

GUIDE SUR LES ANTENNES DE MÉDECINE D'URGENCE



Juin 2025

Sommaire

01 –

Préambule du guide

Introduction	4
Liste des acronymes utilisés dans le guide.....	5

02 –

Le cadre juridique des antennes de médecine d'urgence

Les obligations réglementaires à respecter	7
Focus sur les équipes communes de territoire	11

03 –

La mise en place et le fonctionnement d'une antenne de médecine d'urgence

Les modalités d'implantation d'une antenne de médecine d'urgence.....	17
Les prérequis à la mise en place d'une antenne de médecine d'urgence	19
L'organisation de la fermeture nocturne de l'antenne de médecine d'urgence.....	24
La check-list ¹ opérationnelle pour la mise en place d'une antenne de médecine d'urgence	28

¹ « Check-list » signifie « liste de vérification »

01 – Préambule du guide

Introduction

La réforme des autorisations de médecine d'urgence du 29 décembre 2023² a créé un nouveau maillon parmi les structures de médecine d'urgence. En plus des services d'aide médicale urgente (SAMU), qui assurent une réponse médicale d'urgence au sein des services d'accès aux soins (SAS) et peuvent déclencher, si besoin, une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), et des structures des urgences (SU) qui sont un point d'accueil en continu des patients, la réforme a créé les **antennes de médecine d'urgence**. Il s'agit d'un service d'urgence non ouvert en continu mais sur une plage horaire préalablement définie, d'au moins 12 heures par jour, tous les jours de l'année.

L'antenne de médecine d'urgence a pour objet de **faciliter le maintien et/ou la création de points d'accès à une offre de médecine d'urgence**. Elle offre une plus grande souplesse de fonctionnement et permet ainsi de maintenir ou densifier le maillage de l'offre de soins de médecine d'urgence. Pour assurer la sécurité des prises en charge des patients, plusieurs **garanties** ont été inscrites dans le décret :

- **La capacité de prendre en charge l'ensemble des patients pour toute situation relevant de la médecine d'urgence** : les antennes de médecine d'urgence constituent un véritable point d'accès à tous les soins de médecine d'urgence pendant leur période d'ouverture ;
- **L'obligation d'adossement à une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)** : cela permet d'assurer la prise en charge et le transport d'urgence des patients dans un état critique et ainsi d'organiser la continuité des soins à la fermeture de l'antenne.

Ouvertes au minimum 12 heures par jour tous les jours, ces antennes fonctionnent en lien étroit avec une **structure des urgences (SU) de recours** à proximité ouverte en continu. Cette dernière reçoit les patients de l'antenne qui le nécessitent après sa fermeture. Les moyens sont mutualisés entre l'antenne et la SU de recours au sein d'une équipe commune *a minima* médicale. Une même SU peut être SU de recours pour plusieurs antennes. Dans le cadre de ce guide, le terme « SU de recours » ne renvoie donc pas à une gradation des soins entre plusieurs SU mais uniquement à l'articulation entre antenne de médecine d'urgence et la SU à proximité.

Le présent guide vise à accompagner les agences régionales de santé (ARS), les établissements de santé (ES) et l'ensemble des professionnels impliqués dans la création et la mise en œuvre d'une antenne de médecine d'urgence. Il formule des **recommandations** pour leur constitution et leur fonctionnement et présente des **exemples** de pratiques observées sur le terrain. Le guide précise en particulier :

- Le cadre juridique des antennes de médecine d'urgence ;
- Les modalités de mise en place d'une équipe commune de territoire ;
- Les modalités d'implantation d'une antenne de médecine d'urgence ;
- Le fonctionnement d'une antenne de médecine d'urgence, notamment au moment de sa fermeture nocturne.

Méthode de rédaction du guide

En se fondant sur le guide « antenne de médecine d'urgence » produit par la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et SAMU Urgence de France (SUdF) et sur les observations et retours d'expérience collectés par l'Agence nationale d'appui à la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a co-rédigé ce guide avec l'ANAP. L'ANAP a proposé les parties relatives aux pré-requis, à la fermeture nocturne et à la check-list (liste de vérification). Des concertations ont ensuite été conduites avec les représentants des ARS, de la société savante (SFMU), des organisations professionnelles des urgences (Association des médecins urgentistes de France, Collège français de médecine d'urgence, Conseil national de l'urgence hospitalière, SUdF), des fédérations hospitalières (Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, Fédération hospitalière de France, Fédération de l'hospitalisation privée) et des usagers (France Assos Santé) qui ont abouti à la rédaction du présent guide.

² [Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence](#)

Liste des acronymes utilisés dans le guide

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
CH	Centre hospitalier
CCAR-U	Section urgences du comité consultatif d'allocation des ressources
CME	Commission médicale d'établissement
COFIL	Comité de pilotage
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSP	Code de la santé publique
ES	Etablissement de santé
FMIH	Fédération médicale interhospitalière
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
HC	Hospitalisation conventionnelle
IDE	Infirmier diplômé d'état
MU	Médecine d'urgence
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PET	Prime d'exercice territorial
PIE	Pôle inter-établissements
PST	Prime de solidarité territoriale
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAS	Service d'accès aux soins
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SU	Structure des urgences
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée

02 –

**Le cadre juridique
des antennes de
médecine
d'urgence**

Les obligations réglementaires à respecter

Toute antenne de médecine d'urgence autorisée doit respecter deux types de condition :

- Les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement communes avec celles des structures des urgences générales et pédiatriques ;
- Les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement qui leur sont propres.

1. Les conditions communes aux structures des urgences et aux antennes de médecine d'urgence

a. Les conditions d'implantation

Comme les structures des urgences générales et pédiatriques, les antennes de médecine d'urgence doivent respecter les conditions d'implantation suivantes :

- La prise en charge de l'ensemble des patients accueillis, pour toute situation relevant de la médecine d'urgence³ ;
- L'implantation dans un établissement de santé disposant de lits d'hospitalisation complète en médecine et d'un accès, en son sein ou par convention, à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale⁴ ;
- L'accueil en permanence sur sa plage horaire d'ouverture de toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU/SAS⁵ ;
- L'organisation de la prise en charge diagnostique et thérapeutique postérieure à l'accueil de manière à assurer l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation⁶ ;
- L'organisation de l'orientation du patient ne nécessitant pas une prise en charge aux urgences vers une autre structure de soins, une structure sociale ou une structure médico-sociale⁷ ;
- La mise en place ou la participation à un dispositif de gestion des lits au niveau de l'établissement, avec d'autres établissements ou au niveau du groupement hospitalier de territoire (GHT)⁸ ;
- La proposition d'une prise en charge sanitaire et sociale adaptée immédiate ou différée à la sortie des urgences⁹ ;
- La tenue d'un registre chronologique continu informatisé avec certaines informations patient¹⁰ ;
- L'information du public par le biais d'un panneau spécifique précisant la nature de la structure (« urgences », « antenne de médecine d'urgence ») et éventuellement le public pris en charge (par exemple « urgences pédiatriques »), les horaires d'ouverture dans le cadre des antennes et la spécialité dans le cadre des plateaux techniques spécialisés d'accès direct¹¹ ;
- La mise en place ou la participation à un réseau des urgences¹² ;
- La prise en charge des enfants, des patients âgés relevant de la gériatrie et des patients nécessitant des soins psychiatriques¹³ ;
- La participation à diverses autres missions comme la contribution au développement de la

³ Article R.6123-1 du CSP

⁴ Article R.6123-6 du CSP

⁵ Article R.6123-18 du CSP

⁶ Article R.6123-19 du CSP

⁷ Article R.6123-20 du CSP, cf. [guide DGOS sur la réorientation à l'entrée des urgences](#)

⁸ Article R.6123-21 du CSP

⁹ Article R.6123-22 du CSP

¹⁰ Article R.6123-23 du CSP

¹¹ Article R.6123-25 du CSP

¹² Article R.6123-26 du CSP

¹³ Articles R.6123-32-7 et suivants du CSP

connaissance de la médecine d'urgence, la participation à la veille et à l'alerte sanitaires et la participation à la prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles selon les modalités définies dans le dispositif « ORSAN »¹⁴.

L'établissement de santé siège de la structure des urgences (SU) ou de l'antenne de médecine d'urgence peut par ailleurs être autorisé par l'ARS à réguler l'accès à ses urgences de façon temporaire¹⁵ ou pérenne¹⁶.

b. Les conditions techniques de fonctionnement

Comme les structures des urgences générales et pédiatriques, les antennes de médecine d'urgence doivent respecter ces conditions techniques de fonctionnement :

- Les médecins¹⁷ ainsi que le médecin responsable¹⁸ doivent respecter des conditions de diplôme et/ou d'expérience ;
- L'effectif de la structure des urgences ou de l'antenne de médecine d'urgence est fixé de façon à ce que celle-ci puisse assurer ses missions¹⁹ ;
- La présence en permanence sur la plage horaire d'ouverture d'au moins un médecin²⁰ et un infirmier²¹ ;
- La présence d'un infirmier assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient²² ;
- La structure dispose d'un personnel de secrétariat²³ ;
- La présence d'une salle d'accueil préservant la confidentialité, d'un espace d'examen et de soins, d'au moins une salle d'accueil des urgences vitales et d'une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins deux lits²⁴.

2. Les conditions propres aux antennes de médecine d'urgence

a. Les conditions d'implantation

Outre les conditions précédemment énoncées, l'autorisation de faire fonctionner une antenne de médecine d'urgence ne peut être accordée à un établissement de santé que s'il remplit les conditions suivantes :

➤ L'adossement à une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)

L'établissement de santé siège de l'antenne doit être titulaire de l'**autorisation de faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) sur le même site géographique** (ou obtenir simultanément cette autorisation)²⁵. Cette condition permet de s'assurer qu'une réponse de médecine d'urgence demeure dans la zone couverte par l'antenne de médecine d'urgence pendant ses horaires de fermeture.

¹⁴ Articles R.6123-32-10 et suivant du CSP

¹⁵ Article R.6123-18-2 du CSP

¹⁶ Article R.6123-18-3 du CSP

¹⁷ Article D.6124-1 du CSP

¹⁸ Article D.6124-6 du CSP

¹⁹ Article D.6124-2 du CSP

²⁰ Article D.6124-3 du CSP

²¹ Article D.6124-17 du CSP

²² Article D.6124-18 du CSP

²³ Article D.6124-4 du CSP

²⁴ Article D.6124-22 du CSP

²⁵ Article R.6123-6-1 du CSP

Le directeur général de l'ARS peut **déroger à cette condition**, après avis de la section urgences du comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR-U), sous réserve que le besoin d'accès aux soins de médecine d'urgence de la population soit couvert par ailleurs. Pour mesurer la couverture d'un territoire par une offre de médecine d'urgence, les ARS peuvent utiliser l'outil cartographique national de simulation du temps d'accès à la médecine d'urgence en vérifiant que toute la zone couverte par l'antenne de médecine d'urgence est bien couverte par une ou plusieurs SMUR à moins de 30 minutes.

Lorsque l'antenne de médecine d'urgence déroge à la condition d'adossement à une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), il est préférable que la **structure des urgences (SU) de recours** soit elle-même adossée à une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) pour garantir la bonne articulation de l'offre de soins de médecine d'urgence sur la période de fermeture de l'antenne de médecine d'urgence.

➤ **La constitution ou la participation à une équipe commune**

Dans le cadre d'une convention ou d'une organisation formalisée, l'établissement de santé siège de l'antenne de médecine d'urgence **constitue ou participe à une équipe commune** avec un ou plusieurs établissements autorisés du même territoire pour faire fonctionner une structure des urgences (SU) et, *a minima*, avec l'établissement siège de la structure des urgences de recours. Il n'est pas possible de déroger à cette condition de constitution d'une équipe commune. La convention ou l'organisation formalisée décrit notamment :

- Les **modalités d'orientation des patients** en dehors des horaires d'ouverture de l'antenne ou lorsque la prise en charge du patient ne peut être assurée sur son site, en cohérence avec la convention constitutive du réseau des urgences ;
- Les **protocoles de prise en charge des patients** dans l'antenne de médecine d'urgence ;
- Les **conditions d'organisation de l'équipe médicale commune** sur les différents sites²⁶.

Elle précise également les modalités de participation de l'équipe de l'antenne de médecine d'urgence à la **permanence des soins du territoire**.

Elle est **conforme au projet médical ou au projet de soins partagé** des établissements membres de l'équipe commune²⁷.

La convention ou le projet de convention ou encore le document de formalisation de l'organisation doit être **transmis à l'ARS** lors du dépôt de la demande d'autorisation. Pour la délivrance de l'autorisation d'antenne de médecine d'urgence par l'ARS, les conventions ou les documents de formalisation de l'organisation dûment signés sont transmis à l'ARS.

➤ **Les autres conditions**

Plusieurs autres conditions propres aux antennes de médecine d'urgence sont posées :

- Les **horaires d'ouverture** au public de l'antenne de médecine d'urgence couvrent une amplitude d'au moins douze heures de service continu, tous les jours de l'année. Ils sont mentionnés dans la décision d'autorisation²⁸. L'amplitude horaire peut donc être supérieure à douze heures ;
- **Durant les horaires de fermeture** au public, l'établissement siège de l'antenne de médecine d'urgence prévoit un dispositif permettant de joindre le SAMU/SAS ou un affichage invitant à composer le 15 (SAMU/SAS) afin de bénéficier d'une orientation adaptée²⁹ ;

²⁶ Article R.6123-6-1 du CSP

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Article R.6123-18 du CSP

²⁹ Article R.6123-18 du CSP

- Les horaires d'ouverture au public sont affichés sur le **panneau « Antenne de médecine d'urgence »**³⁰.

b. Les conditions techniques de fonctionnement

La structure des urgences et l'antenne de médecine d'urgence disposent notamment d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure. Dans le cadre d'une antenne de médecine d'urgence, les **horaires de fonctionnement de l'UHCD**³¹ sont adaptés aux horaires d'ouverture de l'antenne³².

³⁰ Article R.6123-25 du CSP

³¹ Les modalités de fonctionnement de l'UHCD à la fermeture de l'antenne sont décrites dans la partie 3 du guide.

³² Article D.6124-22 du CSP

Focus sur les équipes communes de territoire

Les équipes communes de territoire visent à **optimiser la gestion des ressources humaines** tout en améliorant l'accès aux soins. Elles permettent en outre de **favoriser la coopération** entre établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés.

L'un des **pré-requis pour obtenir l'autorisation de faire fonctionner une antenne de médecine d'urgence**³³ est la constitution ou la participation des professionnels à une équipe commune avec un ou plusieurs établissements autorisés pour faire fonctionner une structure des urgences (SU). La (ou les) SU avec laquelle (ou lesquelles) l'antenne de médecine d'urgence organise une équipe commune correspond(ent) à la (aux) SU de recours, à proximité.

A l'initiation du projet, il est nécessaire de définir l'équipe commune. Plusieurs précisions sont à apporter :

- **Les professionnels concernés** : l'équipe commune peut être composée de plusieurs professions. L'équipe commune entre l'antenne de médecine d'urgence et la SU de recours est *a minima* médicale et regroupe donc *a minima* les médecins urgentistes des ES concernés ;
- **Le périmètre d'intervention de cette équipe commune** : *a minima* les ES sièges de l'antenne de médecine d'urgence et de la SU de recours ;
- **Les modalités de fonctionnement de l'équipe commune** : l'organisation du temps partagé entre les sites³⁴ et les modalités de participation à la permanence des soins sont définies pour garantir la participation des médecins de l'antenne à la permanence des soins au sein de la SU ;
- **Le projet médical de l'équipe commune** : le code de la santé publique précise également que les conditions d'organisation de l'équipe médicale commune sur les différents sites sont formalisées et conformes au projet médical ou au projet de soins partagé des ES concernés. Ces derniers sont par ailleurs conformes au projet régional de santé³⁵.

Les modalités de mise en œuvre d'une équipe médicale commune de territoire varient suivant le statut des ES concernés et le statut des médecins qui en sont membres. Elles sont décrites ci-dessous.

1. La constitution d'une équipe médicale commune entre établissements publics de santé

Deux modalités de constitution d'une équipe commune entre établissements publics sont envisageables³⁶ : la convention d'activité partagée ou le groupement hospitalier de territoire (GHT). Si la conclusion d'une convention d'activité partagée est possible entre ES membres du même GHT, d'autres modalités sont également offertes par le GHT et seront détaillées dans la partie consacrée au GHT.

a. Par le biais d'une convention d'activité partagée

³³ Article R.6123-6-1 du CSP

³⁴ *Ibid.*

³⁵ En effet, les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes font partie du projet médical partagé (article R.6132-3 du CSP) qui est lui-même partie intégrante de la convention constitutive de GHT (article L.6132-2 du CSP) dont la conformité au projet régional de santé est appréciée par le DG ARS lors de l'approbation de la convention constitutive (*ibid.*). Par ailleurs, les projets médicaux d'établissement sont conformes au projet médical partagé (article R.6132-4 du CSP).

³⁶ Une autre option qui ne sera pas détaillée est la mise à disposition (art. R.6152-50 du CSP) mais ce dispositif ne concerne que les praticiens hospitaliers (et non les praticiens contractuels), pour une durée d'un an renouvelable deux fois pour la même durée.

Les **praticiens hospitaliers**³⁷, comme les **praticiens contractuels**³⁸ et les **assistants des hôpitaux**³⁹, peuvent exercer leur activité dans plusieurs établissements publics de santé.

Une **convention** est passée à cet effet entre les ES publics et le praticien concerné. Il n'existe pas de durée minimale ou maximale. Elle nécessite :

- L'accord du praticien concerné ;
- L'avis motivé du président de la commission médicale d'établissement (CME) et du chef de pôle de l'ES de nomination ou de recrutement du praticien ;
- La proposition du chef de service ou, à défaut, du responsable de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne de l'ES de nomination ou de recrutement du praticien.

Cette convention détermine les **modalités de répartition** de l'activité des praticiens entre ces ES publics ainsi que la fraction des émoluments, indemnités, allocations⁴⁰ et des charges annexes qui est supportée par chacun d'entre eux.

La convention peut être conclue dans le cadre d'un dispositif de **solidarité territoriale**, lorsque l'activité partagée est réalisée au-delà des obligations de service du praticien. Au préalable, une convention-cadre doit être signée par les ES publics partenaires après approbation par le directeur général de l'ARS⁴¹. Avec l'accord du praticien, après avis du chef de pôle et du chef de service ou, à défaut, du responsable de structure interne de l'ES de nomination ou de recrutement du praticien, une convention nominative est établie. La signature de la convention nominative matérialise ainsi l'accord de l'ES employeur du praticien pour la réalisation de l'activité dans l'établissement public d'accueil.

Deux types d'incitation financière à l'exercice partagé peuvent être proposés aux praticiens :

- **La prime d'exercice territorial (PET)**⁴² : les praticiens hospitaliers, les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux exerçant leur activité sur plusieurs sites ou établissements dans le cadre de la convention décrite ci-dessus et dans le cadre du temps de travail hebdomadaire du praticien sont éligibles à la PET. La prime est versée pour une activité partagée dans le cadre d'un GHT, pour favoriser la mise en réseau de plusieurs établissements publics de santé ou les actions de coopération, en cohérence avec les projets médicaux des ES concernés, le projet médical partagé du GHT et le projet régional de santé. Son montant dépend du nombre moyen hebdomadaire de demi-journées passées sur un site distant d'au moins 20 km de son site principal d'exercice ;
- **La prime de solidarité territoriale (PST)**⁴³ : les praticiens hospitaliers, les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux exerçant à temps plein qui réalisent une activité partagée au-delà de leurs obligations de service dans un autre établissement public de santé sont éligibles à la PST. Son montant dépend du nombre de demi-journées réalisées.

Un praticien peut ainsi percevoir à la fois la PET et la PST, l'une valorisant une activité hebdomadaire régulière dans le cadre des obligations de service, l'autre une activité ponctuelle au-delà des obligations de service. En revanche, les primes ne sont pas cumulables au titre d'une même activité.

b. Dans le cadre d'un groupement hospitalier de territoire (GHT)

³⁷ Article R.6152-4 du CSP

³⁸ Article R.6152-337 du CSP

³⁹ Article R.6152-501 du CSP

⁴⁰ Prévus à l'article R. 6152-23 du CSP pour les praticiens hospitaliers et à l'article R.6152-355 du CSP pour les praticiens contractuels

⁴¹ Article R.6152-4-1 du CSP

⁴² [Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques](#)

⁴³ [Arrêté du 15 décembre 2021 relatif à la prime de solidarité territoriale des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques](#)

Les GHT⁴⁴ offrent deux modalités pour former une équipe médicale commune entre deux ES publics :

- **Le pôle inter-établissements (PIE)**⁴⁵ : les ES parties ou associés à un GHT peuvent créer des PIE d'activité clinique ou médico-technique. C'est une modalité propre au GHT. Le chef de PIE a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du PIE. Il organise notamment l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité, conformément au projet médical partagé du GHT ;
- **La fédération médicale interhospitalière (FMIH)**⁴⁶ : en vue du rapprochement d'activités médicales, deux ou plusieurs ES peuvent décider de regrouper certains de leurs pôles d'activité clinique ou médico-technique ou certaines structures internes de ces pôles, en FMIH. C'est une modalité qui est applicable au GHT. Cette décision est prise conjointement par les directeurs des ES, après avis de la commission médicale et du comité social de chaque ES concerné et avec l'accord des responsables des structures susmentionnées. Cette décision définit l'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération. Elle précise notamment la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels des ES concernés à ces activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du praticien hospitalier coordonnateur sous la responsabilité duquel elles sont placées. Le coordonnateur est assisté par une sage-femme, un cadre paramédical ou un membre du personnel soignant et par un membre du personnel administratif. L'élaboration d'un règlement intérieur de fédération peut être opportun.

2. La constitution d'une équipe commune entre établissements de santé public et privé

Trois cas de figure sont à distinguer :

- L'exercice d'un praticien libéral dans un ES public ;
- L'exercice d'un praticien salarié d'un ES privé dans un ES public ;
- L'exercice d'un praticien public dans un ES privé.

2.1. L'exercice d'un praticien libéral dans un établissement de santé public

a. Par le biais d'un contrat de participation

Les praticiens libéraux peuvent intervenir en leur qualité auprès d'un ES public dans le cadre d'un **contrat de participation aux missions de l'établissement**, approuvé par le directeur général de l'ARS, qui fixe les conditions et les modalités de leur participation⁴⁷.

Ils peuvent ainsi contribuer dans ce cadre à la **permanence des soins de l'établissement**. Pour cette participation, ils perçoivent :

- Les indemnités forfaitaires de permanence des soins⁴⁸
- Les honoraires aux tarifs conventionnels (prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale) correspondant aux actes effectués pendant la garde : ces honoraires sont à la charge de l'ES public et minorés, le cas échéant, d'une redevance.

b. Par le recrutement au sein de l'établissement public

⁴⁴ Articles L.6132-1 et suivants

⁴⁵ Article R.6146-9-3 du CSP

⁴⁶ Article L.6135-1 du CSP

⁴⁷ Articles L.6146-2 et R.6146-17 à -24 du CSP

⁴⁸ [Arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé](#)

Afin de favoriser l'exercice partagé entre les secteurs public et privé, un **motif de recrutement dédié** (motif 4) est prévu au sein des ES public⁴⁹. Un praticien issu du secteur privé peut être recruté en qualité de praticien contractuel pour compléter l'offre de soins de l'établissement avec le concours de la médecine de ville et des établissements de santé privés d'intérêt collectif et privés⁵⁰.

L'exercice au sein de l'ES public est **limité à 40% des obligations de service hebdomadaires**⁵¹. Le contrat est conclu pour une durée maximale de trois ans. Ensuite :

- Il est renouvelable par décision expresse dans la limite d'une durée maximale de six ans ;
- A l'issue d'un ou de plusieurs contrats conclus pour une durée cumulée de trois ans, le contrat peut être renouvelé pour une durée indéterminée ;
- A compter d'une durée cumulée de six ans sur le même emploi dans le même établissement, le contrat est renouvelé pour une durée indéterminée.

La **rémunération** du praticien contractuel est définie au contrat, dans la limite d'un plafond de 71 162,83€ bruts annuels, proportionnellement à la durée de travail⁵². Il perçoit également, en cas de participation à la permanence des soins, les indemnités de garde et d'astreinte afférentes⁵³.

2.2. L'exercice d'un praticien salarié d'un établissement de santé privé dans un établissement de santé public

a. Par le recrutement au sein de l'établissement public

Les modalités sont les mêmes que celles décrites dans le a. du 2.1. Le praticien intervient alors en qualité de praticien contractuel au sein de l'établissement public de santé et sa participation à la permanence des soins est rémunérée dans ce cadre.

b. Dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS)

Des ES publics et privés peuvent s'associer dans le cadre d'un GCS. Dans ce cadre, deux modalités de constitution d'une équipe commune sont possibles :

- **Les interventions croisées**⁵⁴ : un GCS peut avoir pour objet de permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres du groupement. Les modalités de ces interventions sont prévues dans la convention constitutive ou le règlement intérieur du GCS. Les modalités de rémunération des professionnels médicaux effectuant des interventions dans un ES d'un autre statut sont précisées dans la loi⁵⁵ ;
- **L'emploi des professionnels de santé par le GCS** : le GCS peut être employeur⁵⁶ et prévoir un exercice multisites pour ses médecins.

⁴⁹ Ce motif n'est pas exclusif des autres motifs de recrutement des praticiens contractuels prévus à l'article R.6152-338. Le praticien peut ainsi être recruté sur un autre motif dès lors qu'il répond aux conditions afférentes, notamment pour une quotité de travail supérieure à 40%.

⁵⁰ Article R.6152-338 du CSP

⁵¹ Article R.6152-349 du CSP

⁵² [Arrêté du 29 juin 2023 modifiant l'arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics](#)

⁵³ [Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes](#) : articles 13 et 14

⁵⁴ Article L.6133-1 du CSP

⁵⁵ Article L.6133-6 du CSP

⁵⁶ Article L.6133-3 du CSP

2.3. L'exercice d'un praticien public dans un établissement de santé privé

a. Par le biais d'une convention d'activité partagée

Les **praticiens hospitaliers**⁵⁷ comme les **praticiens contractuels**⁵⁸ peuvent partager leur activité entre un ES public et un ES privé habilité à assurer le service public hospitalier. Il peut s'agir également d'établissements participant à des actions de coopération dans le cadre d'un groupement d'intérêt public (GIP), d'un groupement d'intérêt économique (GIE) ou d'un groupement de coopération sanitaire (GCS)⁵⁹.

Une **convention** est passée à cet effet entre les ES et le praticien concerné. Il n'existe pas de durée minimale ou maximale. Elle nécessite :

- L'accord du praticien concerné ;
- L'avis motivé du président de la commission médicale d'établissement (CME) et du chef de pôle de l'établissement de nomination ou de recrutement du praticien ;
- La proposition du chef de service ou, à défaut, du responsable de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne de l'établissement de nomination ou de recrutement du praticien.

Cette convention détermine les **modalités de répartition** de l'activité des praticiens entre ces établissements ainsi que la fraction des émoluments, indemnités, allocations⁶⁰ et des charges annexes qui est supportée par chacun d'entre eux.

Dans le cadre de la convention d'activité partagée, le praticien exerce au sein de l'établissement privé sous son statut de praticien hospitalier ou contractuel et conserve ses émoluments.

Un praticien public exerçant dans un ES privé dans le cadre d'une activité partagée pourra percevoir la **prime d'exercice territorial** (PET) s'il exerce dans un établissement privé participant à une action de coopération avec l'établissement public⁶¹ (convention de coopération, convention de partenariat avec le GHT dont est membre l'établissement public, GIP, GIE, GCS...). Son montant dépend du nombre moyen hebdomadaire de demi-journées passées sur un site distant d'au moins 20 km de son site principal d'exercice.

b. Dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS)

Les modalités sont les mêmes que celles décrites dans le b. du 2.2.

On peut y ajouter une troisième modalité : la **mise à disposition**⁶². Les praticiens hospitaliers et les assistants des hôpitaux⁶³ peuvent en effet, avec leur accord, être mis à disposition d'un GCS dont est membre leur établissement employeur pour exercer dans un autre ES membre du GCS.

⁵⁷ Article R.6152-4 du CSP

⁵⁸ Article R.6152-337 du CSP

⁵⁹ Les assistants des hôpitaux peuvent également partager leur activité avec un établissement privé dans le cadre d'une action de coopération au sens de l'article L.6134-1 du CSP.

⁶⁰ Prévus à l'article R. 6152-23 du CSP pour les praticiens hospitaliers et à l'article R.6152-355 du CSP pour les praticiens contractuels.

⁶¹ Au sens de l'article L.6134-1 du CSP.

⁶² Article R.6152-50 du CSP

⁶³ Article R.6152-502 du CSP

03 –

**La mise en
place et le
fonctionnement
d'une antenne
de médecine
d'urgence**

Les modalités d'implantation d'une antenne de médecine d'urgence

Deux types de décision d'implantation d'une antenne de médecine d'urgence peuvent être prises dans le cadre du projet régional de santé :

- La transformation d'une structure des urgences (SU) en antenne de médecine d'urgence ;
- La création *ex nihilo* d'une antenne de médecine d'urgence.

1. Transformer une structure des urgences (SU) en antenne de médecine d'urgence

La décision de transformer une structure des urgences (SU) en antenne de médecine d'urgence doit être guidée par des considérations relatives au **besoin de soins de médecine d'urgence des patients** d'un territoire et au **maillage de structures de médecine d'urgence (SMUR, SU et antennes de médecine d'urgence)** permettant d'y répondre. Lorsqu'une structure des urgences constitue un point d'accès critique à la médecine d'urgence, matérialisé par un nombre élevé de passages relevant de la médecine d'urgence et par l'absence d'offre de médecine d'urgence alternative sur le territoire, alors elle a vocation à rester ouverte en continu.

Par ailleurs, **les décisions relatives au maillage sur un territoire doivent être coordonnées** entre les différentes implantations afin que le nombre de structures des urgences ouvertes H24 soit suffisant pour absorber le flux de patients la nuit. Si la structure des urgences a une activité trop importante pour fermer la nuit, alors son passage en antenne risque de déstabiliser l'activité des autres implantations de médecine d'urgence du territoire. Un indicateur permettant d'éclairer la décision de transformation en antenne est l'analyse du nombre de passages lors des horaires de fermeture envisagés. Il appartient à l'ARS d'apprécier l'opportunité du passage d'une structure des urgences en antenne de médecine d'urgence au regard du service rendu à la population.

2. Créer une antenne de médecine d'urgence

La décision de créer une antenne de médecine d'urgence *ex nihilo* sur un territoire donné peut être éclairée par les considérations suivantes :

- **Une absence de couverture par une offre de médecine d'urgence (SU/antenne), avec nécessité d'améliorer le maillage** : une partie de la population du territoire qui sera couverte par la nouvelle implantation d'antenne de médecine d'urgence se situe à plus de 30 minutes d'une structure des urgences (SU) ou d'une antenne de médecine d'urgence ;
- **Un besoin supplémentaire en offre de soins de médecine d'urgence** du fait de l'évolution de la démographie : la population du bassin concerné est en hausse, la typologie de la population évolue (population vieillissante), les autres SU ou antennes de MU du territoire sont saturées et reçoivent beaucoup de patients de ce territoire ;
- **L'adossement à une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)** du fait de la nécessité du maintien d'un point d'accès à la médecine d'urgence sur les horaires de fermeture de l'antenne de médecine d'urgence. La SMUR à laquelle l'antenne est adossée est située au sein du même ES, sauf dérogation⁶⁴ ;
- **La présence d'un établissement de santé (ES)** : cet ES peut répondre aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement des antennes de médecine d'urgence⁶⁵. Il doit notamment disposer de lits d'hospitalisation complète en médecine et d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie

⁶⁴ Cf. *supra*

⁶⁵ Cf. *supra*

médicale, en son sein ou par convention⁶⁶ ;

- **Des ressources humaines suffisantes** : la création d'un point d'accès à la médecine d'urgence nécessite de disposer des ressources humaines suffisantes (médecins, infirmiers, aides-soignants, personnels administratifs, etc.) pour assurer les missions de la structure sur ses horaires d'ouverture inscrits dans sa décision d'autorisation.

⁶⁶ Article R.6123-6 du CSP

Les prérequis à la mise en place d'une antenne de médecine d'urgence

Cette partie propose des exemples concrets de pratiques observées sur le terrain par l'ANAP. Ils n'ont pas de valeur prescriptive mais visent à illustrer les préconisations contenues dans cette partie. En fonction des spécificités locales, certaines de ces pratiques pourront trouver ou non à s'appliquer.

1. La mise en place d'une gouvernance territoriale dédiée

La désignation d'un **comité de pilotage** (COPIL) de parcours territorial constitue un levier pour faciliter la mise en œuvre d'une antenne de médecine d'urgence. Il veille à l'efficacité et à la qualité du parcours de soins du patient. Il est chargé de la coordination et de l'harmonisation des pratiques entre l'antenne de médecine d'urgence et la structure des urgences (SU) de recours ainsi qu'avec le SAMU/SAS et les services de soins qui assurent l'aval de la prise en charge aux urgences.

Ce COPIL est **composé** d'un directeur référent, des cadres supérieurs de pôle et des responsables médicaux de l'antenne de médecine d'urgence et de la structure des urgences (SU) de recours ainsi que d'un représentant du SAMU/SAS et des acteurs de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Des représentants des usagers et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent également être associés à ses travaux.

L'ARS veille au lancement du COPIL et est informée de ses travaux.

Selon les sujets abordés, les travaux du COPIL sont présentés dans les **instances des établissements de santé** concernés, notamment en commission des usagers.

Le rôle du COPIL s'articule autour de trois missions clés :

- 1) **Superviser la régulation des flux et des transferts de patients pour assurer la qualité et l'efficacité de la prise en charge** : le COPIL est chargé d'organiser et d'optimiser les flux de patients entre l'antenne de médecine d'urgence et la structure des urgences (SU) de recours. Pour cela, il peut conduire une analyse des flux de patients permettant d'identifier les points de tension et d'anticiper les besoins. Il peut formaliser les règles concertées au niveau local sous forme de protocoles écrits qui précisent :
 - La définition des règles d'adressage des patients entre l'antenne de médecine d'urgence et la structure des urgences (SU) de recours, le cas échéant par le SAMU/SAS, notamment en fonction du plateau technique de chaque ES et des horaires de fermeture de l'antenne de médecine d'urgence⁶⁷ ;
 - Les modalités de fonctionnement diurne et nocturne de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de l'antenne de médecine d'urgence ;
 - La mise en place de protocoles de transfert de patients entre les ES sur des motifs précis et concertés avec les ES concernés.
- 2) **Coordonner la gestion des lits entre les ES** : le COPIL peut œuvrer au rapprochement progressif des modalités de gestion des lits des ES sièges de l'antenne de médecine d'urgence et de la SU de recours⁶⁸. Ce point est essentiel car l'antenne de médecine d'urgence fermant tous les jours, ses

⁶⁷ L'article R.6123-6-1 du CSP précise que la convention ou l'organisation formalisée entre l'antenne de médecine d'urgence et la SU précise les modalités d'orientation des patients en dehors des horaires d'ouverture de l'antenne ou lorsque la prise en charge du patient ne peut être assurée sur son site

⁶⁸ Pour rappel, la mise en place ou la participation à un dispositif de gestion des lits a été rendue obligatoire par le décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence. Le dispositif de gestion des lits peut être mis en place au niveau de l'établissement de santé ou conjointement avec d'autres établissements.

patients doivent être admis dans les services de soins en aval de la prise en charge aux urgences, lorsqu'une hospitalisation est nécessaire.

- 3) Assurer un suivi de l'organisation mise en place** : le COPIL peut organiser des retours d'expérience sur l'organisation mise en place afin d'améliorer les pratiques. Ce suivi est particulièrement important dans les premières semaines de la mise en place de l'organisation pour procéder aux ajustements nécessaires. Le COPIL doit notamment vérifier la bonne mise en place de l'organisation de l'antenne :
- La mise en place effective d'une équipe commune de territoire entre l'antenne de médecine d'urgence et la SU de recours⁶⁹ ;
 - La définition des règles d'adressage de patients par le SAMU/SAS à l'antenne de médecine d'urgence (modalités d'arrêt des orientations pour permettre la fermeture à l'heure de l'antenne, etc.)⁷⁰ ;
 - L'opérationnalité du dispositif la nuit et du dispositif transitoire pour orienter les patients se présentant spontanément aux horaires de fermeture de l'antenne⁷¹ ;
 - La formalisation d'un protocole de transfert de patients sur des motifs prédéfinis concertés entre les ES sièges de l'antenne de médecine d'urgence et de la SU de recours⁷² ;
 - La mise en place d'une gestion territoriale des lits entre les ES sièges de l'antenne de médecine d'urgence et de la SU de recours⁷³.

Le COPIL peut également définir et suivre des indicateurs quantitatifs, pour vérifier la qualité de prise en charge des patients après la mise en place de l'antenne de médecine d'urgence, tels que :

- Des indicateurs d'activité de l'antenne de médecine d'urgence : nombre de passages annuels, pourcentage de patients âgés de moins de 15 ans et de plus de 75 ans, pourcentage de patients venus aux urgences en ambulance et en véhicule de secours et d'assistance aux victimes, taux d'hospitalisation après passage aux urgences et part des plus de 75 ans dans ces hospitalisations⁷⁴ ;
- Des indicateurs d'activité de la SU de recours : pourcentage de passages de patients provenant du bassin de population de l'antenne de médecine d'urgence aux horaires d'ouverture et de fermeture de cette dernière⁷⁵ ;
- Des indicateurs de fonctionnement de l'équipe commune de territoire : nombre de médecins (et en équivalent temps plein également) participant au fonctionnement de l'antenne, à l'équipe commune de territoire et à l'activité de permanence des soins dans la SU de recours.

Le COPIL peut également définir et suivre des indicateurs qualitatifs. Ce suivi peut s'appuyer sur l'étude, le cas échéant, du contenu des plaintes, des réclamations et des événements indésirables y compris des événements indésirables graves associés aux soins, en lien avec la mise en place et le fonctionnement de l'antenne de médecine d'urgence.

⁶⁹ Pour rappel, c'est une obligation énoncée à l'article R.6123-6-1 du CSP

⁷⁰ Cf. 2. a. (p.20)

⁷¹ Cf. 2. b. (p.21)

⁷² Cf. 1. (p.18)

⁷³ Cf. 1. a. (p.22)

⁷⁴ Ces indicateurs se fondent sur une analyse des résumés de passage aux urgences (RPU)

⁷⁵ Idem.



Exemples observés sur le terrain

➤ **L'exemple du GHT « Mont-Saint-Michel », la nécessaire coordination territoriale**

Le développement de la collaboration entre les médecins urgentistes a permis d'améliorer la communication et d'uniformiser les pratiques au sein des structures des urgences (SU). Cette collaboration s'est traduite par la mise en place de plusieurs actions :

- La mise en place de réunions et de staff communs sur les trois structures des urgences (SU) a permis de renforcer la coordination et la cohésion entre les équipes médicales ;
- La participation des médecins aux différentes gardes : initialement basée sur le volontariat puis intégrée dans les contrats de travail, elle favorise la polyvalence et l'acquisition de compétences sur différents établissements ;
- L'harmonisation du matériel (véhicules, scopes, etc.) facilite les interventions et le dépannage mutuel contribuant ainsi au développement du travail d'équipe et à une gestion plus fluide des situations d'urgence.

➤ **L'exemple du SAMU/SAS 50, orchestrateur des parcours de prise en soins urgents sur le territoire de la Manche**

Le SAMU/SAS 50 se positionne comme un acteur central de la coordination et de la régulation des soins d'urgence sur l'ensemble du département de la Manche. Cela est permis par un accès en temps réel à l'activité des SU et un outil partagé de planification qui oriente les patients vers les SU et antennes de médecine d'urgence les plus adaptées en fonction des capacités et des horaires d'ouverture des ES. Ce pilotage territorial, fondé sur des échanges réguliers avec les équipes opérationnelles et les directions des ES, garantit une organisation optimale des parcours de soins urgents.

➤ **Quelques exemples de déclinaisons opérationnelles en matière de protocole de régulation et de transfert des patients**

La formalisation de protocoles à l'échelle territoriale permet de garantir une prise en charge cohérente des patients. Ces protocoles concernent par exemple les modalités de transfert des patients entre les ES selon des critères définis lors de la fermeture de l'antenne de médecine d'urgence lorsque le patient peut être ni pris en charge au sein de l'antenne de médecine d'urgence, ni être hospitalisé dans l'ES. Ils peuvent éventuellement concerner, sans que cela soit obligatoire, la mise en place d'une régulation de l'accès aux urgences coordonnée entre les ES. Ainsi, la régulation systématique par le SAMU/SAS avant toute venue aux urgences a été mise en place au CH de Montval en collaboration avec le SAMU/SAS et la cellule territoriale d'ordonnancement des lits sous la gestion de l'établissement support (CH du Mans) afin d'améliorer la gestion des flux patients, de renforcer la coordination territoriale et de garantir une prise en charge de qualité.

2. L'organisation des horaires d'ouverture et des règles d'adressage de patients

a. La définition des horaires d'ouverture et des règles d'adressage et de transfert de patients

Une analyse préalable des résumés de passages aux urgences (RPU) par tranche horaire, par domiciliation des patients et par motifs doit être réalisée pour **faire correspondre les horaires d'ouverture de l'antenne de médecine d'urgence aux flux de patients.**

Il est essentiel de **distinguer les horaires de fermeture au public de l'antenne de médecine d'urgence des horaires de présence des professionnels de santé**. Cette distinction doit permettre aux équipes soignantes de prendre en charge l'ensemble des patients avant la fermeture de l'antenne de médecine d'urgence, en évitant le recours à des heures supplémentaires pour les professionnels.

Un **arrêt progressif des adressages de patients** à l'antenne de médecine d'urgence en amont de sa fermeture au public peut être planifié en lien avec le SAMU/SAS et la structure des urgences (SU) de recours. De même, des **protocoles de transfert de patients** nécessitant une prise en charge prolongée aux urgences peuvent être définis. Les règles doivent être concertées au niveau local, éventuellement sous l'égide du comité de pilotage (COPIL) décrit précédemment, et tenir compte de l'accès au plateau technique de biologie ou d'imagerie afin qu'une prise en charge complète du patient lors des horaires d'ouverture de l'antenne puisse être assurée. Un éventuel renfort sur la structure des urgences (SU) de recours à partir de la réduction de l'adressage ou de la fermeture de l'antenne peut être organisé afin de faire face au flux supplémentaire de patients.



Exemple observé sur le terrain

- **L'exemple de l'Hôpital d'Altkirch (Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse Sud Alsace), l'organisation progressive de la fermeture**

Une réduction progressive de l'activité est organisée en plusieurs étapes :

- A 16h30 : l'orientation par la régulation médicale du SAMU/SAS des patients adressés aux urgences pour un motif médical s'arrête pour avoir le temps de réaliser une prise en charge complète du patient avant la fermeture des urgences ;
- A 18h30 : l'orientation par la régulation médicale du SAMU/SAS des patients adressés aux urgences pour un motif traumatologique ou chirurgical s'arrête pour avoir le temps de faire une prise en charge complète du patient avant la fermeture des urgences ;
- A 20h : la fermeture des urgences au public est effective. Aucun nouvel accueil n'est autorisé et l'établissement se concentre sur la finalisation des prises en charge en cours et se prépare à la fermeture de la structure ;
- A 20h30 : la fin des consultations marque la fin de la journée pour les professionnels et la SU ferme pour la nuit.

Cette organisation permet à la structure des urgences (SU) de réaliser une prise en charge complète des patients accueillis tout en veillant à ce que les équipes puissent terminer leur journée de travail aux horaires prévus.

b. La mise en place d'un dispositif la nuit et d'un dispositif transitoire

Durant les horaires de fermeture au public, l'établissement siège de l'antenne de médecine d'urgence prévoit, en sus du fonctionnement H24 du SMUR (sauf cas de dérogation de l'ARS à l'obligation d'adossement d'un SMUR à toute antenne de médecine d'urgence), un **dispositif permettant de joindre le 15 (SAMU/SAS)** afin de bénéficier d'une orientation adaptée⁷⁶.

Lorsqu'une structure des urgences (SU) qui était préalablement ouverte en continu évolue vers le statut d'antenne de médecine d'urgence, un **dispositif transitoire** peut être mis en place. Il vise à prévoir les modalités d'orientation des patients qui se présenteraient aux horaires de fermeture de l'antenne.

⁷⁶ Article R.6123-18 du CSP



Exemple observé sur le terrain

- **L'exemple de l'Hôpital d'Altkirch (Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse Sud Alsace), la gestion des venues inopinées en période de fermeture**

Les mois suivants la fermeture nocturne de la structure des urgences (SU), un binôme paramédical (infirmier / aide-soignant) a été mobilisé la nuit avec pour mission d'accueillir les patients, d'évaluer leur état et de les orienter vers des structures adaptées en lien avec le SAMU/SAS. Ce dispositif a été maintenu jusqu'à ce que les venues spontanées pendant la nuit cessent.

En parallèle, un interphone relié au 15 (SAMU/SAS) a été installé devant l'entrée de l'antenne de médecine d'urgence. Il permet d'assurer l'orientation des patients se présentant de manière spontanée en dehors des horaires d'ouverture.

L'organisation de la fermeture nocturne de l'antenne de médecine d'urgence

1. L'optimisation de la gestion des ressources humaines et matérielles

a. L'optimisation de la gestion des lits par la mise en place d'une gestion territoriale

Le fonctionnement des antennes de médecine d'urgence induit une diminution du temps d'ouverture et donc du nombre d'entrées en hospitalisation au sein de l'ES. Les ES, qui ont une autorisation de structure des urgences, situés à proximité de l'antenne sont, à l'inverse et par **effet de report**, susceptibles de voir augmenter le nombre d'hospitalisations en leur sein. Dès lors, une **organisation territoriale de la gestion des lits** doit être organisée afin de garantir un lit d'hospitalisation au patient en aval de sa prise en charge en médecine d'urgence, lorsque nécessaire, et d'assurer une hospitalisation au plus proche du domicile lorsqu'elle est possible.

La **coordination de la gestion des lits** entre les ES sièges de l'antenne de médecine d'urgence et les ES sièges de la structure des urgences (SU) de recours doit être organisée. Cette coordination a plusieurs dimensions :

- 1) Partager l'information sur la disponibilité des lits entre les deux ES siège de l'antenne de médecine d'urgence et siège de la SU de recours ;
- 2) Partager le même dispositif de gestion des lits ou interfacier les logiciels de gestion des lits entre eux afin d'accéder en temps réel à la file active et aux délais d'attente dans chaque ES ;
- 3) Harmoniser les pratiques sur la gestion des lits entre les deux ES.

Le comité de pilotage (COPIL) peut être chargé de ces travaux. De plus, l'identification d'un **gestionnaire des lits local** permet de superviser et de coordonner la gestion des lits au quotidien entre l'ES sièges de l'antenne de médecine d'urgence et l'ES siège de la SU de recours afin de fluidifier le parcours patient. Le gestionnaire des lits est chargé des missions suivantes :

- **Coordonner la gestion des lits** : il centralise les informations sur les capacités disponibles dans les établissements du territoire en incluant les lits d'hospitalisation, en aval de la prise en charge aux urgences (médecine, chirurgie, soins médicaux et de réadaptation, etc.) ;
- **Organiser les transferts des patients** : en fonction des situations et des disponibilités, il priorise et organise les transferts afin de réduire les délais d'attente et d'assurer une hospitalisation au plus proche du domicile du patient.

Initiée entre deux ES, la mise en place de la coordination de la gestion des lits a vocation à s'étendre pour permettre une **gestion territoriale des lits**. Cette dernière repose sur un dimensionnement des lits d'hospitalisation en aval de la prise en charge aux urgences afin d'adapter les ressources aux besoins territoriaux. Elle demande :

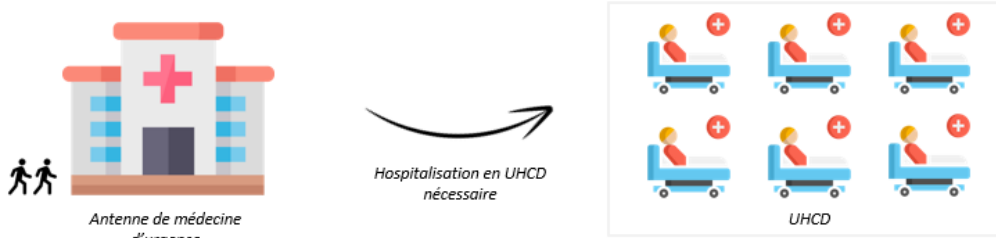
- Une analyse des flux de patients et des pathologies prises en charge dans les services d'urgence afin de définir les besoins en lits d'aval (typologie des patients, durée moyenne de séjour, etc.) ;
- Une gestion adaptée incluant la possibilité de créer des lits « tampons » pour absorber les pics d'activité ;
- Une coopération entre les établissements publics et privés pour partager des lits d'aval en fonction des besoins ;
- Une évaluation régulière des capacités pour suivre régulièrement le dimensionnement des lits d'aval afin de s'assurer de son adéquation avec l'évolution des flux patients et des besoins.

Les projets de création d'antenne de médecine d'urgence doivent comprendre, en plus d'une **organisation territoriale de la gestion des lits**, le dimensionnement et la mise en **œuvre de moyens de transport sanitaire nécessaires** entre les établissements de santé sièges de l'antenne et de la SU de recours.

b. La continuité des soins en période nocturne

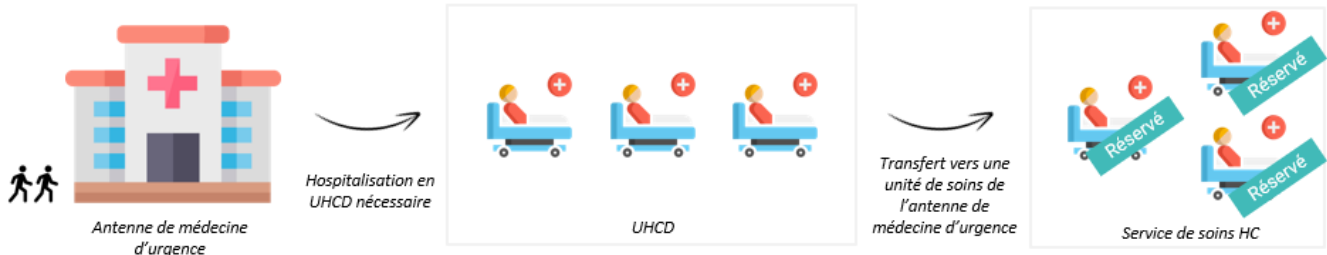
La continuité des soins en période nocturne repose sur une organisation adaptée qui doit tenir compte des ressources humaines et matérielles disponibles au sein de l'antenne de médecine d'urgence, en particulier dans le cas du maintien de l'ouverture de l'UHCD.

Maintien du capacitaire de l'UHCD



Dans ce cas de figure, l'UHCD conserve sa capacité initiale en termes de lits disponibles. Cela permet une prise en charge continue des patients nécessitant une observation courte ou des soins spécifiques et limite les transferts en interne ou vers d'autres établissements. Cependant, cela nécessite une mobilisation de ressources humaines.

Capacitaire non suffisant de l'UHCD



Lorsque le capacitaire de l'UHCD est jugé non suffisant pour maintenir l'unité ouverte en période nocturne, les patients restants hospitalisés en UHCD peuvent être transférés dans des unités d'hospitalisation conventionnelle (HC) de l'établissement siège de l'antenne de médecine d'urgence. Ces transferts nécessitent de réserver systématiquement des lits d'HC dans d'autres services, notamment en médecine polyvalente pour assurer une continuité des soins. Ces lits doivent être identifiés en amont et intégrés dans les protocoles de soins.

L'ES qui souhaite mettre en place une antenne de médecine d'urgence doit également formaliser les **modalités de permanence et de continuité des soins** au sein de son établissement.



Exemple observé sur le terrain

- **L'exemple Centre hospitalier Saint Hilaire du Harcouët, la bascule des lits UHCD dans des services d'hospitalisation complète**

Afin d'assurer une transition fluide et organisée des patients à la fermeture de l'UHCD, deux lits sont systématiquement réservés dans le service de médecine pour accueillir les patients en attente d'admission. Ce fonctionnement permet de garantir une prise en charge adaptée et évite que des patients ne restent aux urgences au moment de leur fermeture. En parallèle, un suivi rigoureux des admissions est effectué pour anticiper les besoins d'hospitalisation et orienter les patients vers les services appropriés.

2. L'anticipation et la gestion des situations exceptionnelles

L'existence d'une antenne de médecine d'urgence et ses modalités de fermeture nocturne doivent être intégrées dans le **plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles** (PGTHSSE) de l'ES. En fonction de sa classification dans les plans opérationnels ORSAN (première ligne, deuxième ligne ou troisième ligne), l'établissement de santé définit sa montée en puissance et son organisation de prise en charge des patients dans chacun des volets de son PGTHSSE selon les modalités définies dans le guide national dédié⁷⁷. Des fiches réflexes pour répondre aux urgences vitales et aux situations sanitaires exceptionnelles pourront aussi être formalisées.

Le **dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle**, dit « ORSAN », devra prendre en compte la délivrance de l'autorisation d'antenne de médecine d'urgence afin de tenir compte des horaires d'ouverture de celle-ci et en particulier de prévoir les éventuelles modalités de réouverture exceptionnelle de celle-ci la nuit en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

3. La communication à destination de la population et des offreurs de soin

a. Les outils de communication (affichage, signalétique, etc.)

L'objectif est de diffuser des informations compréhensibles et facilement accessibles. Pour cela, des **affichages clairs** avec le numéro d'urgence du SAMU/SAS (le 15) pour les urgences vitales et les numéros locaux pertinents (ES siège de la structure des urgences de recours, services d'astreinte, maison médicale de garde, etc.) peuvent être affichés à la porte d'accueil de l'antenne de médecine d'urgence⁷⁸. De plus, la mise à disposition d'un **interphone** à l'entrée de l'antenne de médecine d'urgence peut permettre aux patients de contacter directement le 15 (SAMU/SAS) lors des périodes de fermeture de l'antenne.

Une communication particulière doit être réalisée à **destination des professionnels de santé (médecins libéraux, ambulanciers et entreprises de transport sanitaire, etc.) et des services d'incendie et de secours** afin de les informer des horaires d'ouverture de l'antenne de médecine d'urgence et de la localisation de la structure des urgences (SU) de recours.

b. Les canaux de communication

Plusieurs **canaux de communication** devront être utilisés pour maximiser la diffusion des informations à l'ensemble de la population :

- Le site internet de l'ES ;
- Le site internet de l'ARS ;
- La presse locale et les réseaux sociaux ;
- Les relais territoriaux tels que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), cabinets médicaux, laboratoires de ville, officines, les collectivités territoriales (affichage voirie, site internet de la commune, journal / magazine, etc.), etc.

⁷⁷ [Guide méthodologique d'élaboration du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé](#)

⁷⁸ C'est une obligation pour le numéro d'urgence du SAMU/SAS énoncée à l'article R.6123-18 du CSP.



Exemple observé sur le terrain


➤ **L'exemple du Centre hospitalier Saint Hilaire du Harcouët, la communication au public**

Pour bien informer le public, il peut être utile de :


- Diffuser des flyers ou des affiches dans les espaces publics ;
- Utiliser des supports numériques par le biais de QR codes permettant d'accéder à des informations détaillées (ex : localisation de l'établissement de recours) ;
- Organiser des campagnes d'information locales pour sensibiliser la population sur les modalités de prises en charge pendant la nuit.

La check-list⁷⁹ opérationnelle pour la mise en place d'une antenne de médecine d'urgence

CHECK LIST OPÉRATIONNELLE POUR LA MISE EN PLACE D'UNE ANTENNE DE MÉDECINE D'URGENCE




1 Coordination territoriale




- Assurer la mise en place d'une gouvernance dédiée avec un comité de pilotage
- Valider les protocoles d'adressage et de transfert des patients au niveau territorial
- Assurer un suivi de l'organisation mise en place et définir des indicateurs de qualité des prises en charge à suivre

2 Ressources Humaines




- Définir l'équipe commune et ses modalités de fonctionnement
- Identifier un binôme infirmier diplômé d'Etat (IDE)/aide-soignant (AS) pour accueillir et orienter les patients de manière transitoire lors de la mise en place de l'antenne

3 Gestion des flux




- Identifier un gestionnaire des lits pour superviser et coordonner la gestion des lits disponibles
- Mettre en œuvre, si besoin par étape, une coordination territoriale de la gestion des lits entre l'antenne de médecine d'urgence et la structure des urgences de recours
- Planifier les moyens de transport sanitaire nécessaires pour les transferts de patients et les retours à domicile

4 Gestion des situations exceptionnelles



- Intégrer l'existence de l'antenne de médecine d'urgence dans le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PGTHSSE)
- Mettre à jour le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle (ORSAN) pour prendre en compte les horaires d'ouverture de l'antenne et prévoir les modalités de sa réouverture exceptionnelle en cas de situation sanitaire exceptionnelle

5 Communication et signalétique



- Préparer des affichages clairs pour informer les usagers des horaires d'ouverture et des modalités d'accès à l'antenne de médecine d'urgence
- Installer un interphone sécurisé relié au 15 pour gérer les venues en dehors des horaires d'ouverture
- Diffuser les informations via divers canaux de communication : réseaux sociaux, presse, CPTS, site Internet de l'établissement de santé et de l'ARS, etc.

⁷⁹ « Check-list » signifie « Liste de vérification »



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

contact : DGOS-AS3@sante.gouv.fr