalité - utilisation du service fait Contributions des membres possible sous forme de mise à disposition de locaux, de matériels ou de personnels (évaluation sur la base de leur valeur nette comptable ou de leur coût réel) Subventions suivant le droit commun Attention : prestations à des tiers interdites	Conditions fixées par les statuts - toutes ressources autorisées par la loi possible

	GIP	GCS de moyens	Association
Personnels	Le GIP peut être employeur : - Personnels recrutés à titre complémentaire relevant du statut des agents contractuels de la fonction publique de l'État ou du droit privé suivant le régime du groupement • Personnels mis à disposition • Personnels de personnes publiques non-membres (mise à disposition, détachement)	Le GCS peut être employeur : - Personnels relevant du statut des agents contractuels de la fonction publique hospitalière ou du droit privé suivant le régime du groupement - Personnels mis à disposition	L'association peut être employeur : • Personnels relevant du droit privé • Personnels mis à disposition ou détachés (attention : pas de PH en mise à disposition - article R6152-50 du code de la santé publique)
Instances représentatives du personnel	GIP de droit public : Comité social d'administration + CCP Possible CCP commune à plusieurs GIP ayant le même objet GIP de droit privé : Comité social et économique si + de 11 salariés	Comité social d'établissement pour les GCS de droit public + CCP du département du siège (établissement public de santé gestionnaire) Comité social et économique si + de 11 salariés pour les GCS de droit privé	Comité social et économique si + de 11 salariés pour les GCS de droit privé
Comptabilité - contrôle	Suivant le régime juridique : • Privée avec commissaire aux Comptes obligatoire; • Publique avec désignation d'un Comptable public. Si l'État est membre : possibilité de nommer un Commissaire du gouvernement Si l'État ou un organisme soumis à son contrôle économique ou financier est membre : possibilité de contrôle économique et financier de l'État.	Suivant le régime juridique : • Privée avec commissaire aux comptes obligatoire ; • Publique avec désignation d'un comptable public. Approbation et transmission du rapport et du compte financier au DG ARS le 30 juin au plus tard.	Publication et dépôt des comptes annuels, + désignation d'un Commissaire aux comptes obligatoire notamment en cas de moins 153 000 € des subventions publiques (sauf subvention européenne). Toujours possible, à titre facultatif, afin de garantir la sincérité des comptes. Approbation des comptes le 30 juin au plus tard.

	GIP	GCS de moyens	Association
Résultats	Interdiction de distribution de bénéfices. Les excédents annuels sont utilisés à des fins correspondant à l'objet du groupement ou mis en réserve.	Interdiction de distribution de bénéfices. Le résultat de l'exercice est affecté selon les conditions définies par le régime comptable applicable. GCS de droit privé : conditions définies par la convention constitutive. Affectation en réserves, charges de fonctionnement, investissement ou report.	Interdiction de distribution de bénéfices. Suivant les règles de la comptabilité privée (report, réserves).
Dissolution	• Volontaire • Extinction de l'objet • Arrivée du terme • Retrait ou exclusion entraînant l'adhésion d'un seul membre restant • Décision motivée de l'autorité compétente (ARS - Ministre - représentant de l'État)	• Volontaire • Extinction de l'objet • Arrivée du terme • Retrait ou exclusion entraînant l'adhésion d'un seul membre restant • Décision motivée du DGARS Attention : doit être notifiée au DGARS qui en assure la publication	• Volontaire • Extinction de l'objet • Arrivée du terme • Retrait ou exclusion entraînant l'adhésion d'un seul membre restant • Décision motivée du Préfet
Liquidation	La personnalité morale subsiste pour les besoins de la liquidation. Désignation du liquidateur par l'assemblée. Conditions de nomination, les conditions de rémunération, les attributions et l'étendue des pouvoirs du liquidateur prévue par la convention. Nommé par les membres du groupement ou, à défaut, par décision de l'État, décision devant être publiée. Dévolution de l'actif net restant suivant décision de l'assemblée générale.	La personnalité morale subsiste pour les besoins de la liquidation. Désignation du liquidateur par l'assemblée. L'ensemble de l'actif et du passif du groupement ainsi que ses droits et obligations sont répartis entre les membres conformément aux règles définies par la convention constitutive. Les biens mobiliers et immobiliers mis à disposition du groupement par un membre restent la propriété de ce membre.	La personnalité morale subsiste pour les besoins de la liquidation. Désignation du liquidateur par l'assemblée. Dévolution des biens suivant les disposions statutaires ou décision de l'assemblée générale. En principe, pas de reprise des apports par les membres.

2) Points d'attention sur les différents statuts

Le choix de la forme juridique dépend d'un certain nombre de facteurs qui doivent être bien appréhendés préalablement :

- Quelles seront les missions générales de la structure ? Des missions opérationnelles sont-elles envisagées au profit des membres ? De tiers (ce qui exclut les GCS – Groupement de coopération sanitaire) ?
- Quelles seront les ressources financières du groupement ? En cas de ressources issues principalement de subvention, CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), la forme associative est à remettre sérieusement en cause ;
- Est-il envisagé de poursuivre des activités accessoires générant des recettes ? (GIP, association)
- Des investissements importants sont-ils envisagés par les membres ? (Recherche de sécurité, de stabilité : GCS)
- La structure est-elle appelée à évoluer rapidement dans sa composition, ses activités ? (Recherche de souplesse dans les procédures : GIP, association)
- Comment seront gérées les ressources humaines, mon effectif sera-t-il important ? (Choix du régime juridique à adapter en fonction des ressources et personnels mis à disposition).

La forme associative : une souplesse assortie de risques

La forme associative séduit souvent par la simplicité indéniable des modalités de constitution et d'évolution, ainsi qu'une grande liberté dans l'organisation. Néanmoins, elle est porteuse de risques et de limites importantes qui ne peuvent être ignorées.

Le Conseil d'État considère qu'une association est transparente (« faux-nez ») lorsqu'elle « est créée à l'initiative d'une personne publique, qui en contrôle l'organisation et le fonctionnement et qui lui procure l'essentiel de ses ressources (Conseil d'État, 21 mars 2007, n° 281796 Commune de Boulogne-Billancourt, ou encore CE, 5 déc. 2005, Département de la Dordogne, n°259748).

Une telle qualification comporte plusieurs risques :

- L'identification d'une gestion de fait, en l'absence de Comptable public ;
- La requalification du régime juridique applicable aux salariés alors qualifiés d'agents publics ;
- La soumission aux dispositions du code de la commande publique, étant précisé que, si le financement est assuré principalement par un pouvoir adjudicateur, en toute hypothèse, le droit de la commande publique trouve à s'appliquer.

Il convient donc de bien encadrer le rôle du ou des financeurs, de sorte que l'organisation ou le fonctionnement ne soient pas placés sous son contrôle.

De plus :

- Les associations sont pénalement responsables à raison des infractions commises, en sus de celle qui peut être retenue à l'égard de leurs dirigeants ;
- Elles sont soumises aux dispositions relatives au redressement et à la liquidation judiciaire ;
- Leurs dirigeant sont responsables de leur gestion dans les conditions de droit commun (risques de sanctions dont certaines interdictions de gérer) ;
- Les salariés doivent être gérés conformément aux dispositions du code du travail et, le cas échéant, aux accords collectifs qui leurs sont applicables ;
- Les conditions de mise à disposition sont restreintes (pas de dispositions pour les praticiens hospitaliers).

Enfin, la rédaction des statuts ne peut être négligée et le volume important de modèles à la libre disposition du public conduit souvent à l'adoption de dispositions peu satisfaisantes (imprécision, manque de clarté, défaut d'adaptation ou de cohérence).

Il est rappelé que le Conseil d'État publie des statuts-types et un règlement intérieur-type pour les associations reconnues d'utilité publique. Sans que cette reconnaissance soit envisagée, cette trame constitue une base rédactionnelle sérieuse. Bien évidemment, elle doit être précisée et adaptée.

Ceci étant, elle aménage des modalités de fonctionnement démocratique adaptées aux exigences du secteur public, notamment pour l'octroi de subvention.

Le groupement de coopération sanitaire : un outil de coopération nécessitant une certaine stabilité

Le groupement de coopération sanitaire présente des avantages indéniables pour ce qui concerne son fonctionnement :

- En cas de composition mixte, libre choix du régime applicable ;
- Grande simplicité des formalités à la constitution ;
- Régime juridique largement déterminé par les textes, au demeurant adaptés au secteur de la santé ;
- Dispositions réglementaires intégrant fortement l'esprit de coopération ;
- Le régime juridique quel qu'il soit peut être maîtrisé aisément, les moyens adaptés pouvant être mobilisés facilement par les membres ;

Ceci étant, il présente des contraintes importantes qui doivent conduire les fondateurs à s'interroger sur le caractère adapté du modèle à un observatoire régional des urgences, ce qui dépend assez largement du mode de financement, d'organisation et des missions confiées.

Surtout, il s'agit d'un outil destiné à établir une coopération stable, souvent inscrite dans la durée, notamment en raison des investissements lourds qui peuvent être nécessaires. Il peut se révéler ardu d'assurer la gestion des admissions ou retraits de membres au gré des transformation de ces derniers, ou de l'évolution du périmètre du groupement.

Ainsi, notamment :

- Les modifications de la convention, y compris les adhésions, les retraits, et les fusions (ou scissions) d'établissements donnent systématiquement lieu à une délibération de l'Assemblée générale (l'unanimité étant requise), à la signature d'un avenant signé par l'ensemble des membres étant soumis à l'approbation du directeur général de l'ARS ;
- Outre ces formalités, le retrait ne peut être effectif qu'en respectant un préavis de six mois, et prend effet au 31 décembre de l'exercice considéré ;
- Le groupement n'a pas vocation à rendre des services à des tiers non-membres.

De plus :

- Les dispositions en vigueur limitent fortement la capacité à répartir les compétences entre les organes (assemblée, comité restreint, administrateur)
- L'Administrateur est désigné parmi les représentants des membres et ses fonctions sont gratuites : il est indispensable de prévoir un responsable ou directeur chargé des fonctions exécutives.

Le GIP : un outil relativement souple et compatible avec l'activité, nécessitant des ressources minimales

Le Groupement d'Intérêt Public (GIP) a été créé initialement dans le but de permettre des actions de recherche. Il présente une grande souplesse dans son organisation statutaire, son objet est librement déterminé et il peut tout à fait assurer rendre des services à des tiers, dans le cadre, par exemple, d'une coopération au-delà de son périmètre géographique. Le régime des entrées/sorties de membres est librement déterminé.

Ceci étant, ici également les fondateurs devront conserver en mémoire des points d'attention :

- Les formalités de constitution et de modification de la convention constitutive sont relativement lourdes, et le silence conservé par l'autorité compétente vaut refus : il conviendra de rester attentif à la computation des délais ;
- Les fondateurs ne peuvent pas librement décider du régime juridique applicable au groupement. Sauf à ce que l'activité de l'ORU soit conçue comme étant de nature « industrielle et commerciale », ce qui est peu probable, il sera soumis au droit public ;
- Le régime comptable relève du décret GBCP (Gestion Budgétaire et Comptable Publique) mais avec une certaine marge de manœuvre qui doit être soigneusement appréhendée à la rédaction ;
- Les agents recrutés en propre relèvent du régime des agents contractuels de l'État : les fondateurs devront veiller à disposer des compétences nécessaires et adaptées, tout en veillant à une certaine harmonisation des régimes entre les personnels mis à dispositions et personnels recrutés en propre ;
- Les instances représentatives du personnel sont intégralement internes, une éventuelle CCP (commission consultative paritaire) commune entre GIP ORU de droit public pourra être envisagée.

Dans tous les cas, point d'attention : l'application du droit de la commande publique

La soumission à un régime de droit public ou privé, y compris sous forme associative, n'entraîne absolument pas automatiquement l'absence de soumission au code de la commande publique.

Les fondateurs doivent conserver en mémoire que, sur ce point, l'article L1211-1, 2°) du code de la commande publique qualifie de « pouvoir adjudicateur » (donc soumis au dit code) les personnes morales de droit privé qui ont été créées pour satisfaire spécifiquement des besoins d'intérêt général ayant un caractère autre qu'industriel ou commercial, dont :

- Soit l'activité est financée majoritairement par un pouvoir adjudicateur ;
- Soit la gestion est soumise à un contrôle par un pouvoir adjudicateur ;
- Soit l'organe d'administration, de direction ou de surveillance est composé de membres dont plus de la moitié sont désignés par un pouvoir adjudicateur.

Aussi, il convient de bien anticiper la mobilisation des compétences nécessaires à l'application de ces dispositions.

Glossaire

ADOPS	Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des soins
ARS	Agence Régionale de Santé
CCP	Commission Consultative Paritaire
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPTS	Communauté Professionnelle Territoire de Santé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
ES	Établissement de santé
FEHAP	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires
FHF	Fédération Hospitalière de France
FHP	Fédération de l'Hospitalisation Privée
GBCP	Gestion Budgétaire et Comptable Publique
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GIP	Groupement d'Intérêt Public (GIP).
GRADeS	Groupements Régionaux d'Appui au Développement de l'e-Santé (GRADeS),
ORU	Observatoires Régionaux des Urgences

RDR	Résumé de Dossier de Régulation
RPIS	Remontée des données d'intervention SMUR
RPU	Résumé de Passage aux Urgences
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAS	Service d'Accès aux Soins
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SMU	Service de Médecine d'Urgence
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

Président :
Laurent Maillard

Coordinatrice éditoriale :
Cécile Forgeot

Conception graphique :
Elise Paquet

Fédération des Observatoires Régionaux
des Urgences (FEDORU)
Association loi 1901
10 rue la Vacquerie
75011 PARIS
contact@fedoru.fr
fedoru.fr

Novembre 2026